

2424528

BU/BIS  
DOAÇÃO

**MARIA MÁRCIA BACHION**

**COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL : ENSINO DE ALGUMAS  
HABILIDADES DESEJADAS**

SE  
12  
1230  
1994

*Tese apresentada ao Programa Interunidades de  
Doutorado em Enfermagem das Escolas de  
Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto - Universidade de São Paulo, para obtenção do  
título de Doutor em Enfermagem.*

:-00006111-0

818747/98

106.98

*Orientadora: EMÍLIA CAMPOS DE CARVALHO*

**RIBEIRÃO PRETO**

- 1994 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
Biblioteca de Ciências da Saúde

BCS

UFF	P	A	2AL
Nº.	1135		
29 / 11 / 95			

Bachion, Maria Márcia

Comunicação Interpessoal : ensino de algumas habilidades  
desejadas. Ribeirão Preto, 1994.

141p.30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto / USP - Departamento de Enfermagem Geral e  
Especializada.

Orientador: Carvalho, Emília Campos de



*À minha mãe, Iolanda,  
meu companheiro, Luiz e  
minha irmã, Adriana.*

*Este trabalho é fruto do esforço, dedicação, estímulo e sabedoria de pessoas e apoio de instituições que colaboraram para sua realização.*

*Gostaríamos de agradecer a todos e especialmente*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Emilia Campos de Carvalho, nossa Mestra em todas as horas, que continuamente nos ensina.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nilza Roter Pelá, que nos oferece seu discernimento em momentos decisivos, um exemplo de seriedade profissional.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lizete Casagrande, que sempre nos recebe com afabilidade e disposição.*

*Ao Prof. Luiz de Souza, incansável em nos esclarecer na área de Estatística.*

*À Lucienne Dalla Bernardina, Maria Helena Versiani Maciel, Maristela Silva e Maria Angélica da Silva Schiavoni, que nos prestigiaram com seus serviços, sensibilidade e amizade.*

*Aos funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e demais membros que colaboraram para o desenvolvimento desta pesquisa.*

*Aos pacientes que participaram de nosso WORKSHOP, colaboradores anônimos para a construção de um saber que esperamos seja revertido em seu benefício.*

*Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que pacientemente trabalham conosco, acompanhando nossos períodos de tempestade e calma.*

## RESUMO

Com o objetivo de favorecer o emprego de habilidades comunicativas por alunos de graduação em enfermagem ao interagir com pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, realizamos um quase experimento onde ministramos um WORKSHOP (10 encontros de duas horas cada) que incluiu, entre outras atividades, três entrevistas programadas, com o intuito de determinar inicialmente a linha de base de interação dos sujeitos e o efeito do treinamento no emprego de habilidades comunicativas. Seis alunos do terceiro ano de graduação em enfermagem desenvolveram todas as etapas. Adotamos como referencial teórico o Modelo de FORREST (1983), que propõe 9 categorias facilitadoras da comunicação e 9 bloqueadoras. Ao término do WORKSHOP, todos os sujeitos modificaram seu padrão de emissão oral, tanto com relação às categorias facilitadoras como bloqueadoras. Tais alterações não foram estatisticamente significantes, com exceção da subcategoria F1 (questão de abertura), ao aplicarmos o teste de Wilcoxon. Os sujeitos 1, 3, 4, 5 e 6 tiveram, na entrevista três, a melhor performance ao interagirem com pacientes. O sujeito 2 teve melhor desempenho na entrevista 2. Acreditamos que somente cursos com atividade prática, feedback e repetição podem mudar o comportamento dos alunos com relação à comunicação. Cursos eminentemente informativos geralmente atingem o nível cognitivo do aprendiz. É necessário atingi-lo também do ponto de vista afetivo. O Modelo empregado mostrou-se adequado tanto para as atividades de ensino como para a análise das interações.

## Abstract

*Aiming at helping the utilization of communicative skills by nursing undergraduate students when interacting with patients carriers of chronic-degenerative diseases, we carried through a quasi-experiment in which we organized a WORKSHOP (10 meetings of 2 hours each) including, among other activities, three programmed interviews for the purpose of determining initially the base line of the subjects' interaction and the training effect in the application of communicative skills. 6 undergraduate students of the third year developed all the stages. The model of FORREST (1983) was adopted as a theoretical reference, which proposes 9 facilitator categories and 9 blocker categories. In the conclusion of the Workshop, the individuals had modified their pattern of oral emission, related to the facilitator and blocker categories. These alterations were not statistically significant, excepting the subcategory F1 (question of opening), when applied the Wilcoxon test. The subjects 1, 2, 3, 4, 5 and 6 had, in the third interview, the best performance interacting with patients. The subject 2 had the best performance in the second interview. We believe that only applied courses, with practical activities, feedback and repetition, are able to change behaviours of undergraduate students related to communication. Informative courses reach the cognitive level of apprenticeship. However, it is necessary to reach it in the affective joint of view. The applied Model was appropriate to teaching activities as well as to the analysis of interactions.*

## SUMÁRIO

INDICE DE DE QUADROS	<i>i</i>
INDICE DE MAPAS	<i>ii</i>
INDICE DE GRAFICOS	<i>iii</i>
INDICE DE ANEXOS	<i>iv</i>
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	28
HIPOTESES	29
METODO	30
População	30
Locais de estudo	30
Técnica de registro de dados	30
Treino para coleta e transcrição	31
Categorização de dados	31
Instrumentos utilizados	31
Procedimento propriamente dito	32
Análise dos dados	44
ESTUDO PILOTO	45
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA PROPRIAMENTE DITA	46
APRESENTAÇÃO E ANALISE DOS RESULTADOS	49
Quanto ao desenvolvimento do Workshop	49
Quanto aos sujeitos	51
Quanto às interações propriamente ditas	66
CONCLUSÕES	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I - Caracterização da clientela quanto a sexo, idade, tempo que frequenta o curso de graduação e experiências em enfermagem.	52
QUADRO II - Grupo de características de pacientes reconhecidos positiva e negativamente pelos sujeitos	60
QUADRO III - Ansiedade reportada pelos alunos considerando a semana anterior ao início do curso (refere-se ao ANEXO III)	62
QUADRO IV - Opinião dos alunos sobre algumas ações de enfermagem (refere-se ao ANEXO VII)	64

**ÍNDICE DE MAPAS**

MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 1	69
MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 2	71
MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 3	73
MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 4	75
MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 5	77
MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 6	79

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO I - Distribuição das frequência percentual de categorias facilitadoras (F) emitidas pelos sujeitos (S) 1 a 6 nas entrevistas (E) 1, 2 e 3.	67
GRÁFICO II - Distribuição das frequência percentual de categorias bloqueadoras (B) emitidas pelos sujeitos (S) 1 a 6 nas entrevistas (E) 1, 2 e 3.	67
GRÁFICO III - Distribuição da frequência percentual da emissão das categorias facilitadoras pelos sujeitos 1 a 6 na entrevista 1.	81
GRÁFICO IV - Distribuição da frequência percentual da emissão das categorias facilitadoras pelos sujeitos 1 a 6 na entrevista 3.	81
GRÁFICO V - Distribuição da frequência percentual da emissão das categorias bloqueadoras pelos sujeitos 1 a 6 na entrevista 1.	84
GRÁFICO VI - Distribuição da frequência percentual da emissão das categorias bloqueadoras pelos sujeitos 1 a 6 na entrevista 3.	84



**ÍNDICE DE ANEXOS**

NEXO I - Desenvolvimento do estudo piloto.	103
NEXO II - Características de pacientes reconhecidos negativa e positivamente.	106
NEXO III - Auto-avaliação da ansiedade (forma I).	121
NEXO IV - Avaliação do estado funcional.	122
NEXO V - Inventário do bem estar do paciente (estado emocional).	126
NEXO VI - Auto-avaliação da ansiedade (forma II).	127
NEXO VII - Opinião sobre ações de enfermagem.	128
NEXO VIII - O modelo de Darle Forrest.	131
NEXO IX - Observação, registro e mensuração do comportamento humano.	137

## INTRODUÇÃO

Comunicação é uma palavra de caráter abstrato e se refere a um processo de natureza complexa e multidisciplinar, sendo assim, é muito difícil defini-la operacionalmente (LITTLEJOHN, 1982). As definições existentes exploram aspectos de interesse de estudo específico. Adotaremos a ótica de BARNLUND (1968) que define a comunicação interpessoal como uma interação concentrada, entre pessoas em situações sociais relativamente informais, através da permuta recíproca de pistas verbais e não verbais. Tal interação é determinada pelas necessidades de relacionamento dos comunicadores, grau de atração entre eles, percepções mútuas, onde as pessoas se auto-apresentam de modo a manobrar impressões, revelando aspectos do seu eu.

Uma das metas primárias da comunicação, segundo a abordagem humanista, é desenvolver a compreensão entre os comunicadores.

Os humanistas (cujos principais representantes entre os estudiosos da comunicação são Josef Luft, Carl Rogers, Sidney Jourard e Eric Berne) tentaram desenvolver prescrições para melhorar a comunicação, aperfeiçoando a revelação e a compreensão entre as pessoas (LITTLEJOHN, 1982). Colocam como pontos importantes nesse processo a aceitação, a confiança e o conflito. Os comunicadores devem ser mutuamente percebidos como dignos de confiança ou consistentemente confiáveis, expressando sem ambiguidade seus distintos eus, mantendo suas identidades separadas. Devem ainda possuir atitudes positivas de afeto ou solicitude um pelo outro, mantendo-se a tentativa deliberada de compreensão mútua (empatia), num clima de aceitação, livre de avaliação, adotando uma postura de flexibilidade para permitir e para reconhecer a mudança do outro. Como pode se ver, nesse caso, é exigido dos comunicadores algumas habilidades.

Habilidade se refere à aptidão, capacidade, destreza. Para TRAVELBEE (1966) seriam estas as habilidades gerais necessárias aos indivíduos para comunicarem-se:

- capacidade para ler, compreender, interpretar corretamente o que é lido e aplicar o

conhecimento adquirido através da leitura;

- aptidão para se expressar pela escrita, através do uso correto da gramática e ortografia;
- capacidade para se expressar oralmente, falar com clareza, concisamente, usar vocabulário apropriado, falar com os outros em seus níveis de compreensão e não para ou sobre os outros;
- destreza para ouvir, escutar e interpretar;

Somam-se a estas as habilidades de comunicação específicas, que segundo a mesma autora seriam:

- aptidão para observar e interpretar observações;
- capacidade para dirigir ou guiar a interação de modo a atingir as metas;
- habilidade para averiguar se a comunicação está permitindo a compreensão que se necessita transmitir;
- destreza para reconhecer o momento de falar e ficar em silêncio;
- capacidade para esperar;
- habilidade para avaliar a participação na interação.

WESTABY (1983) menciona as habilidades de:

- auto-conceito;
- saber ouvir;
- ter clareza de expressão;
- conhecer seus mecanismos de lutas;
- auto-descoberta.

Para facilitar o processo de comunicação interpessoal e desenvolver as habilidades necessárias ao mesmo dispõe-se de métodos específicos que são denominados técnicas de comunicação (citamos como exemplos: questões abertas, partilhar observações, reflexão, dentre outras).

Na percepção de CARVALHO (1989), e na nossa, pelo que se observa na prática de enfermagem, o profissional se comunica utilizando suas habilidades inatas, sem desenvolvimento de habilidades advindas da aprendizagem no seu processo de formação profissional.

Tal ponto de vista encontra sustentação nas evidências apresentadas em pesquisas

## INTRODUÇÃO

Comunicação é uma palavra de caráter abstrato e se refere a um processo de natureza complexa e multidisciplinar, sendo assim, é muito difícil defini-la operacionalmente (LITTLEJOHN, 1982). As definições existentes exploram aspectos de interesse de estudo específico. Adotaremos a ótica de BARNLUND (1968) que define a comunicação interpessoal como uma interação concentrada, entre pessoas em situações sociais relativamente informais, através da permuta recíproca de pistas verbais e não verbais. Tal interação é determinada pelas necessidades de relacionamento dos comunicadores, grau de atração entre eles, percepções mútuas, onde as pessoas se auto-apresentam de modo a manobrar impressões, revelando aspectos do seu eu.

Uma das metas primárias da comunicação, segundo a abordagem humanista, é desenvolver a compreensão entre os comunicadores.

Os humanistas (cujos principais representantes entre os estudiosos da comunicação são Josef Luft, Carl Rogers, Sidney Jourard e Eric Berne) tentaram desenvolver prescrições para melhorar a comunicação, aperfeiçoando a revelação e a compreensão entre as pessoas (LITTLEJOHN, 1982). Colocam como pontos importantes nesse processo a aceitação, a confiança e o conflito. Os comunicadores devem ser mutuamente percebidos como dignos de confiança ou consistentemente confiáveis, expressando sem ambiguidade seus distintos eus, mantendo suas identidades separadas. Devem ainda possuir atitudes positivas de afeto ou solicitude um pelo outro, mantendo-se a tentativa deliberada de compreensão mútua (empatia), num clima de aceitação, livre de avaliação, adotando uma postura de flexibilidade para permitir e para reconhecer a mudança do outro. Como pode se ver, nesse caso, é exigido dos comunicadores algumas habilidades.

Habilidade se refere à aptidão, capacidade, destreza. Para TRAVELBEE (1966) seriam estas as habilidades gerais necessárias aos indivíduos para comunicarem-se:

- capacidade para ler, compreender, interpretar corretamente o que é lido e aplicar o

conhecimento adquirido através da leitura;

- aptidão para se expressar pela escrita, através do uso correto da gramática e ortografia;
- capacidade para se expressar oralmente, falar com clareza, concisamente, usar vocabulário apropriado, falar com os outros em seus níveis de compreensão e não para ou sobre os outros;
- destreza para ouvir, escutar e interpretar;

Somam-se a estas as habilidades de comunicação específicas, que segundo a mesma autora seriam:

- aptidão para observar e interpretar observações;
- capacidade para dirigir ou guiar a interação de modo a atingir as metas;
- habilidade para averiguar se a comunicação está permitindo a compreensão que se necessita transmitir;
- destreza para reconhecer o momento de falar e ficar em silêncio;
- capacidade para esperar;
- habilidade para avaliar a participação na interação.

WESTABY (1983) menciona as habilidades de:

- auto-conceito;
- saber ouvir;
- ter clareza de expressão;
- conhecer seus mecanismos de lutas;
- auto-descoberta.

Para facilitar o processo de comunicação interpessoal e desenvolver as habilidades necessárias ao mesmo dispõe-se de métodos específicos que são denominados técnicas de comunicação (citamos como exemplos: questões abertas, partilhar observações, reflexão, dentre outras).

Na percepção de CARVALHO (1989), e na nossa, pelo que se observa na prática de enfermagem, o profissional se comunica utilizando suas habilidades inatas, sem desenvolvimento de habilidades advindas da aprendizagem no seu processo de formação profissional.

Tal ponto de vista encontra sustentação nas evidências apresentadas em pesquisas

conduzidas nesta área.

Ao examinar estudos de nosso meio que analisam as características da comunicação da equipe de enfermagem no cotidiano de sua prática assistencial, pudemos constatar numerosos achados que revelam o caráter de impropriedade com que esta comunicação vem ocorrendo, tanto a nível verbal-oral (CARVALHO, 1979, 1985; CARNEIRO, 1982; MENDES, 1986; SINNO, 1987; MENDES; TREVIZAN; NOGUEIRA; TAKAKURA; CARDOSO, 1988; TFOUNI, 1988; REIS; MACEDO, 1988; NAKANO; FERRAZ; BACHION, 1988; SANDOVAL, 1990; BACHION, 1991, 1993; BACHION; CARVALHO, 1992; CHIANCA; GARANHANI, 1992; CHIANCA; BACHION; MALVEZZI, 1992, dentre outros), como verbal-escrito (FÁVERO, 1979; FÁVERO; LAUS; NAKAO; ÉVORA, 1983; MANZOLLI, 1978; MAZZO; RODRIGUES; NOGUEIRA, 1992) e não verbal (ZAGO; OKINO; GALVÃO, 1988; CUNHA; GOMES; ZAGO, 1990; MARTA, 1992).

No tocante às pesquisas do aspecto verbal-oral, estas denotam, dentre os achados comumente verificados, a impessoalidade, o caráter técnico-profissional, a diretividade, o autoritarismo, o desinteresse, por parte da equipe de enfermagem, aliada à desatenção e percepção superficial das mensagens providas do paciente.

Dentre os estudos da comunicação verbal-escrita, há evidências do uso de termos indevidos nas anotações de enfermagem relativos à descrição de comportamentos observados, além da falta de anotações das ações executadas.

Com relação às pesquisas do não-verbal, verificou-se que preponderaram as tentativas de ensaio e erro, quando se trata de comunicar-se sem os recursos verbais orais, aliado ao comportamento não verbal do profissional que expressa distanciamento e pouca inclinação para a interação pessoal.

A nível internacional, evidências de aspectos negativos na comunicação da equipe de enfermagem-paciente são obtidas por CLARK (1981), BEANLANDS; MACKAY (1981), CUSHING, (1982), IWASIW; OLSON (1985) e EASTWOOD (1985a).

Em nossa dissertação de Mestrado "Análise do padrão de comunicação oral entre equipe de enfermagem e parturientes", nos dedicamos ao estudo descritivo e exploratório deste tema.

Encontramos vários pontos de inadequação desta comunicação. No decorrer de nossas atividades de pesquisa, nessa época, fomos alertados para a questão: dado um grupo **A** de parturientes, submetido a atos comunicativos "adequados" para a situação, este grupo se comportaria de modo diferente de um grupo **B**, submetido a atos comunicativos "inadequados", como as que fizeram parte daquele estudo?

Na busca reflexiva de uma resposta, foram relevantes os indícios obtidos na literatura, de que as dificuldades no desempenho e compreensão deste processo se iniciam na formação, quer do profissional (FAULKNER, 1979; CANCHE; SONOBE; BERTAZONE, 1988; SONOBE, 1990; CARVALHO, FERRAZ; GIR, 1988; FERRAZ; MARZIALE; GIR, CARVALHO; MORIYA, 1988; FRIEDRICH; LIVELY; SCHACHT, 1985; EASTWOOD, 1985a-b) como dos demais membros da equipe de enfermagem, a exemplo dos técnicos (ROLIM, 1981).

Dessa forma, nos propusemos dois desafios: **a)** lidar com o ensino de um conjunto de habilidades comunicativas a um grupo de indivíduos, preparando-os para interagir de modo mais pertinente com os clientes e **b)** estudar a comunicação no seu aspecto contingencial, ou seja, considerar os atos comunicativos dos sujeitos de forma encadeada, para melhor julgar a adequabilidade da performance junto à sua clientela.

A preocupação com o ensino de habilidades de comunicação no lidar com o paciente não é exclusiva da Enfermagem. São abundantes as publicações nesse sentido na área de saúde, em especial na Medicina. Identificamos, a este respeito, estudos internacionais como os de HINZ (1966); ADLER; WARE; ENELOW (1970); KAHN; COHEN; JASON (1979); EPSTEIN; TAYLOR; SEAGE (1985); WELLS; BENSON; HOFF (1985); LICHESTEIN; NIEMAN (1985); MAGUIRE; FAIRBAIRN; FLETCHER (1986 a e b); KERR (1986); CRISP (1986); BRENT; BECKETT (1986); BADENOCH (1986); dentre outros.

Pelo que pudemos observar, em nosso levantamento bibliográfico, até o momento, foram empreendidas em nosso meio um número bem menor de reflexões sobre este tema, ficando as produções principais a cargo de CARVALHO (1985, 1989) e STEFANELLI (1985) e mais recentemente BACHION (1993), todas da área de Enfermagem.

As pesquisas conduzidas no exterior têm se preocupado com aspectos bastante práticos



deste ensino, tais como o desempenho de pessoas tímidas e não-tímidas (McKINSTRY, 1985), especificação das habilidades comunicativas necessárias ao sucesso do profissional em seu trabalho (WILLMINGTON, 1986), estruturação de cursos propriamente ditos (MENIKHEIM; RYDEN, 1985; FRIEDRICH; LIVELY; SCHACHT, 1985), resultados e efeitos da ansiedade na experiência do aprendizado com vídeo na área de comunicação (CARVER; TAMLYN, 1985) e ainda preocupação com as formas de avaliação e durabilidade da competência adquirida (MENIKHEIN; RYDEN, 1985).

Considerada como um dos instrumentos básicos de Enfermagem (HORTA, 1970 a e b, HORTA, KAMIYAMA; PAULA, 1970, PAIM, 1986; FERRAZ et al., 1986 e ANGERAMI; MENDES, 1988) e constando desta forma nos currículos das Escolas de Enfermagem, a Comunicação pressupõe um conjunto de habilidades e conhecimentos necessários para o exercício profissional.

É contraditório que, apesar da Comunicação representar um papel tão importante na Enfermagem, que pouca atenção seja dada ao desenvolvimento do domínio dos enfermeiros neste aspecto. Esta percepção encontra ressonância em autores como FRIEDRICH; LIVELY; SCHACHT (1985), que afirmam ser dada atenção mínima à prática atual de habilidades específicas necessárias à efetiva comunicação e CARVALHO (1979, 1985, 1989) ENOKI et al. (1986) que evidenciam a divergência entre o valor deste tema mencionado na literatura e a falta de habilidade dos alunos e profissionais nessa área.

Como esta temática também é de interesse da Medicina, que tem nos oferecido contribuições relevantes, ao focalizarmos o ensino de habilidades de comunicação, consideraremos, para reflexão, tanto os estudos empreendidos por esta área, como os produzidos na Enfermagem.

### **O ensino de habilidades comunicativas**

No Brasil, os únicos inquéritos (até agora por nós identificados) que abordam um levantamento exploratório a nível nacional sobre de que forma as Escolas de Enfermagem



ministram o tópico Comunicação a nível de graduação são os de FERRAZ et al. (1986) e CARVALHO; FERRAZ; GIR (1988), onde se constata ser este tópico de importância tanto para os alunos como para os docentes e que este ensino tem ocorrido ao longo das disciplinas, desvinculada de enfoque teórico. Apontaremos as dificuldades existentes para o ensino da Comunicação em Enfermagem que os docentes indicaram, na segunda pesquisa referida, e teceremos sobre os mesmos alguns comentários, alicerçando-os na literatura e em nossa prática.

### **1. Falta de bibliografias recentes sobre o ensino da Comunicação em Enfermagem.**

Esta concepção não está fundamentada na realidade.

No período de 1975 a 1985 foram encontrados por CARVALHO (1989), 1725 publicações nesta temática indexadas no Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), International Nursing Index (INI) e Index Medicus Latino- Americano (IMLA) \_ este último editado a partir de 1979. Destas pesquisas, 640 estavam disponíveis em acervos nacionais e 32 eram publicações em revistas nacionais. ENOKI et al. (1987) encontraram neste mesmo período, em cinco periódicos nacionais de grande circulação, 30 artigos. CARVALHO (1989) ainda apresenta um inventário de 36 teses/dissertações nacionais produzidas no período de 1979 a 1986 e 15 livros nacionais e internacionais no âmbito de Comunicação em Enfermagem.

Em nosso levantamento bibliográfico específico sobre o assunto, através do Sistema Medline, nos anos de 1985 e 1986, por exemplo, entre os estudos produzidos pela Enfermagem e pela Medicina, foram identificados pelo menos 20 artigos (considerando-se os idiomas português, espanhol e inglês apenas). Além disso, dispõe-se dos Anais do I, II e III SIBRACEn \_ Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem \_ publicados em 1988, 1990 e 1992, respectivamente, que reúnem mais de 100 (cem) trabalhos e conferências.

### **2. Desconhecimento das teorias por parte dos docentes/não utilização dos conceitos teóricos.**

Acreditamos que o docente desconhece não apenas as teorias, mas também as pesquisas realizadas na área. Assim estamos muito longe ainda da utilização dos referenciais produzidos nesta temática.

O domínio crescente dos referenciais teóricos por parte dos pesquisadores de Comunicação em Enfermagem é evidenciado por CARVALHO (1990), SANDOVAL (1992) e BACHION; CARVALHO (1992). CARVALHO (1990) evidencia o emprego de referenciais teóricos da Comunicação Social na produção científica do período de 1975-1985. SANDOVAL (1992) destaca que o ensino intuitivo da Comunicação em Enfermagem está sendo substituído por outras estratégias e BACHION; CARVALHO (1992) ao examinarem as 51 publicações dos ANAIS do III SIBRACEn constatam que 48 delas fundamentam-se explicitamente em referenciais de Comunicação.

A utilização do conhecimento produzido na Enfermagem tem sido objeto de estudo de diversos autores (LOPES, 1990; MENDES; TREVIZAN, 1990; MENDES, 1989; KRATZ, 1982; MILLER; MESSENGER, 1978; CARVALHO; PELÁ, 1991), que se preocupam com a lacuna existente entre a produção e assimilação/utilização do conhecimento na prática. Recomendam que os pesquisadores e profissionais comuniquem-se de tal modo que os primeiros certifiquem-se de que suas pesquisas foram compreendidas e aceitas. Posteriormente, os resultados devem ser implementados na prática para serem avaliados. As transformações ocorrerão mais facilmente se os enfermeiros trabalharem em grupo e não de forma isolada. Além disso, não podemos deixar de alertar para o pouco empenho/disponibilidade de recursos dos profissionais em nossa área para atualizar seus conhecimentos.

### **3. Incoerência entre o ensino e a prática.**

Sem o conhecimento dos referenciais teóricos é difícil ter um julgamento acertado da prática. Há aqui algumas indagações a serem consideradas. Quem ensina tem maior probabilidade de praticar como ensina, pelo menos no tocante às habilidades de comunicação? Se para o professor as habilidades comunicativas soam de forma artificial, dificilmente fará uso delas. Por

outro lado, é fundamental entender-se como se dá o processo de aquisição e uso de atos comunicativos. O indivíduo precisa voltar os olhos para seu próprio estilo de se comunicar, ter consciência dele é o ponto de partida para mudanças futuras com vistas à maior adequação. Há também que se pensar na falta de modelos disponíveis aos alunos. No processo ensino-aprendizagem há dois elementos principais que podem atuar como modelo: o docente e o enfermeiro assistencial, já que a aprendizagem pode ser resultante de observação do comportamento de outras pessoas (CARVALHO, 1985). Contudo, como foi colocado anteriormente, o que impera na prática assistencial e na do ensino (BACHION, 1993) é o restrito uso de técnicas que deem abertura à compreensão e auto-exploração, para possíveis mudanças na forma de se comunicar.

#### **4. Consideração da comunicação como relevância secundária com relação às patologias e procedimentos.**

Indagamos **quem** é que considera assim? Os professores? Os alunos? Isto está implícito nos programas e nos currículos?

Há contradições explícitas nos discursos sobre Comunicação em Enfermagem.

Apesar de haver nos discursos uma valorização deste assunto parece-nos haver divergências não reveladas sobre esta questão.

Julgamos muito oportunos os estudos de EASTWOOD (1985 a e b). Num primeiro momento, este autor, em investigação que contemplou as Escolas de Enfermagem da Irlanda do Norte, e que buscava identificar as idéias dos alunos e dos professores de enfermagem acerca de alguns aspectos da Comunicação, encontrou que a maioria concorda serem fundamentais as habilidades de comunicação para a prática de Enfermagem, para entender as necessidades de um paciente e para os atos terapêuticos, dando orientações e apoio quando necessário, e para estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa.

Num segundo momento do estudo, é verificado que 21% dos estudantes achavam que este tópico não precisaria ser ensinado, quando apenas 1% dos professores pensava assim.

Também houve algumas divergências quanto à finalidade das habilidades comunicativas.

Dados mais expressivos sobre atitude negativa dos alunos quanto ao ensino de comunicação foram encontrados por SMITH (1983), que verificou que a maioria dos alunos de enfermagem das Escolas de Londres referem poder adquirir habilidades comunicativas por si mesmos.

Em nosso meio, os estudos de CANCHE; SONOBE; BERTAZONE (1988) revelaram que os alunos de enfermagem consideraram a comunicação em enfermagem como elemento essencial para se estabelecer um relacionamento que permita a detecção e o atendimento das necessidades do paciente. Mais adiante é manifesto um auto-julgamento de desempenho ótimo ou bom por 70% dos sujeitos. O auto-julgamento das habilidades comunicativas não é tarefa fácil. Isto pôde ser verificado no trabalho conduzido por EPSTEIN; TAYLOR; SEAGE (1985), onde foi examinada a concordância da comunicação médico-paciente. Estes autores aplicaram o mesmo questionário a um grupo de 90 médicos e 100 pacientes que haviam se submetido a ecocardiografia há menos de 6 meses. Os médicos deviam responder de acordo com uma escala que variava de "com certeza" para "sem certeza" o que acharam que o paciente iria responder a questões sobre sintomas, resultados dos testes, tratamento, medicações prescritas, influência da alteração cardíaca nas atividades e emprego do paciente. A concordância das respostas foi maior entre os pacientes de nível sócio-econômico mais alto e menor entre os pacientes de nível sócio-econômico mais baixo. Não houve associação das predições dos médicos e o número de concordâncias, daí os autores concluem que os médicos não foram capazes de julgar quando eles estavam ou não se comunicando eficientemente.

Isto pode ser verificado também em nosso meio, porém de outra forma. Continuando a análise dos sujeitos do estudo de CANCHE; SONOBE; BERTAZONE (1988), SONOBE (1990) encontrou que 70% referem algum tipo de insegurança quanto à habilidade comunicativa, motivado pelo não conhecimento do eu/paciente com quem vai se comunicar, falta de conhecimento teórico-prático suficiente e preconceito. Chama nossa atenção que 52% não souberam identificar os motivos da insegurança referida. Temos ainda 46% dos sujeitos referindo a necessidade de mudança no ensino de Comunicação em Enfermagem.

Como pode se observar, pelo tipo de resultados obtidos na primeira e na segunda pesquisas anteriormente citadas, há controvérsias intrapessoais num mesmo grupo de alunos.

Um conjunto de docentes (FERRAZ; MARZIALE; GIR; CARVALHO; MORIYA, 1988) empreendeu estudo buscando identificar a percepção dos graduandos do 4º ano de Enfermagem acerca do processo de comunicação em Enfermagem. Ao analisarmos as respostas destes sujeitos verifica-se que a grande maioria deles conhece pelo menos alguns componentes da comunicação, mas estão imbuídos de uma percepção ambígua quanto aos aspectos positivos e negativos da Comunicação em Enfermagem, em suas experiências vivenciadas (o mesmo fator que mais aparece com fator positivo também aparece como o mais negativo e assim por diante).

Por tudo isso, concluímos que faz-se mister a discussão de pontos de vista sobre o propósito e o valor das habilidades de Comunicação em Enfermagem, além de se definir precisamente no que se constituem estas habilidades de comunicação e como estas poderiam ser desenvolvidas. Este ponto de vista foi primeiramente colocado por EASTWOOD (1985b).

Autores como FRIEDRICH; LIVELY; SCHACHT (1985) reconhecem que ensinar estudantes de enfermagem a utilizarem habilidades de comunicação consistente e efetivamente tem sido um longo e constante problema para os educadores de enfermagem, o que vem a ser confirmado no trabalho de ENOKI; FERRAZ; CARVALHO; MARZIALE (1987). Entre os próprios docentes de Enfermagem há controvérsias. A maioria deles, em nosso meio, parece acreditar ser bom comunicador.

Sigamos em nossa análise de outros itens referidos neste trabalho como razão de dificuldade de ensino de Comunicação em Enfermagem.

##### **5. Diversificação dos enfoques, dificultando o aprendizado.**

Esta percepção é compartilhada por FRIEDRICH; LIVELY; SCHAT (1985), que reconhecem que desta forma a comunicação não é introduzida passo a passo no programa, partindo de habilidades mais simples para as mais complexas, seguindo um modelo de forma consistente.

Além disso, enquanto for utilizado o enfoque de que a assistência de enfermagem se "utiliza" da Comunicação, esta será adotada apenas enquanto habilidade ou instrumento.

Acreditamos ser necessária uma abordagem mais ampla, considerando a comunicação como processo social prioritário onde se dá também a assistência de enfermagem.

#### **6. Falta de recursos para avaliação.**

Esta falta de recursos para avaliação é decorrente, a nosso ver, da falta de objetivos educacionais concretos e específicos nesta área e da falta de "padrões" estabelecidos para a performance comunicativa, em diferentes situações. Soma-se a isto a falta de definição das habilidades comunicativas essenciais enquanto tais.

Dentre os autores que trabalharam com o ensino de habilidades comunicativas em enfermagem e estabeleceram especificamente quais seriam elas, temos WILLMINGTON (1986). Na área médica, podemos contar com as contribuições de MAGUIRE; FAIRBAINS; FLETCHER (1985b); KAHN (1979) e HINZ (1966).

São eles estudos valiosos, que podem ser somados aos de TRAVELBEE (1966) e WESTABY (1983).

#### **7. Falta de recursos audiovisuais.**

Isto indica que os docentes pressupõem ser necessário proporcionar aos alunos experiências mais concretas nesta área.

KASCH (1975) e PHILIPPAS (1983) expõem um leque de meios de comunicação utilizados no ensino, desde os mais elementares até os mais sofisticados como videotapes, aparelhos eletrônicos e computadores. É forte a tendência atual de reconhecer o videotape como instrumento de grande utilidade no ensino (SANTORO; FESTA 1993). A gravação de interações foi utilizada por McMILAN (1981) permitindo avaliações e complementações das interações de profissionais com pacientes com câncer e por FARREL; HALEY; MAIGNASCO (1977) em



interações de alunos com pacientes com vistas ao ensino de habilidades interpessoais. TALENTO; CROCKETT; McKEEVER (1983) utilizaram o videotape em um curso de técnicas de comunicação cujos alunos eram filmados interpretando papéis de paciente e entrevistador, buscando avaliar sua atenção e os conceitos teóricos adquiridos. Em outras situações os resultados foram encorajadores do emprego deste recurso. A preferência do uso do vídeo para CRISP (1986) entre outros, se deve ao fato de possibilitar "feedback" imediato, porém este autor não descarta o uso concomitante de trabalho em dupla e discussão em pequeno grupo.

Temos ainda a destacar estudos na área de Psicologia que evidenciam que a aprendizagem é potencializada pela memória visual (WEEKES, 1993).

#### **8. Ansiedade do aluno dificultando o desenvolvimento de suas habilidades.**

Acreditamos ser indicado o preparo cuidadoso da experiência de aprendizagem do aluno nesse sentido. A introdução do aluno no relacionamento com o paciente deveria ser livre de outros compromissos "novos", isto é, a "novidade" deveria ser exclusivamente o puro e simples contato do aluno com o paciente para levantamento de informações que proporcionem um conhecimento do paciente. É por este motivo talvez que autores como CRISP (1986) preconizam que o ensino de habilidades comunicativas, com vistas à entrevista, deve ser introduzido no curso pré-clínico para o estudante de medicina.

Por outro lado, apesar da ansiedade ser inerente ao processo de filmagem de desempenhos, como mostra CARVER; TAMLYM (1985) ela não é preditiva do aprendizado (ZUJEWSKYJ; DAVIS, 1985). Não acreditamos portanto, que a ansiedade do aluno nas sessões de filmagem seja suficientemente intensa para ser considerada como impeditiva da aprendizagem.

Neste aspecto citamos novamente os estudos de Psicologia que se mostram inconclusivos ou divergentes quanto à relação entre memorização e ansiedade, aprendizagem cognitiva e ansiedade já que experimentos nessa área são muito complexos (DALGLEISH, 1994; RUITER, BROSSCHOT, 1994).

### **9. Pequeno número de disciplinas que abordam o tema/carga horária insatisfatória.**

Se os docentes já referiram que não conhecem os referenciais teóricos e quando os conhecem não os utilizam, fica estranho reclamar da falta de oportunidade para ensinarem melhor. Além disso, quando referem que é pequeno o número de disciplinas que abordam o tema, estão considerando as disciplinas específicas que tratam do assunto. Desconsideram que este conteúdo faz parte de todas as disciplinas de um modo geral, já que é no contingente das relações humanas que se dá Enfermagem Pediátrica, Médico-Cirúrgica, Obstétrica e assim por diante.

### **10. Falta de profissionais para assessorar docentes.**

Para nós isto é decorrente do próprio desconhecimento por parte dos docentes acerca dos pesquisadores deste tema, aliado as condições pessoais do professor em buscar ajuda ou meios para melhorar seu desempenho. Na instituição de ensino onde atuamos, existem pelo menos três profissionais que podem ser considerados "experts" em Comunicação e periodicamente são oferecidas disciplinas de pós-graduação sobre esta temática. Pelo número de participantes nestas disciplinas e em outras atividades de educação continuada disponíveis, podemos considerar pequena a busca de tais estratégias de formação do corpo docente. Outras Escolas de Enfermagem também contemplam este assunto em seus elencos de disciplinas ou cursos.

### **11. Falta de eventos para tratar do tema.**

Não é de nosso conhecimento eventos científicos que tratem, especificamente, do ensino de comunicação em enfermagem, porém, como já salientamos anteriormente (BACHION; CARVALHO, 1992) o SIBRACEn (Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem) tem trazido contribuições valiosas, desde 1988.

Além disso, já em 1966, no Congresso Brasileiro de Enfermagem, ocorreu debate sobre a conveniência de se promover ensino de ciências sociais contemplando aspectos de comunicação,



e em 1968 a Comunicação foi tema oficial deste evento (CARVALHO, 1989). A nível mais amplo (fora da enfermagem) temos eventos regionais/nacionais/internacionais, multiprofissionais que tratam de aspectos variados dentro desta temática.

Como pode se observar, nem todas as dificuldades mencionadas para o ensino de Comunicação têm fundamento.

Chamou nossa atenção o fato de que, enquanto no Brasil temos o estudo de CARVALHO; FERRAZ; GIR realizado em 1988, já havia uma preocupação quanto ao mesmo tema, nos Estados Unidos da América, não com relação à escola de enfermagem, mas sim nas escolas médicas. KAHN; COHEN; JASON (1979) verificaram que em 68% das escolas médicas naquela época existia um programa de habilidades interpessoais específico, ministrado nos anos pré-clínicos, faltando seguimento nos anos clínicos. Alertam os autores que o não seguimento do aluno nos cursos clínicos é desaconselhável, pois nesta fase, ênfase natural é dada aos aspectos técnicos do cuidado médico. Além disso, continuam, se não houver reforço do que foi aprendido nos primeiros anos, isto pode ser perdido.

Isto também pode ser extraído dos relatos e reflexões de STEFANELLI (1988), que mesmo ensinando tópicos de comunicação no segundo semestre da graduação de enfermagem e introduzindo o aluno em técnicas comunicativas no terceiro semestre, não tinha garantido o uso destas habilidades no sétimo semestre. Buscando equacionar esta questão, a autora desenvolveu um jogo educativo para reforço do ensino de habilidades comunicativas. Num trabalho anterior (STEFANELLI, 1985), utilizou para ensino de técnicas de comunicação terapêutica, a discussão pelos alunos de um instrumento elaborado por ela. Este instrumento continha a listagem das técnicas comunicativas que deveriam ser aprendidas, suas definições, acompanhadas de exemplos de aplicação. Ambas as estratégias foram consideradas positivas, pela autora.

Não desconsiderando o mérito destas duas pesquisas, sentimos a falta de elementos norteadores para o critério de avaliação de desempenho dos alunos. Numa outra abordagem,

ADLER; WARE; ENELOW (1970) aplicaram dois métodos de ensino de entrevista médica a dois grupos de residentes de Clínica Ortopédica. Os cursos tiveram duração de 10 horas (1h por semana). Foram realizados videotapes com cada um dos participantes, antes e depois dos cursos. O primeiro método utilizado neste estudo foi o da "Instrução Programada", que constou de dez entrevistas simuladas, gravadas em vídeo, que visam ensinar um princípio de entrevista. Cada vídeo oferece oportunidade ao assistente de selecionar entre ações alternativas e cada escolha é seguida de "feedback" onde as consequências da escolha e a explanação da aprovação ou desaprovação é feita pelo narrador. O outro método constou de uma forma de supervisão de grupo, onde cada sujeito seleciona um paciente e o entrevista. Este procedimento é filmado e em cada uma das sessões de classe é discutido um destes vídeos. Estes pesquisadores encontraram mudanças de comportamento mais acentuadas no grupo que participou da Instrução Programada. Ponderam que o segundo método pode ter favorecido um bloqueio por parte do participante, pelo fato de sua performance estar sendo monitorada.

Esta última concepção não encontra fundamento no estudo de CARVER; TAMLYM (1985) que procura determinar se a ansiedade auto-reportada na experiência de vídeo é um preditivo de aprendizado. É evidenciado que o nível de ansiedade referido decai com o prosseguir da experiência, ou seja, respostas de nível de ansiedade "severo" se concentram na fase "imediatamente antes da filmagem", ocorrendo um nível "moderado" de ansiedade imediatamente antes e durante a filmagem, passando a ser referido nível "baixo" de ansiedade durante a visualização do videotape. Apesar disso, 82,1% dos sujeitos (20 alunos de enfermagem do 2º ano; 28 do 3º ano e 17 do 4º ano de graduação em enfermagem) disseram que aprenderam com a experiência do "feedback" no vídeo. Estes autores sugerem que o preconceito da filmagem deve ser área de investigação de educadores. Consideram que os estudantes podem ser menos apreensivos se entenderem o objetivo e o processo de videotape. Acreditam que os aspectos da auto-confrontação e a falta de confiança sejam as maiores razões para a ansiedade. Vale a pena ressaltar, acreditamos que a forma em si pela qual o aluno antevê que será conduzido o "feedback" possa despertar ansiedade.

Para COHEN (1983), é necessário que sejamos honestos, diretos e sensíveis à ocasião.

Os benefícios do videotape ao proporcionar "feedback" também são reforçados pelo relato de WILLIANSON - KIRKLAND; WILLIANSON - KIRKLAND (1980) que empregaram o modelo de Carkhuff para quantificar os níveis de habilidades comunicativas de profissionais da área de saúde e desenvolveram o treino de ouvir, responder, reconhecer o outro enquanto indivíduo e solucionar problemas, através de 15 sessões de 3 horas cada. As avaliações e complementações eram facilitadas pelos registros em videotape e audiotape. Em avaliação, 18 meses posteriormente ao término do curso, os achados evidenciaram a conservação das habilidades adquiridas no curso.

No ensino de comunicação, o "feedback" possibilita ao indivíduo perceber a si e ao paciente enquanto comunicadores. Esta percepção deve favorecer o auto-conhecimento e auto-consciência, que são os primeiros passos necessários para a mudança de comportamento (NORTHOUSE; NORTHOUSE, 1985; FALCONER, 1983), no que diz respeito à comunicação mais efetiva.

É interessante o depoimento de BADENOCH (1986), que achava que era um bom comunicador, até que suas visitas à enfermaria foram gravadas durante um dia inteiro. Ao assistir o vídeo, posteriormente, reconheceu-se agressivo, impaciente com os alunos e percebeu falhas na realização do exame pelos alunos, as quais não havia percebido. Pensa que provavelmente ficaria ainda mais chocado se pudesse ter-se visto conversando com pacientes ou vendo a reação deles ao que estivesse dizendo. Este autor acredita que esta experiência poderia trazer benefícios a todos e que devemos aprender a mudar hábitos estabelecidos. Diz mesmo que devemos aprender a **receber** e não tomar a história do paciente.

Fica delicada a questão do adquirir habilidades de comunicação apenas ouvindo e observando o comportamento de nossos professores, instrutores ou pessoas que admiramos, pois uns são bons comunicadores, outros não; alguns de nós somos realmente ruins, afirma ainda o mesmo autor em seu depoimento.

Quando o conteúdo de comunicação é tratado ao longo dos cursos clínicos, cada curso desenvolve o ensino com uma abordagem própria, com isso, na experiência de FRIEDRICH; LIVELY; SCHACHT (1985) não é ensinado um modelo de forma consistente, não é introduzida

a comunicação passo-a-passo no programa, partindo de habilidades simples para as mais complicadas.

Dentre os que advogam a realização de cursos formais nesta área, estão BRENT; BRECKETT (1986), que propõem que sejam usados esquemas de codificação essencialmente desenvolvidos para o estudo de entrevistas de pacientes. Vão mais além, apontando para a necessidade de que, nos estudos de habilidades de comunicação, seja levada em conta a seqüência da interação, isto é, considerar as ações comunicativas que antecederam e sucederam o comportamento verbal do estudante.

Acreditamos, como estes autores, que estudos que exploram os comportamentos verbais de apenas um dos elementos de díades, de forma dissociada, são limitados do ponto de vista de entender a adequação ou não da performance da categoria de indivíduos observada.

Não estamos dizendo, com isto, que este tipo de estudos não tenha utilidade, mas apenas que deve ser considerado um aspecto de sua limitação.

Como pretendemos favorecer a aquisição de habilidades comunicativas por parte de alunos de graduação em enfermagem, que visem a ajudar o paciente a explorar a situação, passamos a refletir sobre qual seria a melhor forma de ensinar estes sujeitos, de modo que dominem a utilização de um conjunto de técnicas possibilitando desenvolver algumas habilidades. Assim, procedemos à análise de modelos de codificação da Comunicação, que tenham se reportado a estas técnicas.

### **ALGUNS MODELOS DE CODIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO**

Como salienta LITTLEJOHN (1978), há teorias que entendem a comunicação como um processo de uso de signos, ou seja, emissão e recepção de mensagens codificadas, passíveis de serem mensuradas. Inúmeros teóricos dão suporte a este tipo de visualização do processo comunicacional. Arrolaremos algumas aplicações neste enfoque.

Em 1981 CLARK coletou, através de áudio e vídeo, interações entre enfermeiros e pacientes de enfermarias de cirurgia, analisando-as, segundo modelos e estruturas (duração,

frequência, contexto, conteúdo, graduação do enfermeiro, sexo, idade e diagnóstico do paciente), bem como, do ponto de vista da identificação de alguns comportamentos verbais ou estratégias, usadas pelos enfermeiros durante as conversações.

As estratégias foram agrupadas em encorajadoras ou reforçadoras da comunicação e desencorajadoras, ou bloqueadoras, ambas divididas em subgrupos. Como resultados, encontrou que os enfermeiros gastavam pouco de seu tempo na conversação com o paciente e quando o faziam, as frases eram curtas, os enfermeiros falaram duas vezes mais que o paciente, sendo que 72% do conteúdo estava relacionado aos aspectos do tratamento e cuidado (técnica em si) e 1,3% apenas relacionava-se aos problemas emocionais. Houve pequena diferença entre a enfermagem masculina e feminina, em termos de frequência de interações (os homens interagiram mais). Não houve associação entre as condições de enfermagem, idade, classe social, diagnóstico e duração de internação. Quando havia biombo em volta do leito, a conversação era mais longa. Os pacientes fizeram poucas perguntas diretas, eram mais indiretas ou implícitas. Poucos enfermeiros fizeram questões abertas, usaram pouco a técnica de reflexão (Paciente: "-Tenho dor". Enfermeira: "-Tem dor?"). A maioria dos enfermeiros usaram questões fechadas ("Quer comer agora?") e "Leading questions" - questões tipo: "O senhor está bem, não está?", ou fogem do assunto, (Paciente: "-Tenho medo da cirurgia". Enfermeira: "-O Senhor Rodrigo fará uma cirurgia maior e não está com medo").

O autor conclui que seu modelo de análise poderia ser desenvolvido para aplicação prática ou seja, implementação da comunicação no cuidado do paciente, apresentando-o como ponto de partida tangível para gerar mudanças no ensino e na prática.

Outro tipo de análise de interação verbal entre enfermeiro-paciente foi realizada por BEANLANDS; MACKAY (1981), que ao observarem uma paciente grande-queimada internada em uma unidade de isolamento, há 03 meses recebendo cuidados de enfermagem que provocavam dor, preocuparam-se em desenvolver habilidades de comunicação nos enfermeiros, para que pudessem transmitir aceitação e empatia, enquanto prestassem assistência, ou seja, fazer a paciente entender que os enfermeiros compreendiam que o procedimento estava sendo doloroso, mas que desejavam proporcionar conforto e ajuda. Acreditavam ainda, como nós, que a

comunicação é a chave para o cuidado efetivo de enfermagem e que os enfermeiros precisam desenvolver habilidades de comunicação, conhecendo a si e a seus sentimentos. Estudaram e categorizaram as interações entre os enfermeiros e a paciente queimada durante dois dias, usando videotapes e registro escrito. As interações foram categorizadas em comportamentos de aceitação (I - Escuta ativa, II - Escuta passiva) e comportamentos de não aceitação (III - Julgamentos; IV - Explicações; V- Comandos; VI - Simpatias; VII - Fuga; VIII - Perguntas).

Os resultados foram de predominância dos comportamentos de aceitação (54%); dentre os comportamentos de não aceitação, o predominante foi o de FUGA (18%). Concluíram que, através da aceitação e da empatia, o enfermeiro pode ajudar o paciente a expor seus pensamentos livremente, ganhando ambos confiança e respeito, permitindo-lhes serem ajudados, de acordo com suas necessidades. Alertaram também para o fato de que o enfermeiro necessita de mais treinamento.

Outro aspecto da comunicação, a informação verbal do aluno de enfermagem recebida pelo paciente, foi objetivo de estudo de FAULKNER (1979). A autora codificou cada "pedaço" da comunicação (definido como uma fala ininterrupta de um indivíduo ou ambos, enfermeiro e paciente) de acordo com categorias relativas ao tipo de questão, resposta à questão e informação oferecida. Os dados indicaram que os estudantes não davam informações aos pacientes e que as questões destes últimos eram ignoradas.

Já STETLER (1977) desenvolveu um sistema de análise que mede comportamentos verbais específicos entre enfermeiros, categorizados como comportamento positivo, negativo e neutro, divididos em subcategorias. O sistema foi usado num estudo simulado, investigando a relação entre a empatia percebida e a comunicação dos enfermeiros.

O sistema proposto por SIEBURG (1969), apresentado por SUNDELL (1972), também se aplica à categorização de comportamentos verbais. São definidos cinco comportamentos verbais de desconfirmção e cinco de confirmação. Os de confirmação abrangem reconhecimento direto/confissão/gratidão; concordância acerca do conteúdo; resposta que dê suporte ao assunto; esclarecimento/clarificação do assunto; expressões de sentimentos positivos. Em contrapartida, os comportamentos verbais de desconfirmção compreendem resposta indiferente/insensível;



resposta tangencial; resposta impessoal; resposta contraditória/errada; resposta incongruente.

Outro referencial que também subsidiou estudos em nosso meio é o de Skinner. CARVALHO (1979) estudou as categorias verbais, emitidas pelos enfermeiros na situação de punção venosa, utilizando as categorias propostas por este autor, ou seja, de mando, tato, intraverbal, ecóico e textual. Verificou ainda a frequência dos episódios verbais na referida interação, estudou as variáveis que poderiam influir neste relacionamento: sexo do enfermeiro e paciente, estado de saúde do paciente. Verificou as etapas contidas neste relacionamento e respectivo conteúdo. Concluiu que a categoria emitida pelos enfermeiros e enfermeiras com mais frequência foi o mando. A única associação entre categorias e frequência encontrada neste estudo foi em relação aos níveis de saúde do paciente.

Posteriormente, esta autora aprofunda seus estudos e, considerando a mesma situação, faz observações em duas fases, oferecendo, entre elas um curso aos enfermeiros sobre "o diálogo enfermeiro-paciente, como instrumento de educação em enfermagem". Foram obtidos resultados indicadores de diferenças quando à frequência das categorias verbais emitidas, das subcategorias de mando e dos episódios verbais entre os sujeitos, nas duas fases, evidenciando uma adequação da metodologia de ensino utilizada (CARVALHO, 1985).

O referencial de Skinner foi ainda utilizado por CARVALHO; MIASAKY (1988) para estudar as categorias e episódios verbais, emitidos pela dupla mãe-enfermeira em situações de internação de crianças para cirurgia. Outro estudo que também utiliza este modelo é o de MOREIRA (1989), aplicando-o a situação de passagens de plantão.

No ensino de técnica de comunicação terapêutica, STEFANELLI (1985) desenvolveu três grupamentos de emissões verbais.

Expressão: permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação, verbalizar interesse, usar frases incompletas, repetir comentários feitos pelo paciente, repetir as últimas palavras ditas pelo paciente, fazer pergunta relativa aos dados comunicados, introduzir problema relacionado, devolver pergunta feita pelo paciente, usar frases descritivas, manter o paciente no mesmo assunto, permitir que o paciente escolha o assunto, colocar em foco a idéia principal, verbalizar dúvidas, dizer "não" e estimular expressão de sentimentos subjacentes.

Clarificação: estimular comparação, solicitar que esclareça termos incomuns, solicitar que precise o agente da ação e descrever os eventos em seqüência lógica.

Validação: repetir a mensagem do paciente, pedir ao paciente para repetir o que foi dito e sumarizar o que foi dito na interação.

Estas categorias foram também empregadas por STACCIARINI (1991) para estudar a comunicação entre enfermeiros e pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Utilizando o modelo teórico da confirmação e desconfirmação, já descrito anteriormente, SANTOS et al. (1990) analisam a comunicação entre enfermeiro e paciente, em grupos de orientação pré-operatória, encontrando uma frequência geral de 56% de comportamentos de confirmação e 44% de comportamento de desconfirmação na interação estudada.

Tomando referenciais teóricos originalmente propostos para estudo de comunicação de pequenos grupos, MENDES (1986) e GIR (1988) aplicam-nos a situações de comunicação interpessoal. A primeira autora, usando o modelo de Análise de Bales, considerou a matriz interacional entre os membros da equipe de enfermagem e pacientes, no processo de admissão hospitalar. Encontrou que as categorias de maior frequência de interações se dão na área neutra (dá orientação, pede orientação, dá sugestão). Concluiu que a "interação é puramente técnico profissional, sem vestígios de caráter pessoal". Enfatiza a necessidade de humanização da prática de enfermagem. Por sua vez, GIR (1988) utilizou o Sistema SAVI para categorização das emissões verbais dos elementos da equipe de enfermagem e pacientes adéticos. Calculou ainda a quantidade de informações transmitidas, durante as interações verbais. Em seus resultados encontrou que as categorias emitidas em maior número pela equipe de enfermagem foram "descritivas" e "questões relativas ao tema"; para o atendente e o auxiliar de enfermagem, a categoria "ordem" e para o enfermeiro, "questão de manutenção". Para o paciente, as categorias mas emitidas foram "proposta específica", "silêncio" e "participação pessoal".

Estudando os modelos utilizados por diversos autores, destinados à análise das interações enfermeiro-paciente, focalizadas na ajuda aos pacientes para explorar a si e aos seus problemas, FORREST (1983) julgou-os limitados; elaborou, pois, um modelo onde os comportamentos verbais são codificados e agrupados em relação a esta auto-exploração. Propôs



dezoito tipos de comportamentos verbais.

Dentre os modelos que possibilitam a codificação da comunicação e sua análise, selecionamos este último para o desenvolvimento do presente estudo, por ser mais completo que outros, como os de BEANLANDS; MACKAY (1981); CLARK (1981) e STETLER (1977), dentre outros, porém não tão específico como o de STEFANELLI (1985) e o de HAYS; LARSON (1970) que contemplam técnicas de comunicação terapêutica. Também descartamos o modelo de SKINNER (1978) e o de CARNEIRO (1982), por não focalizarem a auto-exploração do paciente.

### O MODELO SELECIONADO

O modelo de FORREST (1983) foi escolhido para subsidiar a análise deste trabalho, dentre outros motivos, por ter sido desenvolvido especialmente para o estudo do uso de técnicas de comunicação terapêutica por alunos de pós-graduação em enfermagem, que estavam cursando a disciplina de Comunicação em Enfermagem. Este modelo, como já dissemos, focaliza a ajuda para auto-exploração.

Contempla duas categorias de comportamentos: os que facilitam e os que bloqueiam a comunicação, conforme descritos a seguir.

#### - Facilitando comportamentos verbais

1 - Declarações amplas ou questões de abertura que permitam ao paciente direcionar o foco da conversação. Exemplo:

*" - O que você acha do que conversamos agora?" ; "Como você está se sentindo com relação ao fato de estar internado?"*

2 - Encorajamento para o paciente continuar, indicando interesse e compreensão do que o mesmo está dizendo. Exemplo:

*"Continue" ou "Huhum" ou ainda*

Atendente: "Quantos anos você tem?"

Paciente: "Vinte e dois"

Atendente: "Vinte e dois De que cidade você é?"

3 - Refletindo: o todo ou parte das declarações do paciente é repetido ou ligeiramente reformulado para encorajar a continuação. Exemplo:

Paciente: " - Ontem fui ao cinema vi uma cena que me chocou, depois fui pra casa e hoje foi difícil acordar cedo pra vir pro hospital e internar".

Enfermeiro: " - Você viu uma cena que te chocou ?"

4 - Dividindo as observações: verbalizando as percepções com o paciente, que podem focalizar-se no seu estado físico ou emocional, e podem convidar o paciente a verificar, corrigir ou elaborar sobre a observação do enfermeiro. Exemplo:

Enfermeiro: " - Eu notei que você se retrai quando eu menciono que será realizado seu curativo".

5 - Reconhecendo os sentimentos do paciente e como ele se sente, independente se o enfermeiro sente ou pensa do mesmo modo. Encoraja o paciente a continuar expressando sentimentos, sem demonstrar julgamento sobre eles. Exemplo:

Enfermeiro: " - Você sente que seu médico não liga para você?" ou

Paciente: " - Minha família ainda não veio me visitar, sinto falta deles."

Auxiliar: " - Você parece ser muito ligado a eles".

6 - Reconhecendo a presença do paciente. Exemplo:

Enfermeiro: " - Bom dia, Sr. Pedro" ou

Auxiliar: " - Até logo."

7 - Dando informação, respondendo às perguntas, diminuindo ansiedades, apresentando fatos que o paciente quer ou precisa saber. Estabelecendo a verdade. Exemplo:

Auxiliar: " - O doutor José assinará sua alta à tarde".

8 - Clarificando: deixando mais claro o significado ou requerendo do paciente que clarifique o significado; previne ambiguidades ou mal entendidos e motiva o paciente a continuar. Exemplo:

Atendente: " - O que é perrengue?" ou

Enfermeiro: " - Alguém na família tem hipertensão, pressão alta?"

Médico: " - Quando foi sua última internação?"

Paciente: " - O que?"

Médico: " - Sua última internação, quando foi ?"

9 - Verbalizando pensamentos ou sentimentos subentendidos ; expressando o que o paciente está insinuando ou sugerindo, em lugar do que está sendo dito. Ajuda o paciente a conscientizar-se de seus pensamentos e sentimentos e auxilia o profissional a verificar impressões. Exemplo:

Paciente: " - Vale a pena operar do coração?"

Enfermeiro: " - Parece que você não está decidido sobre a operação".

### - Bloqueando comportamentos verbais

1 - Tranquilizando com clichê ou comentários estereotipados; comentários comuns, dados automaticamente, que tendem a mostrar ao paciente o desinteresse do profissional ou a falta de compreensão ou a própria ansiedade.

Atendente: " - Tudo estará bem", " - Vai dar tudo certo"; " - Um pouco mais de paciência"; " - Calma, calma". "Então está bem".

2 - Aconselhamento - passando por cima de decisão tomada pelo paciente por imposição das próprias opiniões e soluções, ao invés de auxiliar a paciente a explorar, chegando à conclusões. Exemplo:

Auxiliar: " - Você deveria procurar alguma coisa para ler".

3 - Aprovando ou concordando: comentários e opiniões que focalizam os valores e sentimentos dos profissionais, impostos sobre a livre expressão da paciente. Exemplo:

Enfermeiro: " - Que bom que você já está comendo!"

4 - Pedindo uma explicação - perguntando ao paciente, para imediatamente avaliar, e explicar sentimentos ou ações, com freqüência envolve "por quê" em questões que podem intimidar o paciente. Exemplo:

Enfermeiro: " - Por quê você não quer comer?"

5 - Desaprovando - discordando - julgamento negativo colocado nas ações, pensamentos ou sentimentos do paciente, introduzindo valores do enfermeiro que podem intimidar o paciente, promovendo conformidade, para a aprovação do profissional. Exemplo:

Enfermeiro: " - Você não devia ter aberto a pinça do soro."

6 - Depreciando: indicando que as experiências do paciente não são únicas ou importantes, transferindo para um foco distante do paciente. Exemplo:

Auxiliar: " - A senhora pelo menos tem seu marido que, é uma bondade, há tantas mulheres que nem isso tem! Você tem sorte"

7 - Defendendo - protegendo ou apresentando desculpas em vez de permitir que o paciente expresse suas próprias opiniões e sentimentos. Exemplo:

Atendente: " - *Vai ser rápido, não vai incomodar!*"

8 - Mudando o assunto - introduzindo um novo tópico não relacionado, tomando a liderança da conversação do paciente, que não pode fazer qualquer tentativa para que suas necessidades sejam conhecidas. Exemplo:

Paciente: " - *Minha esposa não vem mais me ver*".

Enfermeiro: " - *O doutor José está aí*".

9 - Fechando o questionamento - focalizando as questões no sim ou não, as quais podem limitar as respostas do paciente e sugerir a procura do profissional por uma resposta específica.

Exemplo:

Enfermeiro: " - *Você dormiu a noite toda?*"

Tal modelo tem sido empregado em estudos que abrangem diferentes situações. BACHION (1991) dele se utilizou para categorizar as emissões orais da equipe de enfermagem dirigidas às parturientes. Verificou o predomínio da emissão de subcategorias bloqueadoras, sobretudo o aconselhamento (B<sub>2</sub> - 37%) e questões fechadas (B<sub>9</sub> - 29,8%). Encontrou ainda desaprovações (B<sub>5</sub> - 12,3%), aprovações (B<sub>3</sub> - 9,4%) e uso de clichês (B<sub>1</sub> - 6,6%). Dentre as facilitadoras obteve o predomínio de informações (F<sub>7</sub> - 58,4%) seguida de reconhecimento da presença do paciente (F<sub>6</sub> - 20,9%) e clarificações (F<sub>8</sub> - 15,5%). As demais subcategorias bloqueadoras e facilitadoras foram emitidas em percentuais inferiores a 4,5%. Chamou a atenção para o fato de que a subcategoria F<sub>9</sub> (verbalizando pensamentos e sentimentos subtendidos) não foi utilizada pelos profissionais na situação estudada.

A autora concluiu que houve muita diretividade na interação com as parturientes. Alerta para o pouco investimento realizado em ajudá-las a explorar a situação vivenciada.

CARVALHO; BACHION; BRAGA (1992) o aplicaram com vistas à análise da comunicação da equipe de enfermagem com pacientes portadores de alterações hematológicas. Observaram o predomínio das subcategorias facilitadoras (56,9%) sendo as mais freqüentes dar informações (F<sub>7</sub> - 50,3%), clarificações (F<sub>8</sub> - 28,0%) e reconhecendo a presença (F<sub>6</sub> - 11,2%). Das bloqueadoras preponderaram questões fechadas (B<sub>9</sub> - 64,6%), aconselhamento (B<sub>2</sub> - 13,9%)

e aprovando ou concordando (B3 - 10,0%). As demais subcategorias obtiveram frequência menor que 4,5%. Sugerem melhor aproveitamento das subcategorias facilitadoras no diálogo.

CAVICHIOLO; CARVALHO (1992) o empregaram em seu estudo sobre a interação da equipe de enfermagem com pacientes portadores de distúrbios de comunicação. Verificaram a prevalência das informações ( F7 - 45,1% ), das clarificações ( F8 - 31,8% ). Referente às subcategorias bloqueadoras, sobressaíram as questões fechadas ( B9 - 62,5% ), aconselhamento ( B2 - 15,7% ) e desaprovações ( B5 - 5,6% ). As demais subcategorias apareceram com taxas menores que 4%.

BACHION (1993) nele se fundamentou para analisar a comunicação do professor em sala de aula quando ensina o tema "Comunicação em Enfermagem". Encontrou que 61,9% dos sujeitos foram facilitadores da comunicação, sendo que as clarificações ( F8 ) ocorreram em 46,5% e as informações ( F7 ) em 40,5%. Dentre as bloqueadoras obteve questões fechadas ( B9 ) com 52,8%, aconselhamentos ( B2 ) com 23,9%, desaprovações ( B5 ) com 13,1% e aprovações (B3 ) com 8,3%. As demais subcategorias foram emitidas em frequências inferiores a 4,5%. Concluiu que o padrão de emissão dos sujeitos não permite ao aluno conviver com as técnicas e habilidades de comunicação abordadas teóricamente em sala de aula.

Como já foi mencionado por BACHION (1991), "as categorias facilitadoras tem várias funções: estimular a verbalização do paciente, promover um clima de abertura , para que o paciente sinta-se à vontade para verbalizar algo, fornecer elementos que permitam ao paciente uma compreensão de sua situação, transmitir interesse e empatia" (p.33).

No entendimento desta mesma autora, as categorias bloqueadoras tem "papéis mais ou menos intimidadores, desde apenas o direcionamento do diálogo, e do comportamento do paciente, fuga do assunto, a centralização dos valores do enfermeiro, depreciação dos sentimentos do paciente até uma desaprovação formal como um reforço negativo para o comportamento comunicativo" (p.33 e 34).

Sendo a comunicação interpessoal um processo complexo, em alguns momentos espera-se o uso de subcategorias facilitadoras, em outros, de bloqueadoras. Cada subcategoria dependendo da situação, pode ser adequada ou inadequada.

Todas as pesquisas em que participamos utilizando o modelo de FORREST ( 1983 ) nos mostraram a adequacidade do mesmo para a análise tanto do desempenho oral dos sujeitos quanto para entender a dinâmica da interação nas situações observadas. Sua vantagem consiste na sua relativa simplicidade e abrangência. Apontamos como dificuldade apenas a falta de detalhamento na descrição que FORREST ( 1983 ) faz das subcategorias "dividindo observações" ( F4 ), "reconhecendo sentimentos" ( F5 ) e " verbalizando sentimentos e pensamentos subentendidos" ( F9 ), o que pode levar a erros de interpretação. Tentamos vencer este problema traçando uma diferenciação oriunda de nosso entendimento pessoal , que adotamos como padronização desde a primeira vez que dele nos utilizamos , em 1991.

A partir de agora, para efeito de citação futura, adotaremos as letras F para designar as subcategorias facilitadoras e B para as bloqueadoras. Os números que serão atrelados à estas letras correspondem à ordem em que foram apresentadas.

Definido o modelo conceitual a ser utilizado, passaremos à finalidade e objetivos deste estudo.

## FINALIDADE

Contribuir para o aperfeiçoamento da prática profissional em enfermagem e, em especial, para o conhecimento do processo de comunicação em enfermagem.

## OBJETIVOS

Nosso objetivo geral visa favorecer o emprego de habilidades comunicativas por alunos de graduação em enfermagem ao interagirem com pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas.

Estabelecemos como objetivos específicos:

1. Descrever a interação verbal oral de alunos com pacientes de clínica médica de um hospital, portadores de doenças crônico-degenerativas, em entrevistas programadas.
2. Desenvolver, em um grupo de alunos do 3º e 4º ano de graduação em enfermagem, o conhecimento do referencial de FORREST (1983).
3. Desenvolver, junto ao referido grupo de alunos, um treinamento\* para utilização das técnicas facilitadoras de comunicação propostas no referencial acima mencionado, bem como para a supressão das técnicas bloqueadoras da comunicação consideradas intimidatórias ou depreciativas.
4. Comparar a performance verbal oral inicial de cada aluno do grupo com a sua performance verbal oral ao término do período de treinamento.
5. Estudar a relação da performance de emissões orais de cada aluno à variável de extensão (número de palavras) das falas do paciente e duração das entrevistas.
6. Estudar o grau de ansiedade reportado pelos alunos no decorrer das entrevistas.

\* Não desenvolveremos o treinamento de um grupo controle, sugerido por KERR, 1986, que indica critérios de adequacidade para estudos de habilidade de comunicação, por considerarmos o próprio grupo em questão controle de si mesmo.



## HIPÓTESES

Nossas hipóteses para este estudo são:

1. O grupo envolvido no treinamento apresentará alterações no seu padrão de interação verbal (do ponto de vista da emissão das subcategorias verbais do modelo de FORREST\* 1983), comparando-se a performance inicial (PI) e final (PF) da seguinte forma:
  - aumento das subcategorias F<sub>1</sub> (questão de abertura), F<sub>2</sub> (encorajamento para o paciente continuar), F<sub>3</sub> (reflexão), F<sub>4</sub> (dividindo observações), F<sub>5</sub> (reconhecendo sentimentos), F<sub>8</sub> (clarificação), F<sub>9</sub> (verbalizando pensamentos subentendidos);
  - decréscimo de B<sub>1</sub> (acalmado com clichê), B<sub>2</sub> (aconselhamento), B<sub>5</sub> (desaprovando), B<sub>7</sub> (defendendo), B<sub>8</sub> (mudando o assunto), B<sub>9</sub> (questões fechadas);
  - suspensão de B<sub>4</sub> (pedindo explicação), B<sub>6</sub> (depreciação).
2. A ansiedade reportada pelos alunos diminuirá com o prosseguimento da entrevista e com a repetição da atividade.
3. O padrão das emissões dos pacientes em contato com o grupo antes do treinamento será diferente do padrão de emissões dos pacientes em contato com o grupo, ao final do treinamento, do ponto de vista da temática e da extensão das falas, no sentido de aumento de extensão das falas emitidas em relação a primeira entrevista.

\* O modelo de FORREST (1993) já foi descrito nas páginas 22 a 25 quanto a suas categorias constitutivas. Sugere-se a leitura de Bachion (1991), caso necessário.



## **MÉTODO**

### **População**

Foram consideradas as emissões verbais de alunos do terceiro e do quarto ano de graduação em Enfermagem, de uma escola pública, dirigidas a pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, internados em unidades de Clínica Médica de um Hospital Escola. Tais emissões ocorreram em uma série de três interações programadas, de aproximadamente quinze minutos cada uma, realizadas no decorrer de um WORKSHOP sobre habilidades de comunicação interpessoal.

### **Locais de estudo**

As fases de leituras, discussões teóricas e dos videotapes das entrevistas, exercícios de transcrição e categorização dos dados foram realizadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

As interações dos alunos com os pacientes e filmagens ocorreram em salas do setor de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### **Técnica de registro de dados**

Temos consciência de que, para minimizar a reatividade dos observados, seria necessário um registro com equipamento pouco ostensivo de áudio e vídeo, porém tanto o local onde estão internados os pacientes como a Escola onde estudam os alunos não possuem instalações ideais para tal empreendimento. Assim, empregamos o registro cursivo dos comportamentos orais dos alunos de graduação do quarto ano de enfermagem e pacientes com doenças crônico-degenerativas mediante uso de câmera de vídeo portátil, não oculta, tamanho padrão disponível

no mercado.

### **Treino para coleta de dados e transcrição**

Os próprios alunos foram treinados e capacitados para realização das filmagens, pela própria autora, que já desenvolveu treinamento para operar este equipamento.

Houve seleção de seis alunos do primeiro ano de graduação em enfermagem que foram treinados e capacitados para transcrever videotapes. Foram aplicados índices de concordância de BATISTA; MATOS (1984) para cálculo de fidedignidade, entre duplas. Estas transcrições foram todas revisadas pela autora, que teve o papel de juiz.

### **Categorização dos dados**

Os dados foram categorizados segundo o Modelo de FORREST ( 1983 ) , pela própria autora , treinada repetidamente em estudos anteriores , já com índices de concordância adequados.

### **Instrumentos utilizados**

Instrumentos complementares foram utilizados em forma de escalas e questionários em diferentes momentos do Workshop e constam dos seguintes ANEXOS:

- ANEXO II - Características de pacientes reconhecidos negativa e positivamente. Trata-se de um questionário que faz um levantamento das características de pacientes reconhecidos negativamente, ou seja, com tristeza , repulsa, irritação, mágoa e os reconhecidos positivamente, isto é com prazer, alegria, satisfação. As informações por ele obtidas nortearam nossa seleção de pacientes para este estudo, buscamos descartar todos aqueles que apresentavam as características que o grupo reconheceu negativamente.

- ANEXO III - Auto-avaliação de ansiedade ( forma I ). Esta escala mede o grau de ansiedade

referida no decorer de um determinado período de tempo. Nossa intenção ao aplicá-la foi de identificar o estado de ansiedade dos alunos na semana que antecedeu o Workshop, tomando este nível como parâmetro nas avaliações subseqüentes, antes, durante e no final das entrevistas.

- ANEXO IV - Avaliação do estado funcional. Este inventário do bem estar físico dos pacientes foi aplicado com vistas ao levantamento dos que possuíam condições básicas para participarem da atividade de entrevista, sem que isso representasse para eles qualquer sobrecarga.

- ANEXO V - Inventário do bem estar do paciente - estado emocional. Este instrumento contém palavras que representam sensações. Nossa intenção ao utilizá-lo foi conhecer o estado de ânimo do paciente para conversar com outra pessoa e já travar com ele algum nível de relação.

- ANEXO VI - Auto-avaliação de ansiedade ( forma II ). Modificamos a forma I desta escala para ser aplicada a situações específicas, no nosso caso, a situação de entrevista.

- ANEXO VII - Opinião sobre ações de enfermagem. Esta escala identifica, dentre algumas opções, os atos mais valorizados pelos sujeitos. Assim, pudemos identificar, para este grupo, qual o grau de importância dos atos eminentemente interativos.

- ANEXO VIII - O Modelo de Darle Forrest. Este texto foi especialmente desenvolvido para ser utilizado como material didático no Workshop. Introduziu o aluno no referencial teórico adotado.

- ANEXO IX - Observação, registro e mensuração do comportamento humano. Trata-se de outro texto didático. Este, por sua vez, introduziu o aluno em algumas questões inerentes à observação, registro e mensuração do comportamento humano.

### **Procedimento propriamente dito**

1. Elaboração de proposta de WORKSHOP (curso de extensão) com 20 horas de duração (10 aulas de 2 horas cada), tendo como população alvo 12\* alunos dos 3º e 4º anos do curso de graduação em enfermagem (a proposta encontra-se a seguir).

---

\* Justifica-se este número de vagas devido a estratégia utilizada de filmagem simultânea de algumas das aulas, sendo necessárias ao menos três câmeras filmadoras disponíveis para operacionalizar as aulas em questão, bem

**WORKSHOP "COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: ALGUMAS HABILIDADES DESEJADAS"**

Período:

Horário:

Professor Responsável: **Maria Márcia Bachion**

Clientela: alunos do 3º e 4º ano de graduação em Enfermagem

Nº de vagas: 12

Nºda aula	Data	Conteúdo
1		- Introdução à operação de câmera de filmagem
2		- Operação de câmera de filmagem em ambiente de enfermaria - Grupo A.
2		- Operação de câmera de filmagem em ambiente de enfermaria - Grupo B.
3		- Habilidade de Comunicação: Modelo de FORREST.
4		- Entrevista de paciente com base no modelo de FORREST -Grupo A.
4		- Entrevista de paciente com base no modelo de FORREST -Grupo B.
5		- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo A.
5		- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo B.
6		- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo A. (continuação)
6		- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo B. (continuação)
7		- Entrevista de paciente em ambiente de enfermaria: operação de câmera de filmagem, transcrição dos dados e categorização no Modelo de FORREST - Grupo A.
7		- Entrevista de paciente em ambiente de enfermaria: operação de câmera de filmagem, transcrição dos dados e categorização no Modelo de FORREST - Grupo B.  - Atitude frente à comunicação com pacientes.
8		- Observação e Mensuração do comportamento.
9		- Tabulação dos Dados - Performance longitudinal
10		- Avaliação do Curso

OBJETIVO: que o aluno seja capaz de aplicar habilidades comunicativas quando interagir com pacientes.

2. Submissão da proposta à apreciação dos órgãos competentes na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
3. Desenvolvimento do WORKSHOP, anteriormente descrito, segundo o planejamento que se segue.

- Parte A

Obtenção de dados para atualização do planejamento. Reunião de 1 hora com os interessados em frequentar o curso com os objetivos de:

- conhecer o número de participantes e identificar as adaptações de horário que se fizerem necessárias;
- conhecer algumas características dos alunos quanto ao desenvolvimento de habilidades comunicativas, mediante a aplicação do questionário "Características de pacientes reconhecidos negativa e positivamente" (ANEXO II) e da escala Auto-avaliação da ansiedade - forma I (ANEXO III);
- conhecer características de pacientes que são reconhecidos negativa e positivamente pelo grupo de alunos, mediante a aplicação de questionário (ANEXO II).

- Parte B

Desenvolvimento das dez aulas propriamente ditas. O programa de cada uma delas é descrito nos quadros a seguir, constando a identificação, tema, principais conceitos, objetivos, estratégia, tempo e material, além da forma de avaliação planejada .

TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
15'	<p>O professor (P) coloca as carteiras em semi-círculo, antes da chegada dos alunos (A).</p> <p>P apresenta a atividade a ser desenvolvida: será dita uma frase incompleta pelo P e cada A completará como quiser.</p> <p>P diz a frase "VIM PARA ESTE CURSO..." e a escreve na lousa, cada A se pronuncia.</p> <p>P discute as expectativas identificadas e expõe o objetivo do curso.</p>	giz e lousa
5'	P expõe os objetivos da aula e questiona os alunos sobre sua experiência prévia, com filmagem.	
5'	P pede aos A que identifiquem os componentes móveis da câmera de filmagem: bateria, microfone e visor, recarregador de bateria, fio para operar na rede elétrica e tripé (P corrige as respostas se necessário).	3 câmeras filmadoras nos
15'	<p>P encoraja os A a montarem a câmera para operar com bateria, depois, acoplada no tripé e alimentada pela rede elétrica.</p> <p>P encoraja os A a desmontarem o equipamento e guardarem no envólucro.</p>	envólucros + 3 tripés 3 fitas
20'	Com a câmera acoplada ao tripé, o P faz exposição dialogada sobre as partes e dispositivos fixos e explica suas funções e peculiaridades, quando for o caso (lente, focus, timer, date, hour, power, eject, rec, zoom, balance white) coloca e retira a fita, aciona a gravação.	
20'	Cada aluno manipula o equipamento por 2 minutos, operando os controles mencionados anteriormente.	1 aparelho de TV e 1 videocassete
15'	O P exhibe o filme gravado pelos alunos.	
5'	Os A se auto-avaliam quanto ao alcance dos objetivos, por escrito.	
10'	P declara aos A a dinâmica e os objetivos da próxima aula, os A se dividem em 2 grupos.	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS - pretende-se levar o aluno a:	TEMPO	
<p>Aula nº 1 Duração: 2 horas 12 alunos</p> <p><b>TEMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do curso</li> <li>- Introdução à operação de câmera de filmagem.</li> </ul> <p><b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas</li> <li>- Operações</li> <li>- Dispositivos</li> <li>- Filmadora</li> </ul>	<p>1. expressar oralmente suas expectativas do curso;</p> <p>2. dada uma câmera de filmagem, identificar os dispositivos fixos (lente, timer, date, hour, zoom, focus, balance white, power, eject, rec, fade in/out, BLC/STD);</p> <p>3. identificar os dispositivos móveis da filmadora (microfones, visor, bateria, recarregador de bateria, fio para rede elétrica) e tripé;</p> <p>4. dada uma câmera de filmagem guardada em seu envólucro protetor, realizar as seguintes atividades, com autonomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- montar equipamento para funcionar com bateria;</li> <li>- montar equipamento para funcionar alimentado pela rede elétrica e acoplado no tripé;</li> <li>- operar os seguintes dispositivos da câmera: balance white, timer, date, hour, zoom, focus, power, eject, rec, fade in/out, BLC/STD);</li> <li>- colocar e retirar fita;</li> <li>- registrar, através de filmagem, imagens selecionadas por ele próprio, no ambiente de sala de aula;</li> <li>- desmontar equipamento e guardá-lo no envólucro protetor.</li> </ul> <p><b>Avaliação:</b> - observação do desempenho dos alunos, anotada no diário de curso, pelo professor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- auto-avaliação dos alunos.</li> </ul>	<p>15'</p> <p>5'</p> <p>5'</p> <p>15'</p> <p>20'</p> <p>20'</p> <p>15'</p> <p>5'</p> <p>10'</p>	<p>D</p> <p>se</p> <p>(A</p> <p>P</p> <p>da</p> <p>e</p> <p>P</p> <p>a</p> <p>P</p> <p>ex</p> <p>P</p> <p>os</p> <p>co</p> <p>P</p> <p>ne</p> <p>te</p> <p>ba</p> <p>e</p> <p>sa</p> <p>P</p> <p>op</p> <p>tr</p> <p>P</p> <p>me</p> <p>Co</p> <p>ex</p> <p>di</p> <p>e</p> <p>te</p> <p>ej</p> <p>re</p> <p>Ca</p> <p>mi</p> <p>do</p> <p>O</p> <p>Os</p> <p>do</p> <p>P</p> <p>da</p> <p>gr</p>

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS: - pretende-se levar o aluno a:	TEMPO
<p>Aula nº 2</p> <p>Duração: 2 horas</p> <p>06 alunos</p> <p><b>TEMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operação de filmadora fora da sala de aula.</li> <li>- Filmagem de interação humana.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. executar filmagem de dois elementos humanos em interação, no ambiente de enfermaria, de modo discreto (em silêncio, com movimentos suaves, fora do espaço íntimo dos sujeitos em interação);</li> <li>2. expressar oralmente seus sentimentos e reações à filmagem, enquanto sujeito e operador;</li> <li>3. interagir oralmente com indivíduo adulto, portador de doença crônica, internado em instituição hospitalar, tendo seu desempenho registrado.</li> </ol>	<p>5'</p> <p>10'</p> <p>5'</p>
<p><b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dessensibilização</li> <li>- Registro de desempenho</li> <li>- Filmagem</li> <li>- Interação com paciente</li> </ul>	<p><b>Avaliação:</b> - técnica de incidente crítico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- observação do desempenho da atividade pelos alunos, registrado pelo professor, no diário de classe.</li> </ul>	<p>10'</p> <p>30'</p> <p>20'</p> <p>20'</p>



TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
5'	<p>Seleção prévia de 10 pacientes internados nos setores do 5º A, 5º B e 6º B do HCFMRP-USP mediante: avaliação das condições dos mesmos para se expressarem oralmente, obtenção de aquiescência para participar da atividade. Aplicação das escalas de avaliação de estado funcional de DENSEN et al (ANEXO IV) e avaliação do bem estar do paciente de WOLFER et al. (ANEXO V). (A partir de agora sintetizaremos estas atividades na expressão "seleção de pacientes").</p>	10 cópias de cada escala
10'	<p>P explica os objetivos da aula.</p> <p>Cada aluno, individualmente, elabora roteiro para interagir com um paciente (PT) que lhe será aleatoriamente designado. A última parte do roteiro deve buscar explorar os sentimentos do paciente ao ser filmado.</p>	
5'	<p>P aleatoriamente distribui os pacientes e forma as duplas I, II e III para filmagem.</p>	
5'	<p>Os A montam as três câmeras de filmagem para operar com bateria.</p>	3 fitas 3 câmeras
10'	<p>Os A dirigem-se para as enfermarias (Dupla I, II e III, compostas por S1, S2; S3, S4, S5 e S6 respectivamente).</p>	
30'	<p>Dupla I - S2 opera filmadora e S1 interage com PT1</p>	
20'	<p>S1 opera e S2 interage com PT2</p> <p>S1 e S2 preenchem escala de avaliação do nível de ansiedade de ZUNG (modificada para o presente imediato, como pode-se ver no ANEXO VI) em referência ao início e término da filmagem e a interação. Voltam, em seguida, para sala de aula.</p>	
20'	<p>Dupla II - atividade idêntica e simultânea, porém envolvendo S3 e S4, PT3 e PT4.</p>	
20'	<p>Dupla III - realiza as mesmas atividades (S5 e S6; PT5 e PT6).</p>	
20'	<p>P entrega aos alunos uma folha com três frases para que eles completem como quiser.</p> <p>1) FILMAR UMA INTERAÇÃO...</p> <p>2) CONVERSAR COM O PACIENTE...</p> <p>3) SER FILMADO...</p>	6 folhas sulfite (com as frases escritas)

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS: - pretende-se levar o aluno a:	TEMPO	
<p>Aula nº 3</p> <p>Duração: 2 horas</p> <p>12 alunos</p> <p>TEMA</p> <p>- Modelo da análise da Comunicação.</p>	<p>1. manifestar sua opinião sobre a importância da comunicação em relação a outras atividades desenvolvidas pela enfermagem;</p> <p>2. definir comunicação;</p> <p>3. conceituar e dar ao menos um exemplo de 5 das subcategorias facilitadoras da comunicação e 5 bloqueadoras;</p> <p>4. mediante lista de frases/diálogos e de posse dos conceitos das 18 subcategorias de comunicação propostos por FORREST, categorizam pelo menos 70% das frases, com índice de acerto de 80% no mínimo.</p>	<p>30'</p> <p>5'</p> <p>20'</p> <p>15'</p> <p>15'</p>	<p>P</p> <p>alun</p> <p>XO</p> <p>P</p> <p>com</p> <p>téc</p> <p>P f</p> <p>tos</p> <p>Lei</p> <p>res</p> <p>A.</p> <p>Clas</p> <p>gor</p> <p>os</p> <p>um</p> <p>par</p> <p>P</p> <p>men</p> <p>Os</p> <p>Grup</p> <p>diá</p> <p>Grup</p> <p>uma</p> <p>no</p> <p>Grup</p> <p>- c</p> <p>Grup</p> <p>men</p> <p>clas</p> <p>res</p> <p>A.</p> <p>aper</p> <p>vez</p> <p>10</p> <p>Disc</p> <p>20</p> <p>Disc</p> <p>30</p> <p>Disc</p> <p>Ativ</p> <p>para</p> <p>gina</p> <p>blo</p>
<p>PRINCIPAIS CONCEITOS</p> <p>- Facilitar comunicação</p> <p>- Bloquear comunicação</p> <p>- Auto-exploração</p>	<p>Avaliação: - observação do desempenho do aluno, registrado em diário de classe.</p> <p>- prova escrita</p> <p>- teste de escolha simples (exercício de deslocamento).</p>	<p>5'</p> <p>5'</p> <p>5'</p> <p>15'</p>	

TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
30'	P aplica questionário sobre opinião dos alunos frente à ações de enfermagem (ANEXO VII).	12 cópias do anexo
5'	P questiona os A sobre seu conceito de comunicação, habilidades de comunicação e técnicas de comunicação.	álbum seriado
20'	P faz exposição dialogada destes conceitos.	
15'	Leitura do texto "O Modelo de Darle Forrest" (ANEXO VIII) individualmente pelos A.	12 cópias do texto
15'	<p>Clarificação de cada uma das 18 subcategorias propostas: P solicita um a um que os alunos expliquem 1 subcategoria e dêem um exemplo de situação. Dá o feedback para as respostas.</p> <p>P explica a próxima atividade (deslocamento físico).</p> <p>Os A são divididos em 2 grupos: A e B.</p> <p>Grupo A - cada aluno recebe 3 cartões com diálogos curtos.</p> <p>Grupo B - cada aluno recebe 3 cartões com uma subcategoria de comunicação descrito no modelo.</p> <p>Grupo A - círculo interno, fixo; grupo B - círculo externo, móvel.</p> <p>Grupo B movimentam-se para buscar pareamento das frases com as subcategorias classificatórias. Podem discutir com o respectivo par naquele momento, do grupo A. (O exercício é feito em 3 ciclos, com apenas 6 cartões de frases/diálogos por vez).</p> <p>5' 1º ciclo Discussão (feedback)</p> <p>5' 2º ciclo Discussão</p> <p>5' 3º ciclo Discussão</p> <p>15' Atividade escrita: P solicita aos alunos para conceituarem e darem 1 exemplo original das subcategorias facilitadoras e bloqueadoras que lembrarem.</p>	36 cartões de cartolina 6 x 12 cm
		sulfite (24 folhas)

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS: pretende-se levar o aluno a ser capaz de:	TEMPO
Aula nº 4		5'
Duração: 2 horas		
06 alunos	1. dado um videotape, transcrever as falas dos interlocutores, com índice de concordância maior ou igual a 75% para $I_1$ e maior ou igual a 60% para $I_2$ .	2'
<b>TEMA</b>	2. dados um videotape acompanhado de transcrição, categorizar as frases do diálogo, usando o modelo de FORREST, com índice de concordância maior ou igual a 75% para $I_1$ e maior ou igual a 60% para $I_2$ .	3'
- Transcrição de dados		3'
- índices de concordância	3. dadas duas transcrições do mesmo diálogo, calcular o índice de concordância para transcrições e categorizações.	5'
- Categorização de dados		30'
<b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b>	<b>Avaliação:</b> - análise do desempenho das atividades.	10'
- Transcrição		30'
- Categorização		10'
- Concordância		
- Igualdade		
- Desigualdade		
- Evento		
$I_1 = \frac{n}{N}$		
$I_2 = \frac{A}{A+D}$		
		20'

TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
5'	P exibe um vídeo de 1 minuto e pede aos alunos que transcrevam o que ouviram (a exibição é feita em partes de 4 a 5 segundos e pode ser repetida, caso seja necessário).	vídeo e TV
2'	P faz exposição dialogada sobre índice de concordância e explica $I_1$ e $I_2$ , exemplificando como são utilizados.	giz e lousa
3'	P solicita aos alunos que trabalhem em duplas para cálculo dos índices de concordância.	calculadora
3'	Os A apresentam seus índices. Os A trocam de dupla e refazem os cálculos.	
3'	P exemplifica como se faz a categorização, utilizando o referencial de FORREST.	
	P solicita as duplas que procedam à categorização e calculem o índice de concordância.	3 vídeos e 3 TVs
5'	P corrige a categorização oralmente e discute os achados e dúvidas.	
30'	Os A se dividem em 3 salas, em duplas (aleatórias) e são orientados a transcrever suas interações durante um período de 15' (após 15', mesmo que o aluno não tenha chegado ao final da transcrição, a atividade é interrompida), calculam $I_1$ e $I_2$ para a transcrição do 1º e 2º vídeo.	
10'	Os alunos categorizam as transcrições do 1º e 2º vídeo e calculam $I_1$ e $I_2$ para ambas.	
30'		
10'		
20'	Discussão em grupo da atividade e dos achados (índice de concordância e análise de desempenho na interação).	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS: - pretende-se que o aluno seja capaz de:	TEMPO	
<p>Aula nº 5</p> <p>Duração: 2 horas</p> <p>06 alunos</p>	<p>1. operar filmadora no ambiente da enfermaria, de modo silencioso, suave e à distância (fora do espaço íntimo dos interlocutores);</p>	<p>10'</p> <p>5'</p>	<p>Se</p> <p>P</p> <p>fi</p> <p>po</p> <p>P</p> <p>vi</p> <p>un</p> <p>ut</p>
<p>TEMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Filmagem de interação humana.</li> <li>- Entrevista planejada</li> <li>- Auto-exploração</li> </ul>	<p>2. elaborar roteiro de entrevista, utilizando ao menos 5 subcategorias facilitadoras da comunicação;</p> <p>3. utilizar-se durante uma interação de 15' com um paciente internado na Clínica Médica de pelo menos 5 subcategorias facilitadoras da comunicação e, no máximo, 4 subcategorias bloqueadoras (que possivelmente já fazem parte de seu repertório de emissões desde que não sejam B5 e B8).</p>	<p>10'</p> <p>30'</p>	<p>li</p> <p>in</p> <p>P</p> <p>pa</p> <p>Os</p> <p>ri</p> <p>Du</p> <p>ge</p> <p>ge</p> <p>Du</p> <p>Du</p>
<p>PRINCIPAIS CONCEITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Filmagem</li> <li>- Intencionalidade</li> <li>- Roteiro</li> <li>- Interação</li> <li>- Subcategorias facilitadoras</li> <li>- Subcategorias bloqueadoras</li> </ul>	<p>Avaliação: - técnica Incidente crítico (do operador).</p> <p>- análise das filmagens (categorização das falas).</p>	<p>10'</p> <p>10'</p> <p>30'</p>	<p>Os</p> <p>da</p> <p>Vo</p> <p>As</p> <p>du</p>

TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
10'	Seleção prévia de 10 pacientes. P faz perguntas aos A, resgatando as definições das 18 subcategorias propostas por FORREST.	
5'	P solicita aos alunos que elaborem, individualmente, roteiro para interação com um paciente, durante aproximadamente 15', utilizando ao menos 5 subcategorias facilitadoras da comunicação. Alerta para a inadequacidade do uso do B5 e B8.	
10'	P distribui aleatoriamente as duplas e os pacientes. Os alunos deslocam-se para as enfermarias, com as filmadoras.	3 câmeras filmadoras 6 fitas 3 aparelhos de TV e 3 videocassetes
30'	Dupla I - S1 e S2 S2 opera filmadora e S1 interage com PT1. S1 opera filmadora e S2 interage com PT2.	
	Dupla II - S4 opera e S3 interage com PT3. S3 opera e S4 interage com PT4.	
	Dupla III - S6 opera e S5 interage com PT5. S5 opera e S6 interage com PT6.	
10'	Os A preenchem escala de nível de ansiedade em relação à atividade anterior.	6 cópias das escalas
10'	Voltam para a sala de aula.	
30'	Assistem o vídeo de suas interações, em duplas.	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS: - pretende-se levar os alunos a, mediante videota- pe:	TEMP
Aula nº 6		5'
Duração: 2 horas		30'
06 alunos		5'
<b>TEMA</b>	a) transcrever os diálogos nele exibidos, categorizá-los utilizando o referencial de FORREST, obtendo índice de concordância $I_1$ e $I_2$ maior ou igual a 75% para transcrição e $I_1$ maior ou igual a 75% e $I_2$ maior ou igual a 60% para categorização.	30'
- Transcrição de dados		15'
- índices de concordância	b) analisar sua performance, expressando-se oralmente para o companheiro de dupla.	10'
- Categorização de dados		10'
<b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b>	c) expor para o grupo, a síntese de suas reflexões no tocante ao seu desempenho na 1ª e na 2ª interação.	15'
- Transcrição		
- Categorização	<b>Avaliação:</b> - incidente crítico.	
- Concordância	- análise desempenho das atividades registradas no diário de curso.	
- Igualdade		
- Desigualdade		
- Evento		
$I_1 = \frac{n}{N}$		
$I_2 = \frac{A}{A+D}$		
- Comparação		
- Auto-reflexão		



TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
5'	O professor explica o esquema da aula.	
30'	Os A se dividem em 3 salas, passando a transcrever suas interações durante 15'.	
5'	Os A calculam o índice de concordância para transcrição.	
30'	Os A categorizam suas transcrições.	
15'	Os A calculam índice de concordância para categorização.	calculadora
10'	Os A tabulam os resultados da categorização desta interação da anterior.	
10'	Os A procedem à auto-análise da performance interativa quanto à: grau de facilitação/bloqueio empreendido, interação original e interação manifesta (dissertação escrita).	
10'	Os A expõe suas reflexões para o colega da dupla.	
15'	Os A reúnem-se e expõe uma síntese de suas conclusões.	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS: pretende-se levar os alunos a:	TEMPO	
<p>Aula nº 7</p> <p>Duração: 2 horas</p> <p>06 alunos</p>	<p>a) ao elaborar roteiro de entrevista, aplicar ao menos 6 subcategorias facilitadoras da comunicação.</p>	<p>5'</p> <p>5'</p>	<p>P</p> <p>A</p> <p>pa</p> <p>su</p> <p>çã</p> <p>O</p> <p>te</p> <p>Os</p> <p>Du</p>
<p><b>TEMA</b></p> <p>- Filmagem em ambiente de enfermaria.</p> <p>- Relacionamento aluno-paciente.</p>	<p>b) ao interagir com um paciente, durante 15 minutos, emitir ao menos 5 subcategorias facilitadoras da comunicação e não emitir as subcategorias B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>7</sub>, B<sub>8</sub>.</p> <p>c) ao realizar filmagem de interação humana em ambiente da enfermaria, sentir-se à vontade.</p>	<p>10'</p> <p>30'</p> <p>10'</p> <p>10'</p> <p>30'</p>	<p>me</p> <p>fi</p> <p>Os</p> <p>à</p> <p>As</p> <p>Em</p> <p>e</p> <p>çã</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p><b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b></p> <p>- Filmagem</p> <p>- Relacionamento informal</p> <p>- Relacionamento com intenção de ajuda.</p>	<p>d) ao interagir com um paciente durante 15' escolher conscientemente suas emissões a seguir (conservar intencionalidade consciente).</p> <p>e) ao interagir com um paciente durante 15', analisar os efeitos manifestos por ele, frente ao tipo de subcategoria empregada.</p> <p><b>Avaliação:</b> - análise das filmagens (categorização); - auto-avaliação.</p>	<p>15'</p>	<p>fi</p> <p>Di</p> <p>re</p>

TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
	P explica tarefa aos alunos.	
5'	A elaboram roteiro de entrevista com um paciente (individualmente), empregando 7 subcategorias facilitadoras da comunicação.	
5'	O P analisa os roteiros conforme os A vão terminando.	3
10'	Os A dirigem-se para as enfermarias. Dupla I, II e III trabalham simultaneamente conforme esquemas anteriores de filmagem.	filmado- ras 6 fitas
30'	Os A preenchem escala de ansiedade frente à atividade.	6 cópias da esca- la
10'	As duplas voltam à sala de aula.	
10'	Em sala os A assistem o videotape gravado	
30'	e procedem à auto-análise de sua interação com vistas à: (relatório escrito) - escolha consciente de emissões. - observação dos efeitos nos pacientes. - sentimentos próprios ao filmar, ser filmado e ao interagir com o paciente.	4 vídeos
15'	Discussão em grupo acerca dos itens acima referidos.	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS - pretende-se levar o aluno a:	TEMPO	
<p data-bbox="354 245 537 278"><b>Aula nº 8</b></p> <p data-bbox="354 311 672 345"><b>Duração: 2 horas</b></p> <p data-bbox="354 378 532 411"><b>12 alunos</b></p> <p data-bbox="354 499 451 533"><b>TEMA:</b></p> <p data-bbox="354 566 711 665">- Atitude frente à comunicação com pacientes.</p> <p data-bbox="354 787 553 853"><b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b></p> <p data-bbox="354 887 610 1008">- Comunicação - Atitude - Emoções - Valores</p>	<p data-bbox="764 245 1373 345">1. expressar por escrito, sua atitude frente ao tema "comunicação";</p> <p data-bbox="764 378 1373 499">2. identificar elementos e situações relacionadas à comunicação que emergiram do grupo.</p> <p data-bbox="764 599 1373 787"><b>Avaliação:</b> - análise dos formulários (sulfite); - observação de desempenho da atividade em sala, anotada pelo professor, em diário de classe.</p>	<p data-bbox="1438 311 1479 345">5'</p> <p data-bbox="1438 533 1479 566">10'</p> <p data-bbox="1438 975 1479 1008">5'</p> <p data-bbox="1438 1075 1479 1108">5'</p> <p data-bbox="1438 1229 1479 1263">20'</p> <p data-bbox="1438 1484 1479 1517">5'</p> <p data-bbox="1438 1550 1479 1583">20'</p> <p data-bbox="1438 1650 1479 1683">5'</p>	<p data-bbox="1536 212 1594 278">Col alu</p> <p data-bbox="1536 311 1594 378">0 2</p> <p data-bbox="1536 389 1594 455">açã dua</p> <p data-bbox="1536 466 1594 533">açã ser</p> <p data-bbox="1536 544 1594 610">ca Os</p> <p data-bbox="1536 621 1594 687">o p tor</p> <p data-bbox="1536 698 1594 765">uma vel</p> <p data-bbox="1536 776 1594 842">neu</p> <p data-bbox="1536 853 1594 920">O</p> <p data-bbox="1536 931 1594 997">con gra</p> <p data-bbox="1536 1008 1594 1075">op ser</p> <p data-bbox="1536 1086 1594 1152">pou</p> <p data-bbox="1536 1163 1594 1229">con</p> <p data-bbox="1536 1240 1594 1307">con</p> <p data-bbox="1536 1318 1594 1384">Rec</p> <p data-bbox="1536 1395 1594 1462">ped</p> <p data-bbox="1536 1473 1594 1539">con</p> <p data-bbox="1536 1550 1594 1616">O</p> <p data-bbox="1536 1628 1594 1694">te no</p> <p data-bbox="1536 1705 1594 1771">nún fra</p> <p data-bbox="1536 1782 1594 1849">O p às</p> <p data-bbox="1536 1860 1594 1926">(ne ta)</p> <p data-bbox="1536 1937 1594 2004">Apo</p> <p data-bbox="1536 2015 1594 2081">par</p> <p data-bbox="1536 2092 1594 2158">ex.</p> <p data-bbox="1536 2169 1594 2212">esc</p> <p data-bbox="1536 2225 1594 2212">Cac</p> <p data-bbox="1536 2302 1594 2212">pri</p> <p data-bbox="1536 2380 1594 2212">Os</p> <p data-bbox="1536 2457 1594 2212">ele</p> <p data-bbox="1536 2534 1594 2212">mur</p> <p data-bbox="1536 2612 1594 2212">O p</p> <p data-bbox="1536 2689 1594 2212">ati</p>

TEMPO	ESTRATÉGIA	MATERIAL
	Colocar carteiras em círculo, antes dos alunos entrarem.	
5'	O professor pede aos alunos que escrevam 2 frases sobre comunicação, contendo uma ação e uma opinião favoráveis ao tema e duas frases desfavoráveis (uma englobando ação e a outra opinião). Cada frase deve ser escrita em um cartão (total = dois cartões por aluno).	28 cartões de cartolina 4 x 10 cm
10'	Os cartões são misturados em uma caixa e o professor passa a ler as fichas aleatoriamente e identifica se a frase revela uma ação/emoção favorável ou desfavorável. Se a frase for identificada como neutra ou ambígua deve ser retirada. O professor coloca na lousa, cartazes com palavras ou frases, expressando 5 graus de intensidade em relação à opinião/ação, tipo: sempre, na maioria das vezes, às vezes, poucas vezes, nunca, concordo fortemente, concordo, não estou certo, discordo, discordo fortemente.	2 cartazes de cartolina tamanho padrão
5'	Redistribui aleatoriamente as fichas e pede para os alunos preencherem as mesmas com os graus respectivos.	
5'	O professor distribui uma folha de sulfite para os alunos e pede que seja escrito no sentido vertical, na margem esquerda números de 1 até x (x = nº de fichas com frases).	
20'	O professor pede aos alunos que respondam às frases manifestando-se autenticamente (nenhuma forma de identificação será feita). Após ler e responder suas fichas, passa-a para o colega seguinte (da direita por ex.) e recebe as do colega anterior (da esquerda).	
5'	Cada frase é colocada na lousa pelos próprios alunos.	
20'	Os alunos passarão a discutir sobre os elementos e situações relacionados à comunicação que transparece nas frases.	
5'	O professor faz exposição dialogada sobre atitude.	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS - pretende-se levar o aluno a:	TEMPO
Aula nº 9	- conceituar e definir "observação".	2'
Duração: 2 horas	- dissertar sobre a reatividade dos indivíduos ao serem observados, com base em suas experiências e conhecimento pessoal (porque ocorre, quais as formas).	2'
12 alunos		5'
<b>TEMA</b>	- propor meios para minimizar a reatividade, a partir da leitura do texto (mimeografado).	5'
- Observação e mensuração do comportamento.	- discutir as vantagens e desvantagens das diferentes formas de registro (escrito, gravado em áudio, gravado em vídeo).	10'
<b>PRINCIPAIS CONCEITOS</b>		20'
- Observação - Reatividade - Formas de mensuração.	<b>Avaliação:</b> - análise do desempenho das atividades propostas.	20'

	TEMPO	ESTRATÉGIA	
o	2'	O professor pede aos alunos que escrevam o que lhes vier à mente sobre o que é observação.	
r	2'	Explica o que é conceito e definição.	
-	5'	Os alunos se reúnem em 3 grupos para formular com suas próprias palavras o conceito e definição de observação.	
o	5'	Cada grupo elege um representante que apresentará a conclusão do grupo.	
e	5'	Apresentação dos grupos.	
e	10'	Ainda em 3 grupos, os alunos discutirão a reatividade, porque ocorre e quais as formas (com base em seu conhecimento pessoal e experiências próprias).	
-		Os grupos apresentam síntese de suas discussões.	12 cópias do texto
o	20'	O professor distribui o texto "Observação, registro e mensuração do comportamento humano" (ANEXO IX) e pede que seja feita leitura individual e silenciosa.	
e	20'	Reunidos os alunos em um único grupo, o professor dirige a discussão sobre conceito e definição da observação, reatividade, meios para minimizá-la, utilização dos registros escrito, gravações em áudio e gravação em vídeo. Encoraja relações do conteúdo com a vivência de cada um.	

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVOS - pretende-se levar o aluno a:	TEMPO
<p data-bbox="467 555 667 588">Aula nº 10</p> <p data-bbox="467 621 781 654">Duração: 2 horas</p> <p data-bbox="467 687 646 721">12 alunos</p> <p data-bbox="467 814 548 847">TEMA</p> <ul data-bbox="467 880 841 1002" style="list-style-type: none"> <li>- Performance longitudinal.</li> <li>- Avaliação do curso.</li> </ul> <p data-bbox="467 1134 667 1201">PRINCIPAIS CONCEITOS</p> <ul data-bbox="467 1234 797 1355" style="list-style-type: none"> <li>- Auto-exploração</li> <li>- Auto-análise</li> <li>- Auto-avaliação</li> <li>- Estilo/Postura</li> </ul>	<p data-bbox="878 466 1479 522">OBJETIVOS - pretende-se levar o aluno a:</p> <ul data-bbox="959 566 1503 1163" style="list-style-type: none"> <li>. comparar sua performance nos 3 exercícios de filmagem enquanto interlocutor e operador de câmera;</li> <li>. auto-avaliar suas mudanças no decorrer do curso;</li> <li>. discutir as mudanças que sofreu ao longo do curso (se é que ocorreram);</li> <li>. discutir a adequação dos objetivos específicos frente ao objetivo geral;</li> <li>. discutir adequação das estratégias para o alcance de objetivos;</li> <li>. avaliar o clima afetivo do curso;</li> <li>. expressar sua opinião sobre o curso.</li> </ul> <p data-bbox="878 1229 1455 1263">Avaliação: - registro escrito.</p>	<p data-bbox="1528 654 1601 687">15'</p> <p data-bbox="1528 687 1601 721">30'</p> <p data-bbox="1528 814 1601 847">30'</p> <p data-bbox="1528 880 1601 913">30'</p>



o	TEMPO	ESTRATÉGIAS	MATERIAL
- ; as ue so os os ; as n- vo ão	15' 30' 30' 30'	<p>O professor entrega os trechos das transcrições realizadas nos 3 exercícios dos alunos e solicita que terminem as tabulações da categorização.</p> <p>Faz a revisão das subcategorias.</p> <p>Solicita aos alunos que discutam, por escrito e individualmente, sua performance nos exercícios (relatório escrito) auto-avaliem as mudanças identificadas.</p> <p>Cada aluno apresenta aos demais uma síntese de suas reflexões.</p> <p>O professor solicita que cada aluno expresse sua opinião sobre o curso, alcance de objetivos e adequação das estratégias, bem como clima afetivo com colegas e professor.</p>	<p>calculadora</p> <p>folhas de sulfite</p>

#### 4. Análise dos dados

Os resultados foram apresentados e analisados em relação à emissão de cada uma das dezoito subcategorias do modelo de FORREST (1983), focalizando:

**A -** Performance nas três entrevistas realizadas por cada um dos alunos, ou seja:

S<sub>1</sub>E<sub>1</sub>, S<sub>1</sub>E<sub>2</sub> e S<sub>1</sub>E<sub>3</sub>

S<sub>2</sub>E<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>E<sub>2</sub> e S<sub>2</sub>E<sub>3</sub>

S<sub>3</sub>E<sub>1</sub>, S<sub>3</sub>E<sub>2</sub> e S<sub>3</sub>E<sub>3</sub>

S<sub>4</sub>E<sub>1</sub>, S<sub>4</sub>E<sub>2</sub> e S<sub>4</sub>E<sub>3</sub>

S<sub>5</sub>E<sub>1</sub>, S<sub>5</sub>E<sub>2</sub> e S<sub>5</sub>E<sub>3</sub>

S<sub>6</sub>E<sub>1</sub>, S<sub>6</sub>E<sub>2</sub> e S<sub>6</sub>E<sub>3</sub>

**B -** Respostas dos pacientes (RP) em cada entrevista, ou seja:

RPE<sub>1</sub> - S<sub>1</sub>, RPE<sub>2</sub> - S<sub>1</sub> e RPE<sub>3</sub> - S<sub>1</sub>

RPE<sub>1</sub> - S<sub>2</sub>, RPE<sub>2</sub> - S<sub>2</sub> e RPE<sub>3</sub> - S<sub>2</sub>

RPE<sub>1</sub> - S<sub>3</sub>, RPE<sub>2</sub> - S<sub>3</sub> e RPE<sub>3</sub> - S<sub>3</sub>

RPE<sub>1</sub> - S<sub>4</sub>, RPE<sub>2</sub> - S<sub>4</sub> e RPE<sub>3</sub> - S<sub>4</sub>

RPE<sub>1</sub> - S<sub>5</sub>, RPE<sub>2</sub> - S<sub>5</sub> e RPE<sub>3</sub> - S<sub>5</sub>

RPE<sub>1</sub> - S<sub>6</sub>, RPE<sub>2</sub> - S<sub>6</sub> e RPE<sub>3</sub> - S<sub>6</sub>

Aplicamos o teste de Wilcoxon (HOLLANDER; WOLFE, 1973) para estudar se houve aumento estatisticamente significante da emissão das subcategorias F1, F2, F3, F4, F5, F8 e F9, bem como se houve decréscimo de B1, B2, B5, B7, B8 e B9 na terceira entrevista (E3) em relação à primeira (E1).

Este teste também foi utilizado para verificar se houve aumento significativo da extensão das falas dos pacientes na E3 em relação à E1.

Também tentamos verificar se a ansiedade reportada pelos sujeitos diminuíram ao longo do curso, valendo-nos do mesmo teste.

Buscamos averiguar se houve associação entre as subcategorias verbais emitidas pelos

alunos e as respostas obtidas por parte dos pacientes (A—P) e também se houve associação entre as emissões dos pacientes e as verbalizações dos alunos (P—A); para tanto, aplicamos o teste de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1973)

## **ESTUDO PILOTO**

Foi desenvolvido um estudo piloto no período de setembro a dezembro de 1993 testando-se o método proposto e percorrendo todos os passos anteriormente descritos. Os encaminhamentos (ANEXO I), as etapas iniciais de reuniões e desenvolvimento dos planos de aulas mostraram-se adequados.

A população alvo consistiu de alunos do 4º ano de graduação. Participaram integralmente do estudo piloto 4 sujeitos, impossibilitando a realização de testes estatísticos. A preocupação em trabalhar com uma população tão reduzida na pesquisa propriamente dita foi fator determinante para a ampliação das inscrições também a alunos do 3º ano. As atividades nesta fase piloto confirmaram nossa estimativa de que, para viabilizar as estratégias de filmagem de entrevistas e transcrição de dados, seria necessário limitar os subgrupos a no máximo seis alunos. Nesse período treinamos apenas dois elementos para a transcrição dos videotapes. Tal número mostrou-se insuficiente, havendo sobrecarga de trabalho para os mesmos e para o próprio professor, que também passou a realizar esta atividade. Dependendo da qualidade técnica da gravação e da inteligibilidade das falas, uma gravação de dez minutos tomava até duas horas para transcrição. Programamo-nos, então, para treinar no mínimo seis transcritores para a pesquisa.

Outro aspecto positivo do estudo piloto foi o de colaborar com a análise da viabilidade de emprego dos instrumentos. Neste sentido, dois deles foram descartados pois não evidenciaram benefícios; os demais não sofreram alterações e constituem os anexos já descritos.

A proposta metodológica de apresentação e análise dos dados mostrou-se adequada e reforçou a expectativa de uso de teste não paramétricos, face às características do evento.

## **DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA PROPRIAMENTE DITA**

Uma vez idealizado o Workshop intitulado "Comunicação interpessoal: habilidades desejadas" e testada sua dinâmica, conteúdo e instrumentos necessários ao seu desenvolvimento, passamos a propor sua realização da seguinte forma:

**WORKSHOP "COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: ALGUMAS HABILIDADES DESEJADAS."**

Período: 14 de março a 19 de maio/94

Horário: das 19 às 21 horas

Professor Responsável: **Maria Márcia Bachion**

Clientela: alunos do 3º e 4º ano de graduação em Enfermagem

Nº de vagas: 12

Nº da aula	Data	Conteúdo
1	14/03	- Introdução à operação de câmera de filmagem
2	15/03*	- Operação de câmera de filmagem em ambiente de enfermaria - Grupo A.
2	17/03*	- Operação de câmera de filmagem em ambiente de enfermaria - Grupo B.
3	28/03	- Habilidade de Comunicação: Modelo de FORREST.
4	29/03	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo A.
4	31/03	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo B.
5	12/04*	- Entrevista de paciente com base no modelo de FORREST -Grupo A.
5	14/04*	- Entrevista de paciente com base no modelo de FORREST -Grupo B.
6	26/04	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo A. (continuação)
6	28/04	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo B. (continuação)
7	03/05*	- Entrevista de paciente em ambiente de enfermaria: operação de câmera de filmagem, transcrição dos dados e categorização no Modelo de FORREST - Grupo A.
7	05/05*	- Entrevista de paciente em ambiente de enfermaria: operação de câmera de filmagem, transcrição dos dados e categorização no Modelo de FORREST - Grupo B.
8	16/05	- Atitude frente à comunicação com pacientes.
9	17/05	- Observação e Mensuração do comportamento.
10	19/05	- Tabulação dos Dados - Performance longitudinal - Avaliação do Curso
* Nestes dias haverá realização de exercícios de filmagem que só serão realizados na Clínica Médica do HCFMRP, desde que haja aquiescência da Comissão de Ética e dos pacientes envolvidos.		

Enviamos tal proposição ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada (D.E.G.E.), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (E.E.R.P.-U.S.P.) e à Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (H.C.F.M.R.P.-U.S.P.) para as providências cabíveis.

O projeto do curso recebeu parecer favorável dos órgãos competentes da E.E.R.P.-U.S.P. - Conselho do D.E.G.E. e da Comissão de Cultura e Extensão - bem como do H.C.F.M.R.P.-U.S.P. - Comissão de Ética.

Ao tomar ciência do andamento favorável que a proposição teve, comparecemos às salas de aula onde estavam os alunos do terceiro e quarto anos de graduação e os informamos do oferecimento de tal curso e apresentamos algumas características do mesmo como tema, objetivo, carga horária, número de aulas, estratégias e número de vagas e período de inscrição.

Ao término deste chamamos uma reunião com os inscritos no curso. Fixamos cartazes nas dependências da E.E.R.P.-U.S.P. e colocamos anúncios na lousa das salas de aula convidando os alunos do 3º e 4º anos para um encontro.

A reunião se deu e compareceram nove alunos, que informaram duas ausências justificadas e uma desistência. Designaremos estes alunos como S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>, S<sub>7</sub>, S<sub>8</sub>, S<sub>9</sub>, S<sub>10</sub> e S<sub>11</sub>. Foi apresentado o cronograma de aulas e houve a confirmação, de cada um dos alunos, de interesse em frequentar o curso.

Foram aplicados questionários que levantaram as características de pacientes reconhecidos positiva e negativamente pelos alunos e o estado de ansiedade destes no período.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados obtidos serão abordados em três partes. Primeiramente nos ateremos aos aspectos ligados ao desenvolvimento do WORKSHOP em si, depois passaremos às caracterizações dos sujeitos e finalmente à performance dos mesmos.

### - Quanto ao desenvolvimento do WORKSHOP

Ao ser veiculada a informação de que seria ministrado um curso extra-curricular cujas "aulas" seriam ministradas à noite, somente duas vezes por semana, percebemos que os alunos se animaram com tais facilidades. Houve 12 inscrições e 11 compuseram uma lista de espera, caso houvesse desistentes de última hora.

No decorrer do curso ocorreram progressivamente 5 desistências, todas em momentos que inviabilizaram a entrada de novos elementos. Os que continuavam participando mostravam sinais de cansaço físico ao se apresentarem para as aulas. Todos já haviam realizado atividades de estudo no período da manhã e à tarde. Era necessário aguardar alguns momentos até que eles mentalmente se desligassem delas, conversassem sobre os problemas relativos às mesmas, para só então trazê-los para os temas específicos. Isto colaborou muitas vezes para a prorrogação de algumas aulas, já que todas elas foram programadas para serem desenvolvidas em apenas 2 horas cada, inclusive com as modificações resultantes do estudo piloto. Isto nos levou a refletir sobre a necessidade de aumentar o tempo estimado para cada atividade e reduzir a quantidade das mesmas, futuramente. Após a experiência com este grupo nos pareceu mais adequado adotar uma hora e trinta minutos para as aulas e modificar a carga horária total para trinta horas, mantendo a periodicidade dos encontros em duas vezes por semana.

Quanto aos temas abordados, praticamente todos eles eram novos para os sujeitos. Não houve dificuldades maiores para nenhum deles em aprender as bases de operação da filmadora. Sentimos uma certa resistência dos alunos em ir para as entrevistas, como se eles realizassem as interações apenas porque estavam previstas e não porque "desejavam" ir ao encontro dos

pacientes. Na primeira entrevista, os alunos tiveram dificuldade para decidir sobre o quê conversariam com os pacientes. Questionavam : " - O que é que eu vou dizer para ele?", " - O que é que eu vou perguntar para ele?". Orientávamos que o objetivo da interação era conhecer sentimentos e idéias do paciente a respeito de qualquer fato ou assunto que fosse significativo para ele ou para a situação. O diálogo deveria perdurar aproximadamente quinze minutos. O entrevistador seria notificado, em torno do 12º minuto, pelo colega que estivesse filmando, assim, não teria que controlar o relógio. Os sujeitos que encerraram antes disso o fizeram por sua vontade.

Na primeira vez que assistiram os próprios videotapes, os alunos olharam fixo para a tela, sorrindo; quando observavam condutas de sua parte, que julgavam inapropriadas, faziam gracejos, comentando os eventos. Com o início das atividades de transcrição e categorização houve demonstração de dificuldade de entendimento das falas e de diferenciação das subcategorias. Na primeira vez o índice de concordância para transcrição girou em torno de 72% e para a categorização, em média de 39%. Foram realizadas as revisões e esclarecimentos conforme programado e na segunda vez em que executaram as mesmas atividades estes índices passaram a 86 e 74 % respectivamente.

Na avaliação geral do curso, os alunos revelaram que gostariam que houvessem sessões de "feedback" de modo personalizado ( individual ) onde fossem realizados comentários detalhados pelo professor acerca de seu desempenho. A estratégia de discussão dos videotapes em grupo os incomodou, sem que isso inviabilizasse tal atividade.

Em relação aos funcionários do setor onde realizamos as filmagens, houve reação de admiração por considerarem este tipo de atividade inovadora no seu local de trabalho. Alguns pediram para assistir os videotapes, porém, foram orientados quanto aos aspectos éticos da pesquisa.

Ao serem abordados quanto à aquiescência para participar deste estudo, alguns pacientes informaram que não estavam bem dispostos, outros, que "não sabiam conversar". Foi respeitada sua posição e buscamos mostrar-lhes que isto não nos desagradava ou incomodava de forma alguma. Aqueles que concordaram em colaborar revelaram sentir-se "especiais" por terem sido



escolhidos, evidenciando mostras de reforço dos aspectos positivos de auto-estima. Os funcionários do setor nos disseram que a maioria dos pacientes ficavam "esperando" desde o final da tarde pela entrevista programada. Muitos destes também externaram desejo de assistirem aos próprios videotapes. Tentamos atendê-los uma vez, ainda no estudo piloto, porém, verificamos que não conseguiríamos ambiente privativo para essas sessões, assim, decidimos não mais fazê-lo, explicando-lhes nossas dificuldades.

No entendimento de BORDENAVE; PEREIRA (1989), o pessoal necessário ao desenvolvimento de um workshop, além dos participantes, é claro, consiste em coordenador, comitê de planejamento, instrutores ou assessores dos grupos de trabalho e especialistas consultores. Dadas as especificidades da nossa pesquisa, tomamos para nós todos estes papéis. Além disso desenvolvemos atividades "extra-aulas" que consistiram em preparo do ambiente, anteriormente à chegada dos alunos, elaboração de material didático (ANEXOS VIII e IX), reprodução do material didático, dos questionários e escalas que foram utilizados nos levantamentos, seleção de pacientes para as entrevistas mediante instrução, solicitação de consentimento e aplicação dos instrumentos de avaliação física (ANEXO V) e do estado emocional (ANEXO VI), sempre num período de 2 a 3 horas antes do início de cada aula onde estivesse programada tal atividade, treino de monitores para transcrição dos dados e revisão do material transcrito.

Algumas características do grupo de alunos influenciaram na condução do curso, bem como, no desempenho de cada um. Vejamos quais são elas.

#### **- Quanto aos sujeitos**

Os dados a seguir contemplam aspectos ligados às características dos sujeitos que frequentaram todas as aulas, ou seja S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>5</sub>, S<sub>6</sub>.

Apresentaremos inicialmente algumas características de nossa clientela no QUADRO I:

**QUADRO I - CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA QUANTO À SEXO, IDADE, TEMPO QUE FREQUENTA O CURSO DE GRADUAÇÃO E EXPERIÊNCIAS EM ENFERMAGEM.**

Sujeito (s)	Sexo	Idade (anos)	Tempo que frequenta o curso de graduação (anos)	Experiência em Enfermagem
S1	F	21 a 25	3 --  4	. Como aluna, as previstas no currículo de graduação . Como estagiária voluntária em CTI (3 semanas) . Reunião com pacientes diabéticos
S2	F	21 a 25	3 --  4	. Como aluna, as previstas no currículo de graduação
S3	F	17 a 20	3 --  4	. Como aluna, as previstas no currículo de graduação
S4	F	21 a 25	3 --  4	. Como aluna, as previstas no currículo de graduação . Como estagiária voluntária em hospital (15 dias)
S5	F	21 a 25	3 --  4	. Como aluna, as previstas no currículo de graduação
S6	F	17 a 20	3 --  4	. Como aluna, as previstas no currículo de graduação . Como estagiária voluntária, em hospital (15 dias)

Estão colocadas nesse quadro as características pessoais que, num primeiro momento, a nosso ver, podem estar relacionadas à habilidade comunicativa de cada um. Como pode se notar, todos os sujeitos são do sexo feminino e três deles têm algum tipo de experiência em enfermagem, além daquelas previstas no currículo de graduação. Apesar de haver variação na faixa etária e nas atividades de enfermagem, consideramos que estas não são discrepantes.

Por entender que as experiências passadas poderiam colaborar na identificação de situações agradáveis e desagradáveis, visando evitá-las, tornando o ensino menos estressante para

que características individuais podem influenciar na aceitação ou não de outra pessoa, buscamos identificar as características dos pacientes que este grupo de alunos reconheceu positiva e negativamente quanto ao sexo, idade, raça, classe social, escolaridade percebidos pelo aluno, diagnóstico médico estabelecido, condições de aparência pessoal, sintomatologia, bem como o rol de características que o aluno atribuiu ao mesmo naquela situação, responsáveis ou não pelo tipo de reação despertada . Com esse intuito aplicamos um questionário que permite tal levantamento (ANEXO II). As SINOPSES I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII, apresentadas a seguir e agrupadas no QUADRO II revelam os dados apreendidos neste instrumento, considerando cada um dos alunos ( sujeitos ). As SINOPSES de I a VI mostram características de pacientes reconhecidos negativamente e as SINOPSES de VII a XII contém as características de pacientes reconhecidos positivamente.

**SINOPSE I - Características do paciente reconhecido negativamente pelo sujeito 1.**

Paciente: 31 a 40 anos, sexo masculino, branco, classe social baixa, repulsivo, peso um pouco acima do ideal, estava em coma.

Diagnóstico médico e sintomatologia: fratura de perna esquerda, câncer de mama, disfunção hepática, renal e neurológica \_ paciente tinha edema, retenção de diurese, icterícia, coma, dor na perna esquerda, pediculose e escabiose.

**Paciente com lesões de câncer de mama, maus hábitos higiênicos e exalava odor desagradável** \*. Requeria cuidados intensivos.

**SINOPSE II - Características do paciente reconhecido negativamente pelo sujeito 2**

Paciente: com 31 a 40 anos, sexo feminino, branca, classe social média-baixa (tipo de vestimenta e comentários de dificuldade financeira \*\*), não atraente, peso adequado, introvertida.

Diagnóstico médico e sintomatologia: curetagem pós aborto \_ palidez, fraqueza e hipotensão.

**Paciente tinha personalidade muito desagradável, pois não foi comunicativa e sim, reclamou de seus problemas e não quis mais conversar nenhum assunto.** Era pouco agradável, retraída e rude.

---

\* As frases em negrito e sublinhadas referem-se às causas atribuídas pelo aluno à sua reação ao paciente.

\*\* A classe social aqui foi arbitrariamente atribuída pelo aluno com base nesta justificativa entre parênteses.

### SINOPSE III - Características do paciente reconhecido negativamente pelo sujeito 3.

Paciente: com 61 a 70 anos, sexo masculino, branco, classe social média-baixa (paciente informa morar na periferia), não possui educação formal, estava desempregado, magro, aparência comum, nem introvertido nem extrovertido.

Diagnóstico médico e sintomatologia: cirrose hepática \_ distensão abdominal e dores abdominais.

**Paciente tinha distúrbio mental, nunca se sabia qual seria sua atitude diante de uma ação. Tinha pobre higiene pessoal, era teimoso, nervoso e desorientado.** Estava desanimado, fazia avanços inapropriados.

### SINOPSE IV - Características do paciente reconhecido negativamente pelo sujeito 4.

Paciente: 31 a 40 anos, sexo feminino, branca, classe social baixa (a paciente estava desnutrida e não falava de forma coerente), primário incompleto, não trabalhava, aparência não atraente, muito magra, nem introvertida nem extrovertida.

Diagnóstico médico e sintomatologia: etilismo crônico e desnutrição proteico - calórica \_ irritação, emagrecimento e diarreia.

**Paciente extremamente irritada, autoritária e impaciente. Recusava o banho, se sujava com as próprias fezes, espalhando tudo pelo lençol, não fazia nada para ajudar-se, usava linguagem de baixo calão.** Era desleixada, chamava o pessoal de enfermagem demasiadamente, era pouco amigável, tinha odor desagradável, era incontinente intestinal, estava sempre se queixando.



SINOPSE V - Características do paciente reconhecido negativamente pelo sujeito 5

Paciente: 31 a 40 anos, sexo masculino, branco, classe social média alta ( familiar de professor universitário ), tinha colegial completo, era repulsivo, magro, estava em coma.

Diagnóstico médico e sintomatologia: coma e debilidade total \_ paciente sem mobilidade alguma, com escaras na região dorso-coccígena, em fase terminal.

**Paciente pálido, estático, sem nenhum tipo de mobilidade nem expressão, paciente estava em coma irreversível, precisava ser aspirado, tinha demência.** Requeria cuidados intensivos.

SINOPSE VI - Características do paciente reconhecido negativamente pelo sujeito 6

Paciente: 31 a 40 anos, sexo masculino, branco,, classe social média (o paciente e a família mostravam-se cultos e educados e tinham condições de mantê-lo em casa), não atraente, muito magro, introvertido.

Diagnóstico médico e sintomatologia: infecção por Staphylococcus aureus \_ muita dor, principalmente no membro superior direito, tinha os membros inferiores amputados e úlcera na região sacral.

**Paciente tinha necrose no membro superior direito e no nariz. Requeria muito tempo para o cuidado, era teimoso, chamava o pessoal de enfermagem desnecessariamente, era egocentrista. Estava sempre me dizendo o que fazer, era exigente, queria privilégios especiais.** Era muito quieto, pessimista, chorava frequentemente, era apático, retraído, nervoso, tinha odor desagradável, precisava ser aspirado, estava sempre se queixando.

SINOPSE VII - Características do paciente reconhecido positivamente pelo sujeito 1.

Paciente: 61 a 70 anos, sexo masculino, branco, classe social média-baixa, comerciante aposentado, não atraente, peso um pouco acima do ideal, nem extrovertido nem introvertido.

Diagnóstico médico e sintomatologia: acidente vascular cerebral \_ movimentação diminuída dos membros inferiores e superiores do lado direito, dificuldade de aceitação do diagnóstico.

**Paciente declarou que os cuidados de enfermagem que lhe foram dispensados tiveram efeitos positivos, mostrava-se preocupado com suas funções corporais, fazia esforço para ajudar-se, era tranqüilo e positivo.**

SINOPSE VIII - Características do paciente reconhecido positivamente pelo sujeito 2.

Paciente: mais de 70 anos, sexo feminino, negra, classe social baixa, (paciente residia em asilo e comentou que era em condições precárias), tinha primário completo ou ginásio incompleto, era cozinheira, extremamente atraente, magra, extrovertida.

Diagnóstico médico e sintomatologia: hipertensão arterial e bronquite \_ dispnéia, dores no tórax anterior, fraqueza muscular até para tossir; tinha atrofia muscular nas mãos.

**Paciente comunicativa, gostava de contar estórias, era cuidadosa com seus pertences, preocupada com as outras pessoas, tinha senso de humor, era amigável.**

SINOPSE IX - Características do paciente reconhecido positivamente pelo sujeito 3.

Paciente: 41 a 50 anos, sexo masculino, branco, classe social média, primário incompleto, cozinheiro em restaurante, aparência comum, nem atraente nem não atraente, peso proporcional para idade e estrutura física, extrovertido.

Diagnóstico médico e sintomatologia: amputação de dedo indicador por acidente de trabalho \_ dor local.

**Paciente era aparentemente amigável, cuidadoso com seus pertences, estava sempre arrumado, tinha higiene pessoal, satisfatória e senso de humor, era amigável,** fazia esforços para ajudar-se, solicitava o serviço de enfermagem somente quando era necessário, era preocupado com as outras pessoas, sorria frequentemente.

SINOPSE X - Características do paciente reconhecido positivamente pelo sujeito 4.

Paciente: 51 a 60 anos, sexo feminino, branca, classe social média-baixa (pela maneira de falar da paciente, seus hábitos higiênicos, estado nutricional), do lar, primário incompleto, aparência comum, obesa, nem introvertida nem extrovertida.

Diagnóstico médico e sintomatologia: cirrose hepática \_ icterícia, ascite, vômitos, melena, inapetência, dificuldades respiratórias.

**Paciente comunicativa, calma, organizada, fazia esforços para ajudar-se, era amigável, sorria frequentemente,** era cuidadosa com seus pertences, tinha higiene pessoal satisfatória, requeria muito tempo para o cuidado, era preocupada com as outras pessoas, tinha senso de humor.



#### SINOPSE XI - Características do paciente reconhecido positivamente pelo sujeito 5

Paciente: 61 a 70 anos, sexo masculino, branco, classe média (familiares com curso superior completo, possuíam casa própria; paciente tinha curso superior completo), atraente, peso ideal para idade e estatura física, nem extrovertido nem introvertido.

Diagnóstico médico e sintomatologia: acidente vascular cerebral \_ anorexia, imobilidade de membro inferior esquerdo, ausência de fala.

**Paciente tinha higiene pessoal satisfatória, era amigável,** tinha muitos visitantes que elogiavam os cuidados, requeria cuidados intensivos, recusava aderir a dieta, era teimoso, estava sempre queixando.

#### SINOPSE XII - Características do paciente reconhecido positivamente pelo sujeito 6.

Paciente: 51 a 60 anos, sexo feminino, branca, classe social média-baixa (tipo de vestuário da paciente e nível educacional), não possuía educação formal, era do lar, tinha aparência comum, era muito magra, extrovertida.

Diagnóstico médico e sintomatologia: câncer \_ dor, cansaço ao deambular, períodos de desorientação ("falha de memória").

**Paciente extremamente forte para enfrentar o problema, fazia esforço para ajudar-se, chamava o pessoal de enfermagem somente quando necessário, era preocupada com as outras pessoas, tinha senso de humor, expunha seu "eu", era amigável, sorria freqüentemente,** era cuidadosa com seus pertences, estava sempre arrumada, tinha higiene pessoal satisfatória, aceitava a doença, seguia instruções.

Ao examinarmos essas informações compusemos o QUADRO II, agrupando as características semelhantes.

**QUADRO II - GRUPO DE CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES RECONHECIDOS POSITIVA E NEGATIVAMENTE PELOS SUJEITOS.**

<b>CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES RECONHECIDOS</b>			
<b>POSITIVAMENTE</b>		<b>NEGATIVAMENTE</b>	
- ser amigável	05	- ter pobre higiene pessoal	03
- ter senso de humor	04	- ser nervoso	03
- ser esforçado para ajudar-se	04	- ser pouco comunicativo	03
- ser preocupado com outras pessoas	04	- exalar odor desagradável	03
- ser cuidadoso com seus pertences	04	- ser desagradável no trato com as pessoas	02
- ter boa higiene pessoal	04	- ser teimoso	02
- sorrir frequentemente	03	- estar sempre se queixando	02
- ser comunicativo	02	- chamar o pessoal de enfermagem sem necessidade	02
- ser calma	02	- ter deformidade	02
- solicitar a enfermagem somente se necessário	02	- desorientação	02
- elogiar o serviço de enfermagem	02	- ser pessimista	02
- estar sempre arrumado	02	- requerer cuidados intensivos	02
- ser otimista	01	- ser retraído	02
- seguir as orientações	01	- ser autoritário	01
- requer cuidados intensivos	01	- ser impaciente	01
- expor seu "eu"	01	- recusar cuidados	01
- ser teimoso	01	- querer privilégios especiais	01
- aceitar a doença	01	- não esforçar-se para ajudar-se	01
- preocupar-se com as funções corporais	01	- dizer às pessoas a toda hora o que fazer	01
- queixar-se sempre	01	- fazer avanços inapropriados	01
- ser organizado	01	- ser egocêntrico	01
- requerer muito tempo para cuidados	01	- ser apático	01
- recusar aderir a dieta	01	- precisar ser aspirado	01
		- ser ingentil	01
		- ter incontinência intestinal	01
		- requerer muito tempo para o cuidado	01
		- ter mau hálito	01
		- ser desleixado	01
		- usar linguagem de baixo calão	01
		- chorar frequentemente	01

Identificamos, para este grupo de alunos, algumas características dos pacientes que poderiam facilitar a interação com o aprendiz. São elas : ser consciente e orientado, ser amigável, ter senso de humor, ser comunicativo, sorrir frequentemente (pacientes com estado de ânimo positivo, receptivo e cortez no tratamento com as pessoas) ter boa higiene pessoal, não exalar odor desagradável, não eliminar involuntariamente secreções ou excretas, ser cuidadoso com seus pertences, estar sempre arrumado e ser organizado (pacientes com aparência pessoal asseada e que têm o ambiente ao seu redor com esta mesma característica), solicitar o serviço de

enfermagem apenas quando necessário, ser preocupado com as outras pessoas, ser esforçado para ajudar-se, se calmo e elogiar os cuidados de enfermagem, não reclamar (paciente que não solicita ativamente, que tenta suprir suas demandas por si mesmo, que dá reforço positivo ou recompensa os esforços da enfermagem). O conhecimento das características de pacientes que este grupo de alunos reconheceram positiva e negativamente, foi decisivo para a seleção de pacientes para participar da entrevista desenvolvida pelo aluno. Além disso, possibilitou a realização de discussões, no decorrer do workshop, que buscavam conscientizar os alunos quanto aos entraves que, a priori, podem se estabelecer nas interações. Quando estes julgavam que a entrevista não havia sido "adequada" ou "satisfatória", ora revelavam que não estavam internamente disponíveis, naquele momento, por estarem atravessando dificuldades pessoais, ora se justificavam, dizendo que o paciente não havia colaborado, apesar de seus esforços. Nunca diziam que existia alguma característica, no paciente, que os havia desagradado ou que desaprovavam. Após serem abordados nesta área, alguns alunos informaram que determinadas posturas e atitudes dos pacientes haviam lhes causado impacto negativo ( vontade de não fazer a entrevista, diminuição da motivação para continuar conversando, falta de interesse pelo assunto, tristeza, compaixão, dentre outros ). Acreditamos que, na enfermagem, as relações interpessoais precisam deixar de ser idealizadas, passando a serem entendidas e discutidas considerando estes aspectos. Podem ser de grande ajuda, neste sentido, as teorias interpessoais de comunicação. O estudo da percepção que o provedor do cuidado tem do paciente e suas conseqüências na interação e na própria assistência prestada é campo fértil para pesquisas futuras.

Pensando nos fatores que poderiam interferir na aprendizagem dos alunos, consideramos ainda a ansiedade dos mesmos. Fizemos um levantamento do estado de ansiedade destes, através de uma escala de auto-avaliação ( ANEXO III ), que estimava a presença ou não de sensações de ansiedade, considerando a semana anterior ao início do curso. Para nós, um estado de ansiedade naquele período poderia intervir na capacidade de atenção e na disposição dos alunos para conversar com os pacientes. Os resultados deste levantamento estão expressos no QUADRO III , a seguir.



**QUADRO III - ANSIEDADE REPORTADA PELOS ALUNOS CONSIDERANDO A SEMANA ANTERIOR AO INÍCIO DO CURSO (refere-se ao ANEXO III).**

Considerando a última semana	Nenhuma parte do tempo	Alguma parte do tempo	Boa parte do tempo	A maior parte do tempo
1. Eu me senti mais nervosa e ansiosa que usual.	S <sub>3</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub>		S <sub>6</sub>
2. Eu senti medo sem razão por tudo.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub>	S <sub>3</sub>		S <sub>6</sub>
3. Eu fiquei descontrolada ou senti pânico facilmente.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub>		S <sub>6</sub>	
4. Eu senti como se eu estivesse caindo e partindo em pedaços.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub>			S <sub>6</sub>
5. Minhas pernas e braços enfraqueceram e tremeram.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub> S <sub>6</sub>	S <sub>3</sub>		
6. Eu tive dores de cabeça, pescoço e costas.	S <sub>1</sub> S <sub>5</sub> S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub> S <sub>6</sub>	S <sub>4</sub>	
7. Eu me senti fraca e cansada facilmente.	S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>5</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>4</sub>		S <sub>6</sub>
8. Eu me senti calma e que podia ainda permanecer em atividade facilmente.	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub> S <sub>4</sub> S <sub>6</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>5</sub>	
9. Eu pude sentir meu coração batendo depressa.	S <sub>4</sub> S <sub>5</sub> S <sub>6</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>3</sub> S <sub>2</sub>		
10. Eu tive episódios de tonturas.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub> S <sub>6</sub>			
11. Eu tive episódios de desmaio ou senti como se fosse desmaiar.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub> S <sub>6</sub>			
12. Eu pude inspirar e expirar facilmente.		S <sub>2</sub> S <sub>6</sub>	S <sub>3</sub> S <sub>4</sub>	S <sub>5</sub>
13. Eu tive sensação de formigamento e adormecimento nos meus dedos das mãos e dedos dos pés.	S <sub>1</sub> S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>4</sub> S <sub>5</sub> S <sub>6</sub>			
14. Eu tive dores de estômago ou indigestão.	S <sub>1</sub> S <sub>3</sub> S <sub>5</sub>	S <sub>2</sub> S <sub>4</sub> S <sub>6</sub>		
15. Eu tive que esvaziar a bexiga frequentemente.	S <sub>2</sub> S <sub>5</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>3</sub> S <sub>4</sub>	S <sub>6</sub>	
16. Minhas mãos estavam usualmente secas e quentes.	S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>5</sub> S <sub>6</sub>		S <sub>1</sub> S <sub>4</sub>	
17. Meu rosto ficava quente e vermelho.	S <sub>2</sub> S <sub>3</sub> S <sub>5</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>6</sub>	S <sub>4</sub>	
18. Eu adormeci facilmente e tive uma boa noite de sono.	S <sub>2</sub>	S <sub>6</sub>	S <sub>3</sub> S <sub>4</sub>	S <sub>1</sub> S <sub>5</sub>
19. Eu tive pesadelos.	S <sub>1</sub> S <sub>3</sub> S <sub>5</sub>	S <sub>2</sub> S <sub>4</sub> S <sub>6</sub>		

Calculamos uma pontuação total para ansiedade reportada atribuindo um número de um a quatro para os itens. A pontuação foi invertida nos ítems 9, 13, 17 e 19 pois estes indicam **não ansiedade** ao contrário dos demais. Obtivemos assim os seguintes valores de pontos para os estados de ansiedade para cada sujeito (valor máximo igual a 76 e o mínimo igual a 19, cut-off \* igual a 38).

- S<sub>1</sub> = 26 pontos - grau de ansiedade\*\* = 1,37 (nenhuma)
- S<sub>2</sub> = 36 pontos - grau de ansiedade = 1,89 (nenhuma)
- S<sub>3</sub> = 30 pontos - grau de ansiedade = 1,57 (nenhuma)
- S<sub>4</sub> = 33 pontos - grau de ansiedade = 1,65 (nenhuma)
- S<sub>5</sub> = 24 pontos - grau de ansiedade = 1,26 (nenhuma)
- S<sub>6</sub> = 48 pontos - grau de ansiedade = 2,52 (pequena)

A ansiedade pode ser visualizada como um estado afetivo, um sintoma ou um distúrbio psiquiátrico. No presente momento, nossa abordagem a considera como um estado afetivo, ao qual estamos sujeitos no dia-a-dia, em nosso enfrentamento cotidiano, e envolve manifestações emocionais e somáticas

Tendo em vista que os alunos estavam cursando as disciplinas curriculares que prevêm estudo, trabalhos e estágio era de se esperar algum nível de ansiedade por parte dos alunos. A nosso ver, nenhum dos sujeitos alcançou escore alarmante, indicativo de predição de dificuldade para concentrar-se no aprendizado, exceto o S<sub>6</sub>, que apesar de ter grau de ansiedade "pequena" atingiu pontuação que supera o cut-off do nível normal. Anotamos as menores pontuações para S<sub>5</sub> e S<sub>1</sub>, vindo a seguir S<sub>3</sub> e S<sub>4</sub>, e mais adiante S<sub>2</sub>.

Tentando refletir ainda sobre alguns fatores que poderiam estar relacionados ao desempenho do aluno, pesquisamos a opinião dos mesmos sobre algumas ações de enfermagem. Consideramos que as pessoas tentam agir de acordo com um modelo pessoal de competência e adequação, desenvolvido ao longo de sua socialização. Assim, estudar a crença dos alunos, quanto

\* Valor a partir do qual existe grande probabilidade de existir distúrbios de ansiedade. Nota "corte" que separa os indivíduos "não ansiosos" dos "ansiosos".

\*\* Obtido pela operação: total de pontos dividido por 19. Os graus possíveis são 1 = nenhuma 2 = pequena 3 =

as ações de enfermagem que julgam desejáveis, nos mostra, para este grupo, o perfil idealizado na área das interações com os pacientes. Tais dados estão disponíveis no QUADRO IV.

**QUADRO IV - OPINIÃO DOS ALUNOS SOBRE ALGUMAS AÇÕES DE ENFERMAGEM.**

(Refere-se ao ANEXO VII).

AÇÕES	TOTAL DE PONTOS
	ATRIBUIDOS*
01 - Fazer coisas pelo paciente, que ele poderia fazer por si	27
02 - Confortar o paciente, estar com, ouvi-lo	149
03 - Ser amigável e próximo, fazer pequenos favores	85
04 - Respeitar a liberdade pessoal do paciente	126
05 - Enfocar rotinas hospitalares e executar ordens médicas	65
06 - Restringir a tomada de decisão do paciente	15
07 - Recompensar comportamentos adequados e desaprovar os inadequados	43
08 - Avaliar a competência do paciente para o autocuidado	110
09 - Falar sobre coisas de interesse do paciente, não queixar-se	113
10 - Expressar solicitude e evitar provocar medo e ansiedade	88
11 - Prestar atenção ao paciente, reconhecer sua presença	90
12 - Promover atitude agradável, esperançosa e otimista	96
13 - Organizar próprias atividades e avaliar as necessidades do paciente	135
14 - Ser habilidoso no ensino do paciente	117
15 - Observar padrões de desempenho profissional	57
16 - Levar em conta críticas e reclamações do paciente	84

\* Cada aluno colocou as 16 ações em ordem decrescente de importância. Na pontuação consideramos as posições atribuídas.



Ações mais valorizadas pelos alunos envolvem o estar com o paciente, ouvi-lo e confortá-lo, organizar as próprias atividades e avaliar as necessidades do paciente e respeito à liberdade pessoal deste. Próximo a estas vem ser habilidoso no ensino do paciente, falar sobre coisas de interesse do paciente e avaliar suas necessidades para o auto-cuidado. Temos ainda promover atitude agradável, esperançosa e otimista, prestar atenção ao paciente, reconhecer sua presença, expressar solicitude, evitar provocar medo e ansiedade, ser amigável e próximo, fazer pequenos favores ao paciente.

Em primeiro plano sobressaem as ações de relacionamento interpessoal com o paciente, como base para organização das atividades de trabalho vinculando o interagir com o paciente e o decidir como agir em relação a ele. Num segundo plano neste grupo de alunos, é manifestada uma valorização questionável das ações relativas ao enfoque das rotinas hospitalares e execução de ordens médicas, observação de padrões de desempenho profissional, recompensa de comportamentos adequados e desaprovação dos inadequados. O grupo ainda manifesta a não aceitação de ações do tipo fazer coisas pelo paciente que ele poderia fazer por si e ainda ações de restrição a tomada de decisão do paciente.

Isto se contrapõe aos estudos na área de comunicação que evidenciam a superficialidade da relação enfermeiro-paciente.

Ao sugerir alguns aspectos para investigação sobre comunicação no hospital, TFOUNI (1988) indiretamente revela a percepção de que o discurso dos enfermeiros na instituição hospitalar mostra autoritarismo em relação aos pacientes, amplo uso de perguntas retóricas, uso de diminutivos e uso de eufemismos.

A nível dos enfermeiros entre si, a comunicação também se apresenta inapropriada. Em sua vivência hospitalar, REIS; MACEDO (1988) perceberam esta comunicação como superficial, não abrangendo conteúdos que subsidiem uma assistência individual e que permitam o aprimoramento clínico e administrativo do enfermeiro. Deduziram de suas observações que a comunicação exercida entre estes profissionais se atém a normas e rotinas de serviços pré estabelecidos pela organização.

Tendo as ações interativas em alto valor é mais provável ~~que~~ os sujeitos se aniquem

conscientemente ao aprimoramento de seu desempenho. Vejamos como se portaram ao longo do curso.

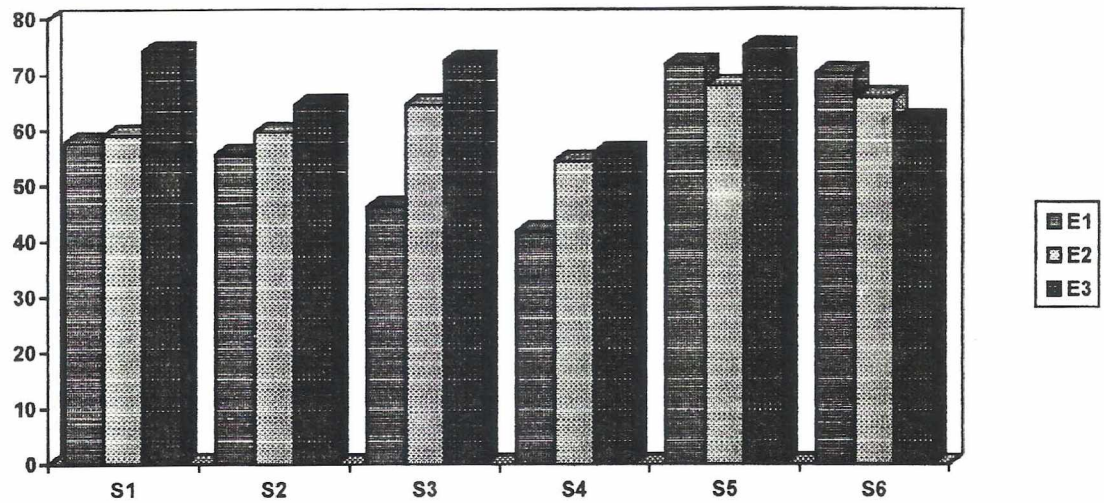
**- Quanto às interações propriamente ditas**

A partir de agora passaremos a apresentar os resultados das entrevistas relativos à emissão das subcategorias bloqueadoras ( B ) e facilitadoras ( F ) por parte dos alunos ( S ).

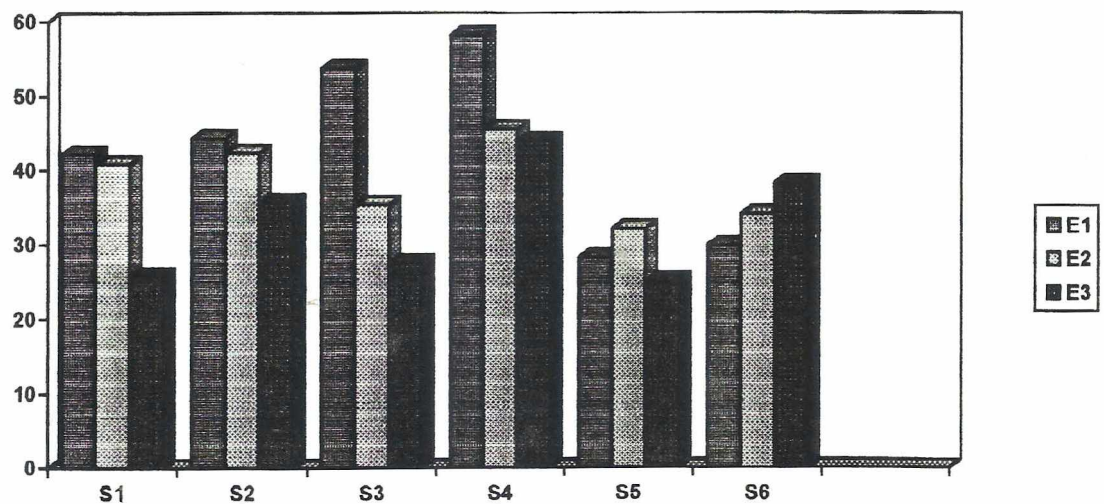
Temos no GRÁFICO I e II dados gerais das emissões dos sujeitos.



**GRÁFICO I - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE CATEGORIAS FACILITADORAS (F) EMITIDAS PELOS SUJEITOS (S) 1 a 6 NAS ENTREVISTAS (E) 1, 2 e 3.**



**GRÁFICO II - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE CATEGORIAS BLOQUEADORAS (B) EMITIDAS PELOS SUJEITOS (S) 1 a 6 NAS ENTREVISTAS (E) 1, 2 e 3.**



Podemos observar que todos os sujeitos foram predominantemente facilitadores em suas

dizer, houve sujeitos medianamente facilitadores \_ S1 e S2 com aproximadamente 56% de emissões facilitadoras; medianamente bloqueadores \_ S3 e S4 com aproximadamente 43% de emissões bloqueadoras ; e altamente facilitadores \_ S5 e S6 com emissões facilitadoras em torno de 70%. Cada um destes níveis corresponde aos anteriormente encontrados por CARVALHO; BACHION; BRAGA ( 1992 ), BACHION ( 1991) e BACHION ( 1993 ), respectivamente, envolvendo situações diferentes, que incluíam uma quantidade maior ou menor de procedimentos e diretividade . Houve, no geral, aumento dos escores das categorias facilitadoras ao longo das entrevistas. Somente S6 apresentou decréscimo nesse sentido (aproximadamente 8% no total ), apesar disso, ainda manteve a preponderância das emissões facilitadoras em relação às bloqueadoras. Como já alertamos anteriormente (BACHION, 1991), a análise da adequidade do desempenho oral não pode ser realizada a contento apenas tomando-se como referência as categorias F ou B em bloco. É preciso estudar às subcategorias na situação.

Elaboramos então, um mapa de desempenho para cada sujeito contendo, nas entrevistas (E) 1, 2 e 3, as frequências das emissões de categorias facilitadoras (F) e bloqueadoras (B) da comunicação, a extensão das falas dos pacientes durante o período em que se deram as entrevistas, bem como nossos comentários acerca de cada uma delas e o nível de ansiedade relatado pelos alunos antes, durante e ao final de cada interação.

Cabe primeiramente alguns comentários gerais.

Todas as entrevistas tiveram o mesmo padrão sequencial de início e de desfecho. Inicialmente os sujeitos (S) se apresentavam, emitindo F<sub>6</sub> (reconhecendo a presença) e F<sub>7</sub> (dando informações) e aí passavam para F<sub>1</sub> (questões de abertura) ou B<sub>9</sub> (questões fechadas). Para encerrar, os sujeitos (S) verbalizavam que já bastava, emitindo B<sub>1</sub> (clichês) e agradeciam a participação do paciente (B<sub>3</sub> - aprovações e F<sub>6</sub> - reconhecendo a presença).

Algumas vezes foram emitidas opiniões pelos sujeitos, a respeito de um terceiro elemento que não estava presente na ocasião. Não se tratava portanto de B<sub>3</sub> ou B<sub>9</sub>. Adotamos para estas emissões a sigla Bo. Houve verbalizações desprovidas de sentido, sem nexos, que chamamos de Fss. As frases não transcritas foram designadas NT. As frases incompletas ( ou porque o sujeito a interrompeu ou porque foi interrompido) foram simbolizadas por FI.

## MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 1 (S1)

### 1 nas entrevistas

F4		F5		F6		F7		F8		F9	
n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
-	-	-	-	2	2,41	17	20,48	6	7,23	3	3,61
-	-	1	1,41	3	4,22	6	8,45	6	8,45	3	4,22
-	-	1	0,99	7	6,93	9	8,91	16	15,84	1	0,99

### nas entrevistas

B5		B6		B7		B8		B9		Bo		NT		FI		FSS		Total	
n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
1	1,20	-	-	2	2,41	1	1,20	12	14,46	-	-	1	1,20	4	4,82	-	-	83	100
-	-	-	-	-	-	1	1,41	20	28,17	-	-	-	-	1	1,41	-	-	71	100
-	-	-	-	-	-	-	-	20	19,80	-	-	1	0,99	2	1,98	-	-	101	100

### Número de palavras de cada fala no decorrer das entrevistas 1,2 e 3 (E1, E2 e E3)

número de palavras de cada fala										Total	Duração da Entrevista em minutos: segundos
11 ---  20		21 ---  50		51 ---		Total					
n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
6	15,79	8	21,05	5	13,60	38	100			10:44	
3	7,89	4	10,53	7	18,42	38	100			7:19	
7	9,85	4	5,63	-	-	71	100			10:07	



## Comentários das entrevistas (E) do sujeito (s) 1

## Emissão de Subcategorias Facilitadoras

S	e E*	F1		F2	
		n°	%	n°	%
S <sub>1</sub>	E <sub>1</sub>	2	2,41	16	19
S <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	1	1,41	22	30
S <sub>1</sub>	E <sub>3</sub>	11	10,89	29	28

## E1

Após as apresentações, S1 conduz o início da entrevista com F1 (questões abertas) que vai desenvolvendo com B9 (questões fechadas), F3 (reflexão) e F9 (verbalizando pensamentos subentendidos). Às vezes o paciente diz achar que está falando demais, S1 emite B3 (aprovações) para que ele prossiga.

O paciente ao final fala o que pensa sobre como deve ser a enfermagem enquanto profissão, S1 segue as verbalizações do paciente com aprovações (B3), informações (F7) e clarificações (F8). Os temas giram em torno da trajetória do paciente em sua internação e exames, além do seu relacionamento com a equipe de saúde. S1 favorece as emissões do paciente mas não trabalha para explorar temas mais significativos que poderiam ser extraídos das falas do paciente.

Ansiedade reportada\*: antes: 4 durante: 2 no final: 1

## Subcategorias Bloqueadoras emitidas

S	e E*	B1		B2	
		n°	%	n°	%
S <sub>1</sub>	E <sub>1</sub>	1	1,20	-	-
S <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	4	5,63	-	-
S <sub>1</sub>	E <sub>3</sub>	2	1,98	-	-

## E2

S1 fala devagar e pausadamente, emite questões fechadas (B9) de modo encadeado, no mesmo assunto. Presta atenção ao que o paciente fala encorajando-o a prosseguir (F2). O assunto é ameno: sobre S1 o processo de internação e o trabalho do paciente. Assim que estes assuntos se esgotaram S1 encerra a entrevista.

Ansiedade reportada\*: antes: 3 durante: 1 no final: 1

## Emissão verbal dos Pacientes Entrevistados

E S P*	0-5	
	n°	%
E <sub>1</sub> - S <sub>1</sub> P <sub>1</sub>	11	28,95
E <sub>2</sub> - S <sub>1</sub> P <sub>2</sub>	18	47,37
E <sub>3</sub> - S <sub>1</sub> P <sub>3</sub>	48	67,60

## E3

S1 mantém a fala pausada, começa a entrevista pelo processo de internação do paciente, consegue perceber temas que poderiam ser significativos, tenta propiciar a exploração destes aspectos (F3, F8 e F9). Passam gradativamente a outros temas, como vida familiar, trabalho do paciente e retornam ao tema da internação atual. S1 permite pausas muito longas entre a última fala do paciente e a sua próxima emissão. O paciente não é do tipo falante mas mostra-se disponível. S1 parece não encontrar mais assunto e encerra a entrevista.

Ansiedade reportada\*: antes: 0 durante: 1 no final: 1

\* Nível máximo = 17, cut-off = 9

S<sub>1</sub> -

O nível máximo de questões abertas (F<sub>1</sub>) ocorre na entrevista 3 (E<sub>3</sub>), S<sub>1</sub> está menos ansiosa. O paciente fala mais vezes, porém, as frases são mais curtas, mesmo tendo sido estimulado com mais encorajamentos (F<sub>2</sub>) e clarificações (F<sub>8</sub>). Apesar disso, a condução de S<sub>1</sub> na terceira entrevista (E<sub>3</sub>) foi melhor estruturada do ponto de vista de tentativas ativas em favorecer a auto-exploração pelo paciente, ainda que a temática tenha sido mais variada.

As aprovações (B<sub>3</sub>) emitidas na E<sub>1</sub> foram adequadas, já que reforçaram o ato de verbalizar do paciente.

## Comentários das entrevistas (E) do Sujeito (s) 2

## Emissão de Subcategorias Fa

S e E*	F1		n°
	n°	%	
S <sub>7</sub> E <sub>1</sub>	3	2,42	4
S <sub>7</sub> E <sub>2</sub>	11	9,91	2
S <sub>7</sub> E <sub>3</sub>	6	4,19	4

## Subcategorias Bloqueado

S e E*	B1		n°
	n°	%	
S <sub>7</sub> E <sub>1</sub>	4	3,22	1
S <sub>7</sub> E <sub>2</sub>	2	1,80	2
S <sub>7</sub> E <sub>3</sub>	5	3,50	-

## Emissão verbal dos Pacientes E

E S P*	0  ---  5	
	n°	n°
E <sub>1</sub> - S <sub>7</sub> P <sub>4</sub>	35	3
E <sub>2</sub> - S <sub>7</sub> P <sub>5</sub>	21	4
E <sub>3</sub> - S <sub>7</sub> P <sub>6</sub>	34	5

## E1

S2 começa a entrevista com uma pergunta aberta (F1), o paciente vai se expressando. Dando continuidade ao assunto, S2 conduz com B9 até chegar a um outro tema sobre o qual o paciente também discorre, sendo ouvido atentamente e encorajado com F2. S2 se mantém nos aspectos superficiais, não há uma finalização nos temas. O interesse parece ser apenas estimular o paciente a falar (através de F2 e B3). No início da entrevista o paciente expressa uma preocupação e este tema não é explorado. A maior parte da entrevista gira em torno da opinião do paciente sobre um tema ameno.

Ansiedade reportada\*: antes: 1                      durante: 1                      após: 1

## E2

S2 tenta se manter nos temas que o paciente aborda quando é estimulado com F1, porém não se aprofunda, só retoma as temáticas (F8) em alguns pontos. Mais ao final, quando o paciente começa a se queixar sobre a internação, S2 coloca suas opiniões (B3 e B5) e conselhos (B2) frente ao que é falado pelo paciente. Há períodos de silêncio onde S2 parece "procurar" o que dizer a seguir. Algumas colocações transmitem descompromisso e falta de envolvimento de S2.

Ansiedade reportada\*: antes: 3                      durante: 6                      após: 4

## E3

S2 inicialmente não se envolve com os temas que o paciente menciona. Após algumas questões fechadas (B9), retoma os temas (F3) e há exploração, por parte do paciente, ainda que breve. Quando o assunto evidencia tristeza e sofrimento, S2 faz comentário estereotipado (B1) e conduz a conversa com B9 sobre informações ligadas a internação em si e temas amenos como lazer. Há períodos de silêncio principalmente do meio para o final. O encerramento é brusco, após um desses períodos de silêncio. Pode-se dizer que a entrevista tem dois momentos: a primeira metade com uma tentativa de envolvimento de S2 e a segunda metade, de afastamento de S2.

Ansiedade reportada\*: antes: 2                      durante: 1                      após: 2

\* Nível máximo possível = 17, cut-off = 9

## MAPA DE DESEMPENHO DO SUJEITO 2 (S2)

### sujeito(s) 2 nas entrevistas

F3		F4		F5		F6		F7		F8		F9	
n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
0,81	-	-	-	1	0,81	4	3,22	9	7,26	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	1	0,90	10	9,0	15	13,51	3	2,70
0,70	-	-	-	-	-	3	2,10	7	4,89	17	11,89	2	1,40

### o sujeito (s) 2 nas entrevistas

	B4		B5		B6		B7		B8		B9		Bo		NT		FI		FSS		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
0)	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2,42	18	14,52	1	0,81	3	2,42	-	-	-	-	124	100
0)	-	-	3	2,70	-	-	1	0,90	1	0,90	35	31,53	-	-	-	-	2	1,80	-	-	111	100
0)	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,80	32	22,38	1	0,70	-	-	2	1,40	-	-	143	100

### sujeito 2 (S2): Número de palavras de cada fala no decorrer das entrevistas 1,2 e 3 (E1, E2 e E3)

	número de palavras de cada fala										Total	Duração da Entrevista em minutos: segundos	
	1-10		11-20		21-50		51-100		101-200				Total
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
	25	21,35	10	28,08	11	32,73	1	2,94	1	2,94	89	100	10:07
	6	23,52	1	11,76	1	1,96	-	-	-	-	51	100	8:42
	11	21,31	2	18,03	2	3,27	1	1,63	1	1,63	61	100	9:40

S<sub>2</sub> -

Houve aumento de F<sub>1</sub> ( questões de abertura ), F<sub>8</sub> (clarificações) e F<sub>9</sub>, ( verbalizando pensamentos subentendidos ), porém, o nível máximo se deu na E<sub>2</sub> onde S<sub>2</sub> esteve mais ativa e mais ansiosa porém menos envolvida. Aparentemente não consegue encarar assuntos mais densos que denotem insatisfação, tristeza, não adaptação ou revolta. Na E<sub>3</sub> mostrou um pequeno avanço nesse sentido, onde coloca menos as suas opiniões, tanto as aprovações como as desaprovações (B<sub>3</sub> e B<sub>5</sub> respectivamente ), deixa de aconselhar (B<sub>2</sub>) ainda que tenha emitido mais clichês (B<sub>1</sub>) e realizado mudança de assuntos (B<sub>8</sub>).



## Comentários das entrevistas de S3

## Emissão de Subcategorias

S e E*	F1	
	nº	%
S <sub>3</sub> E <sub>1</sub>	4	3,70
S <sub>3</sub> E <sub>2</sub>	13	8,67
S <sub>3</sub> E <sub>3</sub>	10	10,64

## Subcategorias Bloqueadas

S e E*	B1		nº
	nº	%	
S <sub>3</sub> E <sub>1</sub>	2	1,85	5
S <sub>3</sub> E <sub>2</sub>	3	2,0	-
S <sub>3</sub> E <sub>3</sub>	2	2,13	-

## Emissão verbal dos Pacientes

E S P*	0-5	
	nº	%
E <sub>1</sub> - S <sub>3</sub> P <sub>7</sub>	15	
E <sub>2</sub> - S <sub>3</sub> P <sub>9</sub>	39	
E <sub>3</sub> - S <sub>3</sub> P <sub>0</sub>	14	

## E1

O paciente é falante, responde mesmo as questões fechadas (B9) com falas mais elaboradas. S3 usa o silêncio adequadamente. Após as falas do paciente, S3 aguarda um período antes de se pronunciar. Mantém postura de interesse (F2) e as questões fechadas (B9) são referentes a mesma temática. Como o paciente é eloqüente, S3 faz sínteses (F8) em alguns pontos. Conversam sobre amenidades, algumas vezes chegam ao tom de humor.

Ansiedade reportada\*: antes: 3                      durante: 1                      após: 1

## E2

O tema é difícil, a paciente fala sobre seus sentimentos em relação ao seu problema de saúde e seu modo de encarar o mundo e as pessoas. S3 segue a temática com B9 e F1 de modo encadeado. Retoma o que a paciente fala usando sínteses (F8), interpretações (F9) e questões abertas (F1). O resultado é que a paciente fala de modo mais elaborado, explorando a temática, que é seguida atentamente (F2).

Ansiedade reportada\*: antes: 3                      durante: 1                      após: 1

## E3

A paciente é falante, S3 procura seguir no mesmo assunto com F1 e B9, tenta fazer a paciente explorar os temas emitindo F1, F8 e F9. A postura é de interesse e atenção (F2), a paciente explora os temas abordados. S3 dá pausas antes de retomar a fala. Com isso a maioria das vezes a paciente retoma o que está dizendo. Estas pausas não se prolongavam ao ponto de serem incômodas. No final os períodos de silêncio começam a se prolongar muito, o encerramento então é brusco.

Ansiedade reportada\*: antes: 3                      durante: 1                      após: 2

\* Nível máximo possível = 17, cut-off = 9

**S3 -**

F<sub>1</sub> ( questões de abertura ), F<sub>2</sub> ( encorajamento para o paciente continuar), F<sub>3</sub> (reflexões ), F<sub>5</sub> ( reconhecendo sentimentos ), F<sub>8</sub> ( clarificações ) e F<sub>9</sub> ( verbalizando pensamentos subentendidos ) e atingem o nível máximo na E<sub>3</sub>, onde S<sub>3</sub> está mais ativa na interação. Apesar disso, as falas mais extensas são emitidas pelo paciente que participou da E<sub>1</sub>, ou seja P<sub>7</sub>. Contudo, a temática aí é amena e o tom é de humor. O nível de ansiedade de S<sub>3</sub> é semelhante nas três entrevistas, porém, no final da E<sub>3</sub> este é um ponto a mais que na E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>, o que é de se esperar, com o clima que surge em decorrência dos períodos de silêncio prolongados que se fazem.

S<sub>3</sub> consegue suprimir B<sub>2</sub> ( aconselhamentos ) e B<sub>7</sub> (defesas ) de seu repertório.

B<sub>1</sub> ( clichês ) e B<sub>3</sub> ( aprovações ) se mantêm em níveis semelhantes e B<sub>9</sub> (questões fechadas ) diminui consideravelmente.

## Comentários das entrevistas de S4

## Emissão de Subcategorias Facili

S e E*	F1		n°
	n°	%	
S <sub>4</sub> E <sub>1</sub>	9	4,76	34
S <sub>4</sub> E <sub>2</sub>	1	0,55	60
S <sub>4</sub> E <sub>3</sub>	10	6,37	25

## Subcategorias Bloqueadoras

S e E*	B1		B2	
	n°	%	n°	%
S <sub>4</sub> E <sub>1</sub>	6	3,17	2	1,0
S <sub>4</sub> E <sub>2</sub>	1	0,55	-	-
S <sub>4</sub> E <sub>3</sub>	2	1,27	2	1,2

## Emissão verbal dos Pacientes Entre

E S P*	0  ---  5	
	n°	%
E <sub>1</sub> - S <sub>4</sub> P <sub>10</sub>	44	68,7
E <sub>2</sub> - S <sub>4</sub> P <sub>11</sub>	37	32,7
E <sub>3</sub> - S <sub>4</sub> P <sub>12</sub>	35	46,0

## E1

A entrevista gira em torno de assuntos superficiais, oscilando entre momentos de falas sobrepostas ou rápidas e silêncio perturbador. S4 emite muitas questões fechadas (B9) e aprovações (B3). Repete automaticamente o que o paciente acabou de dizer (F2). Prevalece o tom de humor. Algumas vezes a paciente iniciou a colocação de temas que poderiam ser explorados, mas não foram desenvolvidos.

Ansiedade reportada\*: antes: 3                      durante: 3                      após: 1

## E2

OBS: após a entrevista S4 revelou que estava com problemas familiares.

S4 mantém um tom de humor descompromissado suas falas e coloca assuntos superficiais, mesmo quando o paciente inicia verbalização de temas mais significativos, como suas atuais preocupações e insatisfações. Nesses momentos S4 usa interpretações (F9) de modo inadequado, colocando-se precocemente à frente do pensamento do paciente. Nos períodos de silêncio de S4 o paciente tomava a iniciativa da fala, verbalizando suas preocupações, S4 então o acompanhava com F2.

Ansiedade reportada\*: antes:                      durante:                      após:

## E3

OBS: S4 continua com problemas pessoais

S4 inicialmente verbaliza F1 mas em seguida envereda pelas questões fechadas (B9). Isto e torna um ciclo na entrevista. Há pausas incômodas durante a entrevista por falta de iniciativa de S4, que abaixa a cabeça e parece concentrar-se em busca de novos assuntos. A paciente durante todo o tempo mostrou-se à vontade e disponível. S4 se excede nas questões fechadas (B9) tipo "gosta ou não?", "Vai ou não?". Percebe-se seu esforço em melhorar a performance retomando as falas e idéias a paciente com a emissão de F8 e F9. Não houve o tom de humor presente nas outras entrevistas de S4.

Ansiedade reportada\*: antes: 5                      durante: 6                      após: 3

\* Nível máximo possível = 17, cut-off = 9

S<sub>4</sub> -

F<sub>1</sub> ( questões de abertura ), F<sub>5</sub> ( reconhecimento de sentimentos), F<sub>8</sub> ( clarificações ) e F<sub>9</sub> ( verbalizando pensamentos subentendidos ) atingem o nível máximo na E<sub>3</sub>, onde há um esforço ativo para propiciar a auto-exploração pelo paciente em meio a um estado de ansiedade razoável que se traduz nas pausas que se fizeram e no excesso de questões fechadas (B<sub>9</sub>).

F<sub>2</sub> ( encorajamento para o paciente continuar ) e F<sub>3</sub> ( reflexões ) se superam na E<sub>2</sub>, na qual o paciente verbaliza frases mais longas, sendo estas apenas acompanhadas por S<sub>4</sub>, que às vezes retomava trechos das falas, mediante uso de clarificações (F<sub>3</sub>).

S<sub>4</sub> consegue suprimir desaprovações( B<sub>5</sub> ), defesas ( B<sub>7</sub> ) e opiniões ( B<sub>0</sub>\* ) diminuiu a emissão de clichês ( B<sub>1</sub> ) e aprovações (B<sub>3</sub> ).Mantém B<sub>2</sub> (aconselhamento) em patamares semelhantes nas três entrevistas. Teve aumento discreto da emissão de B<sub>8</sub> (mudança de assunto).

---

\* Opiniões próprias sobre um terceiro elemento que não está presente no momento.



## Comentários das entrevistas de S5

## Emissão de Subcategorias F2

S e E*	F1	
	n°	%
S <sub>5</sub> E <sub>1</sub>	3	1,87
S <sub>5</sub> E <sub>2</sub>	2	0,98
S <sub>5</sub> E <sub>3</sub>	5	6,94

## Subcategorias Bloqueador

S e E*	B1		n°
	n°	%	
S <sub>5</sub> E <sub>1</sub>	4	2,5	-
S <sub>5</sub> E <sub>2</sub>	4	1,97	1
S <sub>5</sub> E <sub>3</sub>	5	6,94	2

## Emissão verbal dos Pacientes En

E S P*	0   -   5	
	n°	%
E <sub>1</sub> - S <sub>5</sub> P <sub>13</sub>	25	
E <sub>2</sub> - S <sub>5</sub> P <sub>14</sub>	27	
E <sub>3</sub> - S <sub>5</sub> P <sub>15</sub>	41	

## E1

S5 faz as perguntas (B9 e F1) interligadas no mesmo assunto, mostra-se atenta e interessada (F2) acompanhando o pensamento do paciente. Nos silêncios que se fazem o paciente toma a iniciativa de continuar falando na mesma linha temática (seu drama de vida familiar), parece querer extravasar. S5 acompanha a auto-exploração do paciente mas conduz a temática nos aspectos superficiais.

Ansiedade reportada\*: antes: --- durante: --- após: ---

## E2

Paciente é muito falante, conta tudo nos detalhes, fala de si, de seu drama de vida familiar, seu modo de perceber o mundo. S5 fica atenta ao assunto porém a abordagem é superficial. Nos momentos de narrativa mais triste do paciente, S5 dá sua opinião (B3, B5) ou defende (B7). Algumas vezes S5 tenta levantar a opinião da paciente e seus sentimentos acerca de seus problemas (F1, F3, F8). Como a paciente é prolixa, algumas vezes S5 teve que clarificar (F8) suas verbalizações.

Ansiedade reportada\*: antes: 2 durante: 1 após: 2

## E3

A temática é densa, pesada, a paciente quer extravasar. A postura de S5 é seguir o assunto atentamente e retomar (F8, F3, F9) falas da paciente para tentar fazê-la explorar determinados pontos e idéias. Nos períodos de silêncio há alternância da iniciativa de falar entre a paciente e S5, que revelou, após a entrevista, que o tema causou-lhe impacto e muita emoção (tristeza).

Ansiedade reportada\*: antes: 5 durante: 3 após: 3

\* Nível máximo possível = 17, cut-off = 9

S<sub>5</sub> -

F<sub>1</sub> ( questões de abertura ), F<sub>3</sub> ( reflexões ), F<sub>8</sub> ( clarificações ) e F<sub>9</sub> ( verbalizando pensamentos subentendidos ) aumentam na E<sub>3</sub>, onde S<sub>5</sub> tentou com mais afinco facilitar a auto-exploração pela paciente. Este esforço consciente se deu com o maior nível de ansiedade de S<sub>5</sub>, que aumentou o uso de clichê (B<sub>1</sub>), aconselhamento (B<sub>2</sub>), defesa (B<sub>7</sub>) e frases incompletas \* (FI).

Diminuem as aprovações (B<sub>3</sub>), mudança de assunto (B<sub>8</sub>) e questões fechadas (B<sub>9</sub>). São suprimidas as desaprovações (B<sub>5</sub>).

A paciente que mais verbaliza em extensão é aquela da (E<sub>2</sub>), ou seja, P<sub>14</sub>, que chega a ser prolixa.

---

\* Frases não concluídas ou porque simplesmente não foram terminadas ou porque o sujeito foi interrompido.

## Comentários das entrevistas de S6

## Emissão de Subcategorias Fa

S e E*	F1		I
	n°	%	
S <sub>6</sub> E <sub>1</sub>	2	1,01	5
S <sub>6</sub> E <sub>2</sub>	2	2,06	4
S <sub>6</sub> E <sub>3</sub>	8	6,11	4

\* Sujeito e Entrevista

## Subcategorias Bloqueador

S e E*	B1		B
	n°	%	
S <sub>6</sub> E <sub>1</sub>	2	1,01	2
S <sub>6</sub> E <sub>2</sub>	-	-	-
S <sub>6</sub> E <sub>3</sub>	2	1,53	1

## Emissão verbal dos Pacientes E

E S P*	0   -   5	
	n°	
E <sub>1</sub> - S <sub>6</sub> P <sub>16</sub>	46	
E <sub>2</sub> - S <sub>6</sub> P <sub>17</sub>	16	
E <sub>3</sub> - S <sub>6</sub> P <sub>18</sub>	55	

\* Entrevista, Sujeito e Paciente

\*\*07 Falas não foram transcritas po

## E1

Paciente é falante, extrovertido, S6 entrecorta as falas do mesmo com expressões tipo F2. Percebe-se a dificuldade de S6 em articular frases maiores ( "E qual, como foi o motivo que o senhor internô, porquê?"). A entrevista gira em torno de como foi o processo de instalação dos sintomas, avaliação pelo clínico e internação do paciente. As falas se mantêm em tom de humor e aspectos superficiais. Há temas que poderiam ser significativos mas não foram explorados. S6 segue as verbalizações do paciente (F2) mas não interpreta o que é dito.

Ansiedade reportada\*: antes: 8 durante: 3 após: 3

## E2

Paciente é falante, está contrariado com fatos que vem se sucedendo na internação, mas mostra-se disponível. S6 começa a entrevista com questões fechadas (B9) e quando o assunto recai no problema de saúde do paciente, este expõe longamente sobre o tema. Fala sobre suas convicções acerca dos fatores que o tornaram susceptível à doença atual, o que o agrada e desagrada na internação. S6 acompanha a fala do paciente (F2) mas não percebe a profundidade temática, fica nos aspectos superficiais.

Ansiedade reportada\*: antes: 3 durante: 8 após: 3

## E3

S6 tem dificuldades em construir frases maiores. Entrecorta as falas a paciente com F2. Tenta desenvolver os temas iniciados pela paciente, emitindo F1 e F3 mas fica pouco tempo em cada assunto. Há períodos de silêncio onde S6 parece estar pensando sobre o que vai dizer em seguida. O tema gira em torno de informações da internação e dos exames diagnósticos. Em um dado momento abordam um tema mais denso, o clima da entrevista torna-se pesado para S6, que logo termina a entrevista.

Ansiedade reportada\*: antes: 3 durante: 7 após: 2

\* Nível máximo possível = 17, cut-off = 9

S<sub>6</sub> -

As questões de abertura ( F<sub>1</sub> ) são mais frequentes na E<sub>3</sub>, onde S<sub>6</sub> chega menos ansiosa porém se desestabiliza ao perceber que não consegue imaginar "o que" vai conversar a seguir com a paciente; muda de assunto (B<sub>8</sub>) mais vezes e fica presa em períodos de silêncio. Encerra a entrevista com um tempo bem abaixo das anteriores.

F<sub>2</sub> ( encorajamento para o paciente continuar ) prepondera na E<sub>1</sub>, assim como F<sub>3</sub> ( reflexões ), F<sub>8</sub> ( clarificações ) e F<sub>9</sub> ( verbalizando pensamentos subentendidos) onde S<sub>6</sub> chega com nível considerável de ansiedade, porém logo se acalma, já que está na presença de um paciente falante e extrovertido (P<sub>16</sub>). Aí S<sub>6</sub> também se solta, emitindo seus pontos de vista (B<sub>3</sub> e B<sub>5</sub>), de modo espontâneo.

As frases incompletas neste caso tem marcadamente duas origens. Na E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>, S<sub>6</sub> não consegue terminar de falar porque é interrompida pelo paciente. Na E<sub>3</sub> deixa as frases incompletas, soltas no ar e às vezes constrói frases sem sentido (FSS).

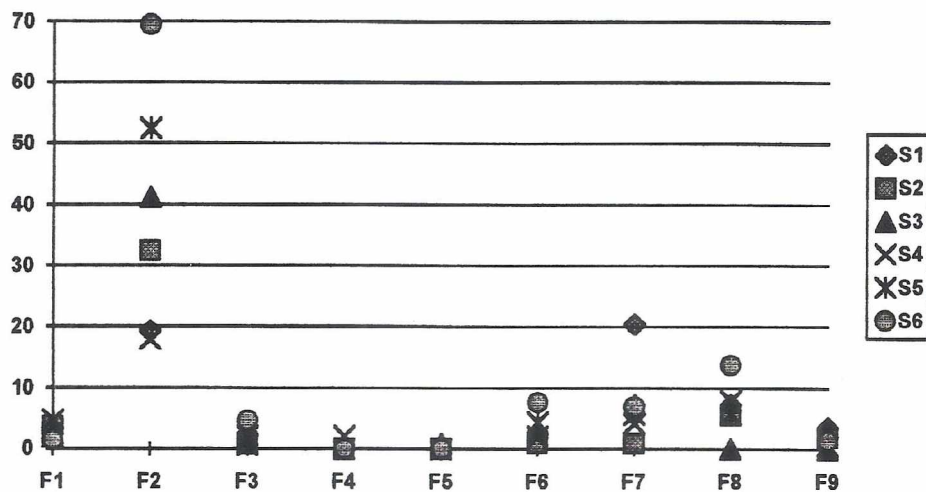
Contudo, podemos dizer que a entrevista onde S<sub>6</sub> atuou de modo mais elaborado foi E<sub>3</sub>.

Apresentadas as performances individuais, passaremos aos dados comparativos entre E<sub>1</sub> e E<sub>3</sub> para cada sujeito, considerando as categorias facilitadoras e bloqueadoras.

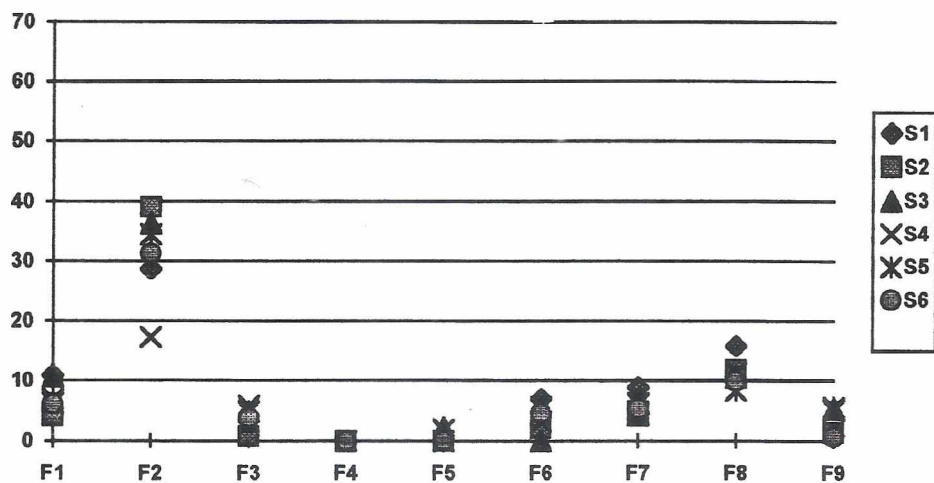
Os GRÁFICOS III e IV referem-se à emissão das subcategorias facilitadoras por cada um dos sujeitos nas entrevistas 1 e 3, respectivamente.



**GRÁFICO III - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA PERCENTUAL DA EMISSÃO DAS CATEGORIAS FACILITADORAS PELOS SUJEITOS 1 a 6 NA ENTREVISTA 1.**



**GRÁFICO IV - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA PERCENTUAL DA EMISSÃO DAS CATEGORIAS FACILITADORAS PELOS SUJEITOS 1 a 6 NA ENTREVISTA 3.**



Como podemos observar, na entrevista 1 houve emissão muito pequena de questões de abertura ( F1 ), reflexões ( F3 ), dividindo observações ( F4 ), reconhecimento de sentimentos (F5) e verbalização de pensamentos subentendidos ( F9 ). A utilização de reconhecimento pela presença do paciente ( F6 ), informações ( F7 ) e clarificações ( F8 ) ocorreu em níveis mais expressivos e variados. O encorajamento para o paciente continuar ( F2 ) foi a subcategoria que prevaleceu e apresentou maior grau de variação. Nos estudos de BACHION (1991), CARVALHO; BACHION; BRAGA (1992) e BACHION (1993), as subcategorias F6, F7 e F8 são as mais frequentemente utilizadas pelos sujeitos. Tais investigações abordam situações que envolvem diferentes graus de procedimentos e diretividade na interação. O que concluíram até agora foi que há pouca variação no repertório utilizado na enfermagem. Em nosso caso, surge como algo novo a preponderância de F2. Este dado talvez possa ser explicado pela especificidade da orientação dada para a condução da entrevista, ou seja, estimular o paciente a verbalizar seus pensamentos e opiniões acerca de algum tema de interesse.

Na entrevista 3, no geral, houve queda da amplitude de variação das frequências das subcategorias emitidas na E3, especialmente F2, F6, F7 e F8.

Passaremos a verificar as hipóteses estabelecidas para o presente estudo.

Com o intuito de verificar se houve aumento estatisticamente significativo de emissões das subcategorias F1 ( questões de abertura ), F2 ( encorajamento para o paciente continuar), F3 (reflexão ), F4 ( dividindo observações ), F5 ( reconhecimento de sentimentos ), F8 (clarificações) e F9 ( verbalizando pensamentos subentendidos ) na E3, conforme o primeiro item da hipótese 1, aplicamos o teste de Wilcoxon (para  $n = 6$ , com nível de significância igual a 0,05) estabelecendo como  $H_0 = F_n E1 = F_n E3$  e como  $H_A = F_n E3 > F_n E1$ . Obtivemos o seguinte resultado:

F1 - o teste rejeitou  $H_0$ , sendo  $p = 0,047$

F2 - não se rejeitou  $H_0$

F3 - não se rejeitou  $H_0$

F4 - não foi possível realizar o teste devido aos valores zero para as diferenças dos escores de ocorrência desta variável nas E3 e E1 (isto é,  $E3-E1 = 0$ )

F8 - não se rejeitou  $H_0$ \*

F9 - não se rejeitou  $H_0$ \*

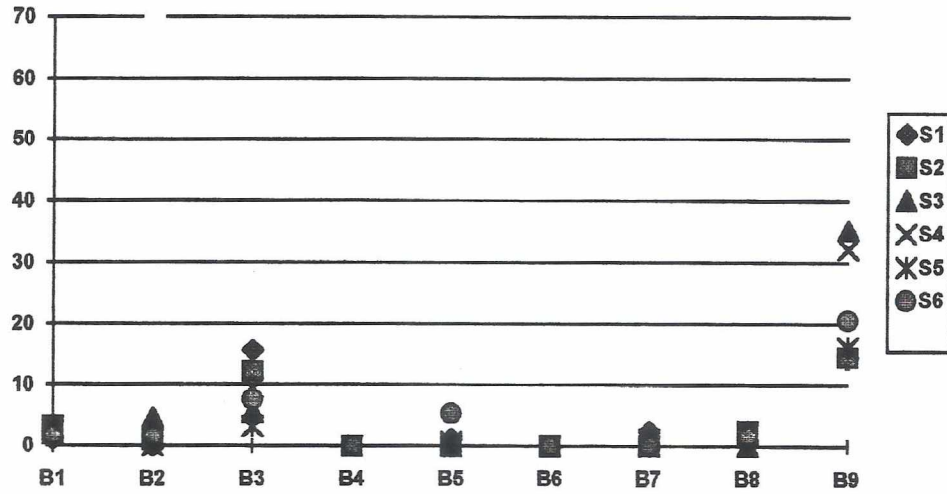
As subcategorias F6 (reconhecendo a presença) e F7 (dando informações) não foram analisadas isoladamente por não contemplarem aspectos relevantes que justificassem interesse em mudar a linha de base dos sujeitos.

Com relação a emissão de subcategorias bloqueadoras na E1 e E3 pelos sujeitos, os GRÁFICOS V e VI nos mostram, no geral, aumento das subcategorias B1 (clichês), B8 (mudança de assunto) e B9 (questões fechadas), com diminuição das demais. Na entrevista 1, as maiores emissões foram as questões fechadas (B9) e aprovações (B3). Estes achados diferem, em parte, daqueles encontrados anteriormente por BACHION (1991), CARVALHO; BACHION; BRAGA (1992) e BACHION (1993), onde preponderaram as questões fechadas (B9), os aconselhamentos (B2), as desaprovações (B5) e as aprovações (B3).

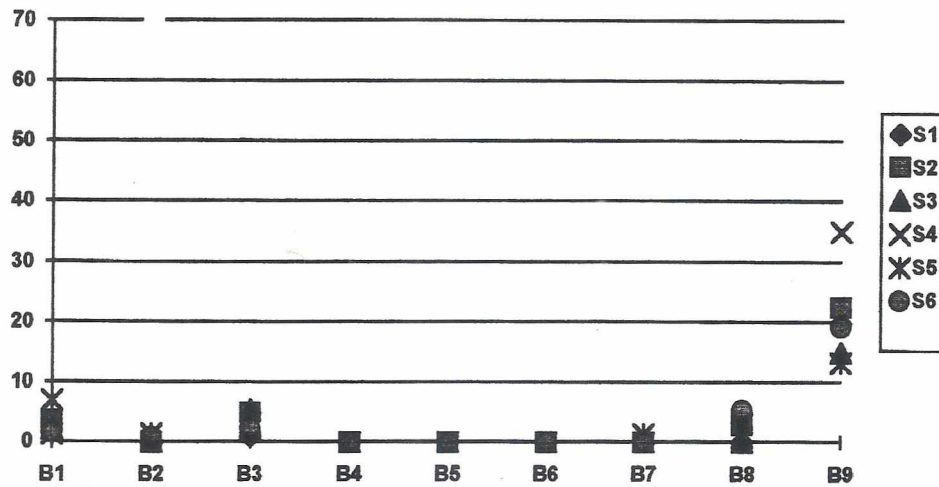
---

\* Embora o resultado do teste nestes casos tenha sido a não rejeição de  $H_0$ , o valor de  $T^+$  esteve muito próximo do nível de significância.

**GRÁFICO V - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA PERCENTUAL DA EMISSÃO DAS CATEGORIAS BLOQUEADORAS PELOS SUJEITOS 1 a 6 NA ENTREVISTA 1.**



**GRÁFICO VI - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA PERCENTUAL DA EMISSÃO DAS CATEGORIAS BLOQUEADORAS PELOS SUJEITOS 1 a 6 NA ENTREVISTA 3.**



Os dados a seguir visam analisar o item 2 da primeira hipótese. Para verificar se houve diferenças estatisticamente significantes aplicamos o teste de Wilcoxon (para  $n = 6$  e nível de significância de 0,05) adotando  $H_0 = BnE3 = BnE1$  e como  $H_A = BnE3 < BnE1$ . A análise contemplou as subcategorias B1 ( clichês ), B2 ( aconselhamentos ), B5 ( desaprovações ), B7 ( defesas ), B8 ( mudança de assunto ) e B9 ( questões fechadas ). Obtivemos como resultado a não rejeição de  $H_0$  para nenhuma das subcategorias, isto é, sob o ponto de vista estatístico não houve diferença, para estas subcategorias na E1 e E3.

Gostaríamos de tecer aqui alguns comentários. Percebemos na E3 que os temas se tornaram mais densos, fazendo emergir nos alunos comportamentos de tentar bloquear seu aprofundamento, utilizando então as subcategorias que já faziam parte de seu repertório: B1, B8 e B9.

Ainda referente à primeira hipótese, quanto ao item 3, cabe ressaltar que a subcategoria B4 e B6 não foram emitidas por nenhum dos sujeitos, em nenhuma das entrevistas quer E1, E2 ou E3; apreende-se portanto que para estas subcategorias a linha de base de emissão dos alunos já é satisfatória inviabilizando a construção do referido item.

Buscando avaliar a hipótese 2, se a ansiedade reportada pelos alunos diminuiu ao longo das entrevistas e com a repetição da atividade, tentamos novamente utilizar o teste de Wilcoxon ( para  $n = 6$ , com nível de significância de 0,05). O número de zeros resultante das diferenças das variáveis nos momentos estudados inviabilizou o procedimento, por reduzir o  $n$  ( número de sujeitos ) para menos de 4. Nossas considerações complementares sobre esta variável serão apresentadas oportunamente.

Quanto às falas dos pacientes, aspecto contemplados na hipótese 3, aplicamos o teste acima referido para averiguar se a extensão das mesmas na E3 aumentou em relação à E1.

Estabelecemos hipóteses para cada intervalo, ou seja, intervalo A = frases de 0 a 5 palavras; intervalo B = frases de 6 a 10 palavras; intervalo C = frases de 11 a 20 palavras; intervalo D = frases de 21 a 50 palavras e intervalo E = frases com mais de 51 palavras. Para o intervalo A estabelecemos  $H_0 = AE3 = AE1$  e  $H_A = AE3 < AE1$ . Para os demais intervalos



$$H_0 = BE3 = BE1 \text{ e } H_A = BE3 > BE1$$

$$H_0 = CE3 = CE1 \text{ e } H_A = CE3 > CE1$$

$$H_0 = DE3 = DE1 \text{ e } H_A = DE3 > DE1$$

$$H_0 = EE3 = EE1 \text{ e } H_A = EE3 > EE1$$

Os testes não rejeitaram nenhuma das  $H_0$ , seja para os intervalos A,B,C,D ou E. Assim, entendemos que não houve diferença estatisticamente significativa entre a extensão das falas entre os pacientes que participaram da E1 e os que participaram da E3.

Gostaríamos de salientar que pelo que pudemos observar, houve interferência do conteúdo abordado; quando a temática se tornava densa, apesar de explorar tópicos, o paciente o fazia de modo menos veemente do que o fazia quando o tema era mais ameno. Outro aspecto que vale ressaltar é a dificuldade de prever a eloquência do paciente, desta forma, não houve condições de selecionar pacientes "equivalentes" quanto à frequência usual de verbalização.

Finalizando, ao considerar os objetivos deste estudo, temos ainda a destacar que referente a possibilidade de associação entre a emissão oral do aluno, emissão oral do paciente e tempo de duração da entrevista ( $T_e$ ) realizamos o teste de Spearman (para  $n = 6$  e nível de significância de 0,05). Consideramos como emissão oral dos alunos as subcategorias facilitadoras e bloqueadoras e como emissão do paciente os intervalos anteriormente descritos (intervalos A,B,C,D e E). Encontramos correlação positiva para os seguintes itens:

$$T_e - D \text{ (R = 0,83 e p = 0,04)}$$

$$T_e - F9 \text{ (R = 0,087 e p = 0,02)}$$

$$D - E \text{ (R = 0,81 e p = 0,05)}$$

Identificamos correlação negativa entre os itens:

$$D - A \text{ (R = -0,94 e p = 0,05)}$$

$$B9 - B \text{ (R = -0,89 e p = 0,02)}$$

Assim sendo, apreendemos, no âmbito deste estudo, que quanto maior a emissão de falas com 21 a 50 palavras, maior a duração da entrevista; quanto maior a emissão da subcategoria F9, maior a duração da entrevista; quanto maior a frequência de falas de 21 a 50 palavras, mais frequente é a emissão de falas com mais de 51 palavras; quanto mais falas

emitidas falas de 0 a 5 palavras menor será a emissão de falas de 21 a 50 palavras; quanto maior o número de questões fechadas (B9), menor a expressão de frases de 6 a 10 palavras. Em síntese, a ocorrência de frases mais elaboradas e a emissão de F9 aumentam o tempo de duração da entrevista. Quanto mais forem emitidas frases de 21 a 50 palavras, maior é a chance de ocorrerem as frases com mais de 51 palavras e menor é a chance de ocorrerem as frases de 0 a 5 palavras.



## CONCLUSÕES

Este estudo teve como finalidade favorecer o emprego de habilidades comunicativas por alunos de graduação em enfermagem ao interagirem com pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, utilizando-se do WORKSHOP "COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, ALGUMAS HABILIDADES DESEJADAS".

O uso desta estratégia permitiu considerar avanço no padrão de emissão de categorias que correspondem a habilidades de "aptidão para observar e interpretar observações" (F4\_ dividindo observações, F8\_ clarificações e F9\_ verbalizando pensamentos subentendidos); "capacidade para dirigir ou guiar a interação de modo a atingir as metas" (F1\_ questões de abertura, F2\_ encorajamento para o paciente continuar e F3\_ reflexões ); "habilidade para averiguar se a comunicação está permitindo a compreensão que se necessita transmitir" (F8\_ clarificações ); "destreza para reconhecer o momento de falar e ficar em silêncio" (nas E3 os sujeitos apresentaram mais períodos de silêncio em relação a E1 e E2). Embora estatisticamente, para o grupo como um todo, tais variações não tenham sido significativas (exceção de F1) os dados possibilitam inferir para este grupo que individualmente houve alteração no modo de interagir dos sujeitos. É preciso salientar que tais achados se aplicam a este grupo de 6 alunos com idade entre 17 e 25 anos, cursando o terceiro ano de graduação, que possuíam algumas peculiaridades.

Este grupo revelou as seguintes características referentes aos pacientes dos quais se recordam positivamente: ser consciente e orientado, ser amigável, ter senso de humor, ser comunicativo, sorrir freqüentemente, ter higiene pessoal adequada, não exalar odor desagradável, não eliminar involuntariamente secreções ou excretas, ser cuidadoso com seus pertences, estar sempre arrumado e ser organizado, solicitar o serviço de enfermagem apenas quando necessário, ser preocupado com as outras pessoas, ser esforçado para ajudar-se, ser calmo, não reclamar e elogiar os esforços da enfermagem.

Tais características foram respeitadas por nós na seleção de pacientes com os quais estes alunos interagiram. Além disso, chamam nossa atenção para fatores específicos a serem

considerados nas interações no cotidiano da enfermagem.

Durante o curso, nenhum dos participantes teve seu nível basal de ansiedade exacerbado, o que nos levou a crer que nem a estratégia de filmagem, nem a atividade de entrevista em si consistiram em fatores dificultadores da aprendizagem.

As opiniões do grupo quanto ao grau de importância de algumas ações de enfermagem mostraram uma inclinação para os atos de cunho interativo, ou seja, as ações de relacionamento interpessoal. Apesar desta demonstração de valorização do interagir com o paciente, na primeira entrevista todos os sujeitos (alunos) se mantiveram em aspectos superficiais do diálogo e apenas ouviram os interlocutores. Prevaleram, nesta fase, as emissões facilitadoras por parte de todos os sujeitos, exceto para S3 e S4. No decorrer das atividades programadas, o grupo percebeu seu estilo e tentou trabalhar para modificá-lo, tornando-o mais adequado para favorecer a auto-exploração por parte dos pacientes.

Com base nos comentários sobre as entrevistas, entendemos que S1,S3,S4,S5 e S6 tiveram sua melhor performance na terceira entrevista. S2 teve melhor desempenho na segunda entrevista, ainda que seu nível de emissão das subcategorias facilitadoras fosse menor na terceira entrevista, o modo de condução não voltou aos parâmetros originais, o que para nós revela avanço.

O teste de Wilcoxon realizado para verificar se houve aumento significativo das subcategorias F1 (questões de abertura), F2 (encorajamento para o paciente continuar), F3 (reflexões), F4 (dividindo observações), F5 (reconhecendo sentimentos), F8 (clarificações) e F9 (verbalizando pensamentos subentendidos) na E3 em relação à E1 mostrou ganho significativo apenas para F1.

Com relação às subcategorias B1 (clichês), B2 (aconselhamentos), B5 (desaprovações), B7 (defesas), B8 (mudança de assunto) e B9 (questões fechadas), este mesmo teste revelou não haver diferenças estatisticamente significantes entre sua emissão na E3 e E1.

As subcategorias B4 (pedindo explicação) e B6 (depreciação) não foram emitidas pelos sujeitos em nenhum momento e a subcategoria B7 (defesas) só ocorreu nas primeiras entrevistas (E1 e E2) realizadas por S1,S2,S3 e S4, sendo suprimida na E3. Não foi utilizada por S6 e não foi

suprimida por S5.

Quanto à ansiedade dos sujeitos ao longo das interações, foi inviável a realização de testes estatísticos devido ao grande número de zeros nas diferenças do nível de ansiedade na E3 em relação à E1. Mesmo assim, salientamos que em todas as vezes que o instrumento de auto-avaliação de ansiedade foi aplicado, obtivemos escores de pequena monta, exceto para S6, que revelou-se basalmente mais ansioso que os demais.

Com relação ao referencial de FORREST (1983), o mesmo mostrou-se adequado para o estudo das interações e passível de aprendizagem por parte dos alunos que participaram desta pesquisa, podendo ser utilizado pelas disciplinas curriculares na enfermagem.

Pretendemos compor uma equipe de trabalho que assegure a realização constante de workshops para o aprimoramento de habilidades de comunicação, onde a população alvo poderá ser enfermeiros, ocupacionais de enfermagem, alunos da graduação ou da pós-graduação, docentes, enfim, todos aqueles que, de uma forma ou de outra, possam estar em contato com pacientes.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para nós, fica cada vez mais evidente que somente cursos de técnicas de comunicação com atividades práticas, feedback e repetição, alicerçado em algum referencial teórico, têm alguma chance de conseguir mudanças do aprendiz a nível comportamental.

Além disso, faz-se necessário o ensino individualizado e não grupal, já que valores pessoais do aluno precisam ser desvelados por ele próprio e pelo professor, para que ele inicie um processo de desenvolvimento de auto-consciência permanente ao interagir com o outro, conhecendo suas limitações e atitudes (entendida aqui como uma predisposição para agir diante de algum evento, com base nas experiências anteriores).

Apesar dos cursos teóricos terem a vantagem de trabalhar com um número maior de participantes, seus resultados, na esfera cognitiva, não asseguram avanços na área afetiva.

Como pôde ser visto o workshop exigiu numerosos recursos humanos (1 professor e 6 transcritores), uma variada gama de atividades "extra-aulas", recursos materiais consideráveis (3 filmadoras, 4 videocassetes, cota de fotocópias de textos didáticos, questionários e escalas, fitas de vídeo), área física adequada para a divisão de turmas para transcrição. Isto tudo envolvendo uma clientela reduzida. Apesar disso, acreditamos que os benefícios acarretados para os pacientes entrevistados e para os sujeitos envolvidos justifiquem tal investimento.

Tivemos a nítida sensação de que quase todos os pacientes que participaram gostaram de fazê-lo e saíram ou recomfortados, ou aliviados em suas tensões, ou estimulados em sua auto-imagem, ou simplesmente satisfeitos por realizarem uma atividade inusitada. Seria interessante, em estudos futuros, verificar, através da aplicação de instrumentos do tipo auto-avaliação, o impacto de ser submetido a entrevistas desta natureza. Melhor ainda seria estimar os efeitos do uso das técnicas facilitadoras da comunicação em pacientes que sabidamente estejam mais predisponentes ao desgaste crônico pela ansiedade.

Acreditamos ainda que, os instrumentos aqui empregados como material didático podem servir em outros cursos. Além disso, aqueles em forma de escalas e questionários podem ser aplicados em diversas situações, envolvendo diferentes sujeitos, com várias finalidades e objetivos

na enfermagem. Todos eles podem sofrer adaptações, desde que sigam critérios de validação e confiabilidade.

ANUR

BACH

BC

Rc

Rc

SR

BACH

ES

Or

BADE

565

BAEN

Or

Or

B

P

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ADLER, L.M.; WARE, J.E.; ENELOW, A.J. Changes in medical interviewing style after instruction with two closed-circuit television techniques. J. Med. Educ., v. 45, p. 21-28, 1970.
- ANGERAMI, E.L.S.; MENDES, I.A.C. Perspectivas da pesquisa em comunicação em enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeiro Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 7-28.
- BACHION, M.M. Análise do padrão de comunicação oral entre equipe de enfermagem e parturiente. Ribeirão Preto, 1991. 147 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. O uso de habilidades comunicativas pelo professor no ensino de comunicação em enfermagem. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto da Universidade de São Paulo, 1993. (Datilografado)
- BACHION, M.M.; CARVALHO, E.C. Pesquisas e pesquisadores de Comunicação em Enfermagem. / Apresentado ao 1º Encontro Internacional "Pesquisa em Enfermagem: Uma Questão de Saúde". São Paulo, 1992.
- BADENOCH, J. The role communication in medical practice. J. R. Soc. Med., v. 79, n. 10, p. 565-7, oct. 1986.
- BARNLUND, D. (Org.) Interpersonal communication: surveys and studies. Boston, Houghton Mifflin, 1968.
- BATISTA, C.G.; MATOS, M.A. O acordo entre observadores em situação de registro cursivo: definições e medidas. Psicologia., v. 10, n. 3, p. 57-69, 1984.
- BEANLANDS, H.E.; MACKEY, R.C. Nurse do you hear me? Can. Nurs., v. 77, p. 41-43, 1981.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. Estratégias de ensino aprendizagem. 11.ed. Petrópolis, Vozes, 1989. 312p.



- BRENT, E.E.; BECKETT, D.E. Common response patterns of medical students in interviews of hospitalized patients. Med. Care, v. 24, n. 11, p. 981-9, nov. 1986.
- CANCHE, R.F.; SONOBE, H.M.; BERTAZONE, E.C. A comunicação aluno/ paciente segundo a percepção de graduandos de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 175-187.
- CARNEIRO, A. Comunicação enfermeiro-paciente em unidade de terapia intensiva-estudo interativo do processo de comunicação. Rio de Janeiro, 1982. 148 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CARVALHO, E.C. Comportamento verbal e enfermagem: a interação verbal enfermeira-paciente durante o procedimento de punção venosa. Ribeirão Preto, 1979. 110 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. Comportamento verbal enfermeira-paciente: função educativa e educação continuada do profissional. Ribeirão Preto, 1985. 225 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. Enfermagem e Comunicação: a interface. Ribeirão Preto, 1989. 245 p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CARVALHO, E.C. Os contextos da Comunicação em Enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 2-4 mai, 1990. Anais. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1990. p. 2-23.
- CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M.; BRAGA, M.R. Comunicação oral com pacientes hematológicos: comportamentos facilitadores e bloqueadores. / Apresentado ao 44º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, 1992./
- CARVALHO, E.C.; FERRAZ, A.E.P.; GIR, E. O ensino de comunicação nas Escolas de Enfermagem do Brasil. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 96-108.

- CARVALHO, E.C.; MIASAKY, H.E. A interação verbal entre enfermeiro-mãe durante o procedimento de admissão da criança em clínica cirúrgica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 188-207.
- CARVALHO, E.C.; PELÁ, N.T.R. Modelo de análise do conhecimento em enfermagem. Rio de Janeiro, 1991. Apresentado no 6º SENPE, 30 julho, 1991.
- CARVER, J.; TAMLYM, D. Sources of stress in third year baccalaureate nursing students. Nurs. Pap., v. 17, n. 3, p. 7-15, Fall, 1985.
- CAVICHIOLO, S.A.; CARVALHO, E.C. Análise da interação entre equipe de enfermagem e pacientes com distúrbios de comunicação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, Ribeirão Preto. 13-15 mai, 1992. Anais, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1992. p. 114-128.
- CHIANCA, T.M.C.; GARANHANI, M.L. Próximo ou distante do paciente na sala de pré-anestesia? Elaboração, validação e aplicação de um instrumento de imediaticidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, Ribeirão Preto, 13-15 mai. 1992. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1992. p. 30-44.
- CHIANCA, T.M.C.; BACHION, M.M.; MALVEZZI, G. Enfermagem: uma classe opressora ou oprimida? Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1992. 17 p. (Mimeografado)
- CLARK, J.M. Communication in nursing. Nurs. Times, v. 77, p. 12-18, 1981.
- COHEN, S. Assertiveness in nursing. Part I. Am. J. Nurs., v. 83, n. 3, p. 417-434, 1983.
- CRISP, A.H. Undergraduate training for communication in medical practice. J. R. Soc. Med., v. 79, n. 10, p. 568-74, oct. 1986.

CUNHA, E.R.; GOMES, S.L.; ZAGO, M.M.F. A utilização de cartões como instrumentos facilitadores para comunicação com pacientes afásicos de terapia intensiva. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 411-422.

CUSHING, M. Failure to communicate. Am. J. Nurs., v. 82, p. 1597-1598, 1982.

DALGLEISH, T. The Relationship between anxiety and memory biases for material that has been selectively processed in a prior task. Behav Res Ther., v. 32, nº 2, p. 227-31. feb. 1994.

EASTWOOD, C.M. Nurse-patient communication skills in Northern Ireland - the educational problems. Int. J. Nurs. Stud., v. 22, n. 2, p. 99-104, 1985a.

\_\_\_\_\_. The role of communication in nursing-perceptual variations in student/teacher responses in Northern Ireland. J. Adv. Nurs., v. 10, n. 3, p. 245-50, may, 1985b.

ENOKI, H.; FERRAZ, A.E.P.; CARVALHO, E.C.; MARZIALE, M.H.P. A produção científica acerca da comunicação em enfermagem. Rev. Bras. de Enf., v. 40, n. 1, p.34-37. 1987.

EPSTEIN, A.M.; TAYLOR, W.C.; SEAGE, G.R. 3d. Effects of patient's socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication. Am. J. Med., v. 78, n. 1, p. 101-106, jan. 1985.

FARREL, M.; HALEY, M.; MAGNASCO, J. Teaching interpersonal skills. Nursing Outlook, v. 25, n. 5, p. 322-5. 1977.

FAULCONER, D.R. Nurse management. Today or Nurse. v. 5, n. 6, p. 46, aug. 1983.

FAULKNER, A. Monitoring nurse-patient conversation on a ward. Nurs. Times. v. 75, p. 95-96, 1979.

FÁVERO, N. Estudo das anotações de enfermagem na assistência direta ao paciente. Ribeirão Preto, 1979. 98 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.



- FÁVERO, N.; LAUS, E.; NAKAO, J.R.S.; ÉVORA, Y.D.M. A importância da comunicação como instrumento administrativo: especial referência à anotação de Enfermagem. Rev. Paul. Hosp., v. 31, n. 1/2, p. 4-7, 1983.
- FERRAZ, A.P.; DIOGO, M.J.E.; SOUZA, R.M.C.; PÉREZ, S.M.; SANTOS, V.L.C.G.; MARIA, V.L.R. Instrumentos básicos: aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem no curso de graduação das Escolas de Enfermagem da grande São Paulo. (Mimeografado) 1986.
- FERRAZ, A.E.P.; MARZIALE, M.H.P.; GIR, E.; CARVALHO, E.C.C.; MORIYA, T.M. O processo de comunicação em enfermagem: visão do aluno de graduação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeiro Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeiro Preto. Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto - USP, 1988. p. 162-174.
- FORREST, D. Analysis of nurses verbal communication with patients. Nurs. Pap., v. 15, n. 3, p. 48-57, 1983.
- FRIEDRICH, R.M.; LIVELY, S.I.; SCHACHT, E. Teaching communication skills in an integrated curriculum. J. Nurs. Educ., v. 24, n. 4, p. 164-6, apr. 1985.
- GIR, E. Interação verbal entre equipe de enfermagem e paciente adético. Ribeirão Preto, 1983. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- HAYS, J.S.; LARSON, K. Interacting with patients. New York, Mac Millan, 1970, 282 p.
- HINZ Jr, C.F. Direct observation as a means of teaching and evaluating clinical skills. J. Med. Educ., v. 41, p. 150-161, 1966.
- HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. Nonparametric Statistical Methods. New York, John Wiley & Sons. 1973. 503 p.
- HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo, Edusp. 1970 a.
- \_\_\_\_\_. Editorial: dos instrumentos básicos da Enfermagem Rev. da Esc. de Enf. da USP, v.4, n. 1-2, p.3-4, 1970 b.

- HORTA, W.A.; KAMIYAMA, Y.; PAULA, N.S. O ensino dos instrumentos básicos da enfermagem. Rev. da Esc. Enf. da USP, v. 4, n.1-2, p. 5-20, 1970.
- IWASIW, C.; OLSON, J. A comparison of the communication skills of practising diploma and baccalaureate staff nurses. Nurs. Pap., v. 17, n. 2, p. 38-48, summer, 1985.
- KAHN, G.S.; COHEN, B.; JASON, H. The teaching of interpersonal skills in U.S. Medical Schools. J. Med. Educ., v. 54, p. 29-35, 1979.
- KASCH, H.B. Communication - History. The media acene. The instructional media an exercise (Part.1). Nursing Outlook, v. 23, p. 29-32. Jan. 1975.
- KERR, D.N. Teaching communications skills in postgraduate medical education. J. R. Soc. Med., v. 79, n. 10, p. 575-80, oct. 1986.
- KRATZ, C.R. Research - how we challenge nursing practice. Nurs. Times, v. 3, p. 128, nov. 1982 (Ocasional papers).
- LICHSTEIN, P.R.; NIEMAN, L.Z. Diagnosing technique problems in interviewing patients. J. Med. Educ., v. 60, n. 7, p. 566-8, jul, 1985.
- LITTLEJOHN, S.W. Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana. (Trad. Álvaro Cabral). Rio de Janeiro, Zahar Editores. 1982. 407 p.
- LOPES, C.M. Produção de conhecimento por enfermeiros assistenciais: sua utilização na prática. Ribeirão Preto, 1990. 186 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MAGUIRE, P.; FAIRBAIN, S.; FLETCHER, C. Consultation skills of young doctors: I- Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br. Med. J., v. 292, n. 6535, p. 1573-1575, jun. 14, 1986a.
- \_\_\_\_\_ . Consultation skills of young doctors: II- Most young doctors are bad at giving information. Br. Med. J. Clin. Res., v. 292, n. 6535, p. 1576-8, jun. 14. 1986b.
- MANZOLLI, M.C. Observação e anotação de aspectos psicológicos do paciente pelo enfermeiro - considerações. Enf. Nov. Dim., v. 4, n. 2, p. 77-85, 1978.

- MARTA, I.E.R. Comportamento não verbal de membros da equipe de enfermagem durante a administração de medicamento por via intramuscular. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, Ribeirão Preto, 13-15 mai. 1992. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1992. p. 129-141.
- MAZZO, A.; RODRIGUES, N.C.F.; NOGUEIRA, M.S. Dor - como a equipe de enfermagem anota este sintoma? In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, Ribeirão Preto, 13-15 mai. 1992. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1992. p. 105-113.
- McKINSTRY, H.M. Differences in communication behaviours of shy and non-shy student nurses in situations with evaluative potential. Nurs. Pap., v. 17, n. 3, p. 61-74, fall. 1985.
- McMILAN, P. What's in a World? Nursing Times, v. 77, p. 354-5. 1981.
- MENDES, I.A.C. Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar: enfoque humanístico. Ribeirão Preto, 1986. 175 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MENDES, I.A.C. Pesquisa em enfermagem: impacto na prática. Ribeirão Preto, 1989. 186 p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A. Comunicação do conhecimento: questões, barreiras e opções. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1990. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1990. p. 106-120.
- MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; NOGUEIRA, M.S.; TAKAKURA, M.S.; CARDOSO, M.C. Perfil de interação: atendente de enfermagem e paciente. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 327-337.
- MENIKHEIN, M.L.; RYDEN, M.B. Designing learning to increase competency in interpersonal communication skills. J. Nurs. Educ., v. 24, n. 5, p. 216-218, may. 1985.
- MILLER, J.R.; MESSENGER, S.R. Obstacles to applying nursing research findings. Am. J. Nurs., v. 78, n. 4, p. 632-4, apr. 1978.



- MOREIRA, L.C. A passagem de plantão enquanto processo comunicativo. Ribeirão Preto, 1989. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- NAKANO, A.M.S.; FERRAZ, A.E.P.; BACHION, M.M. Comunicação verbal entre parturientes e equipe de saúde durante o processo de parturição segundo o modelo de REVA RUBIN. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1990. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1990. p. 339-354.
- NORTHOUSE, P.G.; NORTHOUSE, L.L. Health communication: a handbook for health professionals. New Jersey, Prentice Hall Inc. 1985.
- PAIM, R Metodologia Científica em Enfermagem Rio de Janeiro, Ed. Espaço e Tempo. 1986.
- PHILIPAS, J. Teaching communication. Community Outlook, v. 7, p. 229-30. aug. 1983.
- REIS, J.N.; MACEDO, J.L. Considerações a respeito da comunicação entre enfermeiros. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 350-358.
- ROLIM, M.A. A utilização de padrões não terapêuticos de comunicação na interação aluno-paciente. Rev. Esc. Enf., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 173-177, 1981.
- RUITER, C.; BROSSCHOT, J.F. The emotional Stroop interference effect in anxiety: attentional bias or cognitive avoidance? Behav. Res. Ther., v. 32, n 3, p. 315-319. mar. 1994.
- SANDOVAL, J.M.H. Signos Hospitalares: uma questão de comunicação enfermeiro-paciente. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1990. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1990. p. 658-677.
- SANDOVAL, J.M.H. Um estudo sobre estudos de comunicação em enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3, Ribeirão Preto, 13-14 mai. 1992. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1992, p. 646-660.

- SANTORO, L.F.; FESTA, R. Os novos rumos do espaço audiovisual latino-americano. In: KUNCH, M.M.K., org. Indústrias culturais e os desafios de integração latino americanas. São Paulo, Intercom, 193. p. 96-105.
- SIEBURG, E. Disfunctional Commucation and interpeosol responsiveness in small groups. Denver, 1969. Doctorol Dissertation. University of Denver.
- SINNO, M. Comunicação enfermeiro-cliente. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 40, n. 2/3, p. 123-125, abr/mai/jun/jul/ago/set., 1987.
- SKINNER, B.F. O comportamento verbal. (Verbal behavior) Trad. de M. da Penha Villalobos. São Paulo, Cultrix, EDUSP, 1978.
- SMITH, P. Teaching and learning to communicate. Nurs. Times., v. 79, n. 6. p. 51-53, sep 7-13. 1983
- SONONOBE, H.M. Comunicação aluno-paciente: questões e obstáculos. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1990. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1990. p. 552-565.
- STACCIARINI, J.M.R. Assistência ao Paciente Psiquiátrico - Análise da Comunicação do Enfermeiro. Ribeirão Preto, 1991. 101p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- STEFANELLI, M.C. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente. São Paulo, 1985. 163 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. O ensino de técnicas de comunicação no programa de graduação em Enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 109-131.
- STETLER, C.B. Relationship of perceived empathy to nurses communication. Nurs. Res., v. 26, p. 432-438, 1977.
- SUNDELL, W. The operation of confirming and disconfirming verbal bahavior in selected teacher - student interation. Denver. 1972. Doctorol Dissertation. University of Denver.

- TALENTO, B.; CROCKETT - McKEEVER, L. Improving interviewing techniques... analysis writes, the use of video. Nursing Outlook, v. 31, n° 4, p. 234, 5. 1983.
- TFOUNI, L.V. O discurso na instituição hospitalar. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP, 1988. p. 502-512.
- TRAVELBEE, J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia, Davis. 1966.
- WEEKS, B. A test of episodic visual memory. Percept Mot Skills., v. 77, n. 3, p. 100091-6. dec. 1993.
- WELLS, K.B.; BENSON, M.C.; HOFF, P. A model for teaching the brief psychosocial interview. J. Med. Educ., v. 60, n. 3, p. 181-8, mar. 1985.
- WESTABY, S.R. Communication and the occupational health nurse. Occupational Health Nursing, p. 22-25, dec. 1983.
- WILLIANSO - KIRKLAND, B.D.; WILLIANSO - KIRKLAND, R.H. Teaching communication skills in rehabilitation medicine. Archives of Physical medicine and Rehabilitation., v. 61, may. p. 221-224, 1980.
- WILLIMINGTON, C. Oral communication instruction for a career in nursing. J. Nurs. Educ. v. 25, n. 7, p. 291-294, sept. 1986.
- ZAGO, M.M.F.; OKINO, N.; GALVÃO, M.C. A comunicação com pacientes de UTI submetidos à entubação orotraqueal. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, Ribeirão Preto, 2-4 mai. 1988. Anais. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1988. p. 235-246.
- ZUJEWSKYJ, T.; DAVIS, L. Sources and effects on anxiety in videotape learning experience. Nurs. Pap., v. 17, n. 3, p. 75-86, fall. 1985.

**ANEXO I****DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO PILOTO.**

Elaboramos a proposta de um Workshop intitulado "Comunicação interpessoal: habilidades desejadas", da seguinte forma:



**WORKSHOP "COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: ALGUMAS HABILIDADES DESEJADAS."**

Período: 08 de outubro a 24 de novembro de 1993

Horário: das 19 às 21 horas

Professor Responsável: **Maria Márcia Bachion**

Clientela: alunos do 4º ano de graduação em Enfermagem

Nº de vagas: 12

Nº da aula	Data	Conteúdo
1	08/10	- Introdução à operação de câmera de filmagem
2	13/10*	- Operação de câmera de filmagem em ambiente de enfermaria - Grupo A.
2	15/10*	- Operação de câmera de filmagem em ambiente de enfermaria - Grupo B.
3	19/10	- Habilidade de Comunicação: Modelo de FORREST.
4	20/10	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo A.
4	22/10	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo B.
5	26/10*	- Entrevista de paciente com base no modelo de FORREST -Grupo A.
5	27/10*	- Entrevista de paciente com base no modelo de FORREST -Grupo B.
6	03/11	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo A. (continuação)
6	05/11	- Técnica de transcrição de registros. Técnica de Categorização de dados - Grupo B. (continuação)
7	09/11*	- Entrevista de paciente em ambiente de enfermaria: operação de câmera de filmagem, transcrição dos dados e categorização no Modelo de FORREST - Grupo A.
7	17/11*	- Entrevista de paciente em ambiente de enfermaria: operação de câmera de filmagem, transcrição dos dados e categorização no Modelo de FORREST - Grupo B.
8	23/11	- Atitude frente à comunicação com pacientes.
9	24/11	- Observação e Mensuração do comportamento.
10	19/05	- Tabulação dos Dados - Performance longitudinal - Avaliação do Curso

\* Nestes dias haverá realização de exercícios de filmagem que só serão realizados na Clínica Médica do HCFMRP, desde que haja aquiescência da Comissão de Ética e dos pacientes envolvidos.

Enviamos tal proposição ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada (D.E.G.E.), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (H.C.F.M.R.P.-U.S.P.) em 17 de setembro para as providências cabíveis.

O projeto do curso recebeu parecer favorável dos órgãos competentes da E.E.R.P.-U.S.P. - Conselho do D.E.G.E. (em reunião de 13 de setembro de 1993) e da Comissão de Cultura e Extensão (processo nº 93.1.36322.1, em reunião de 05 de outubro de 1993) - bem como do H.C.F.M.R.P.-U.S.P. - Comissão de Ética (processo nº 11/915, em 25 de outubro de 1993).

Nesse ínterim, enquanto se dava a tramitação necessária comparecemos às salas de aula onde estavam os alunos do quarto ano de graduação e os informamos da possibilidade de ser oferecido tal curso e apresentamos algumas características do mesmo como tema, objetivo, carga horária, número de aulas, estratégias, número de vagas. Dissemos ainda que voltaríamos a conversar caso nosso projeto fosse autorizado

Ao tomar ciência do andamento favorável que a proposição teve, chamamos uma reunião com os interessados em participar do curso. Fixamos cartazes nas dependências da E.E.R.P.-U.S.P., convidando para um encontro, com o objetivo de redefinir o cronograma das aulas, que como pôde ser visto, se fazia necessário.

A reunião se deu em 25 de outubro de 1993 e compareceram 5 alunos, que designamos como S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, S<sub>3</sub>, S<sub>4</sub>, S<sub>5</sub>. De comum acordo foi estabelecido o cronograma de aula e houve a confirmação, de cada um dos alunos, de interesse em frequentar o curso foram ministradas as aulas de número de 01 a 10.

## ANEXO II

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES QUE SÃO RECONHECIDOS POSITIVA E  
NEGATIVAMENTE\*

## Instruções Gerais

Este questionário é dividido em três partes. A primeira requisita informações sobre sua própria experiência. A segunda e terceira requerem informações sobre dois pacientes adultos (de clínica médica ou cirúrgica) que você teve contato. Diretivas para as duas últimas partes serão dadas antes de cada uma delas.

É esperado que você responda as questões tão completamente quanto possível. Embora algumas questões sejam de natureza altamente pessoal, elas são importantes. As suas respostas permanecerão anônimas para todo o grupo participante do "workshop", exceto para o seu professor.

A maioria das questões requer apenas respostas curtas ou checagem. Esteja certo(a) de ter lido as questões completa e cuidadosamente antes de respondê-las.

Por favor, **responda todas as questões.**

**Parte I**

1- Nome: \_\_\_\_\_

2 - Idade:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> menos de 21 anos | <input type="checkbox"/> 31 a 35 anos |
| <input type="checkbox"/> 21 a 25 anos     | <input type="checkbox"/> 36 ou mais   |
| <input type="checkbox"/> 26 a 30 anos     |                                       |

---

\* Adaptado de BLAYLOCK, J.N. Characteristics of patients whom nurses recall positively and negatively and negatively. In: Ward, M.J.; LINDEMANN, C.A. (Eds). Instruments for measuring practice and other health care variables Vol.1. U.S. Dept<sup>o</sup> of Health, Education and Welfare. Publication n<sup>o</sup> HRA - 78-54. Hyatisville, Maryland. 1979. p.533-542.

## 3 - Experiências em atividades de enfermagem:

como aluno(a), as previstas na graduação em enfermagem

como atendente, durante \_\_\_\_\_ anos/meses, \_\_\_\_\_  
(local)

como auxiliar de enfermagem, durante \_\_\_\_\_ anos/meses, \_\_\_\_\_  
(local)

como técnico de enfermagem, durante \_\_\_\_\_ anos/meses,  
\_\_\_\_\_  
(local)

como estagiário voluntário, durante \_\_\_\_\_ meses, \_\_\_\_\_  
(local)

outras(s), \_\_\_\_\_  
(qual)

## 4 - Há quantos anos frequenta o curso de graduação em enfermagem?

7|- 6                       5|- 4

6|- 5                       4|- 3

**Parte II**

É inevitável, ocasionalmente, entrarmos em contato com pessoas as quais reagimos negativamente. Não somos imunes à isto e algumas vezes reagimos negativamente a um dado paciente. Esta reação pode ser por exemplo, sob a forma de não gostar, irritar-se, ter repulsa, ter aversão emocional, não ter vontade de voltar a cuidar do(a) paciente no dia seguinte, evitar o(a) paciente, ter dificuldade de permanecer perto do(a) paciente, ficar contrariado, com raiva, repulsa física, tristeza, mágoa, dentre outros.

Pense até lembrar-se de um(a) paciente pelo(a) qual você experimentou uma reação física ou mental que foi negativa. Esteja certo(a) que se trate de um(a) paciente adulto, da Clínica médica ou cirúrgica. Após recordar-se, responda as questões seguintes **em relação a este(a) paciente**.

Por favor, **responda todos os itens**, se você não estiver seguro(a) da resposta, responda o que estiver mais próximo de sua crença. Assinale com **asterisco(\*)** estas questões.

1 - Há quanto tempo você esteve com este(a) paciente?

um mês ou menos

2 meses a um ano

há mais de um ano, \_\_\_\_\_

(quanto tempo)

2 - Qual era sua relação com este(a) paciente?

ele estava sob seus cuidados diretos

ele estava na clínica durante seu estágio de administração

ele estava na mesma enfermaria onde você era responsável por um dos pacientes

outra, \_\_\_\_\_

(qual)

3 - Idade deste(a) paciente:

15 - 19 anos

51 - 60 anos

20 - 30 anos

61 - 70 anos

31 - 40 anos

mais de 70 anos

41 - 50 anos

4 - Sexo do(a) paciente:

F

M

5 - Raça do(a) paciente:

Amarela

Mameluco ou Cafuzo

Branca

Mulata

Negra

Outra \_\_\_\_\_

6 - Em qual classe social você julga que o(a) paciente estava?

- |                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> indigente   | <input type="checkbox"/> média      |
| <input type="checkbox"/> baixa       | <input type="checkbox"/> média-alta |
| <input type="checkbox"/> média-baixa | <input type="checkbox"/> rica       |

Justifique sua resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 - Qual era o nível educacional deste(a) paciente?

- não possuía educação formal
- primário incompleto
- primário completo ou ginásio incompleto
- ginásio completo ou colegial incompleto
- colegial completo
- superior completo, com ou sem especialização
- pós-graduação (completa ou incompleta, nível mestrado ou doutorado)

8 - Qual era a profissão/ocupação do(a) paciente?

\_\_\_\_\_

9 - Qual era o diagnóstico médico do(a) paciente?

\_\_\_\_\_

10 - Como você classifica este distúrbio?

- | A   | B   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> agudo                            | <input type="checkbox"/> médica           |
| <input type="checkbox"/> crônico                          | <input type="checkbox"/> cirúrgica        |
| <input type="checkbox"/> Fase aguda de uma doença crônica | <input type="checkbox"/> médica-cirúrgica |



11 - Qual era a sintomatologia apresentada pelo(a) paciente?

---



---



---



---



---

12 - Ele(a) estava desfigurado(a) de algum modo?

- Membro amputado ( ) \_\_\_\_\_  
(qual)
- Lesões cancerígenas ( ) \_\_\_\_\_  
(onde)
- Anomalia congênita ( ) \_\_\_\_\_  
(descreva)
- visível \_\_\_\_\_
- Atrofia muscular severa ( ) \_\_\_\_\_  
(local)
- Injúria traumática ( ) \_\_\_\_\_  
(descreva)
- Erupções/Eczema/  
Pústulas ( ) \_\_\_\_\_  
(local)
- Parasitose visível ( ) \_\_\_\_\_  
(miíase, escabiose,  
elefantíase, pediculose,  
entre outros) (local)
- Úlceras de decúbito ( ) \_\_\_\_\_  
(local)
- Outras, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13 - O(A) paciente estava em fase terminal de qualquer doença?

Sim ( )

Não ( )

Qual?

---

14 - Quais das palavras ou sentenças melhor descrevem este(a) paciente?

- A -

( ) extremamente atraente

( ) atraente

( ) aparência comum,

( ) não atraente

( ) repulsivo(a)

- B -

( ) extremamente obeso(a)

( ) obeso(a)

( ) peso um pouco acima do ideal

( ) peso ideal para a idade e estrutura física

( ) magro(a)

( ) muito magro(a)

- C -

( ) extrovertido (a)

( ) nem extrovertido(a) nem introvertido(a)

( ) introvertido(a)

15 - O que havia no(a) paciente que fez você reagir negativamente?

( ) características físicas, não associadas com a doença

( ) sintomas físicos

( ) traços de personalidade

( ) hábitos higiênicos

( ) Outros

Após assinalar um ou mais tens, você pode descrevê-los?

---

---

---

16 - A seguir há uma lista de características e comportamentos de pacientes:

- a) assinale aqueles que você recorda serem próprios do(a) paciente ao qual você reagiu negativamente,
- b) grife os comportamentos/características que você crê terem contribuído para o desenvolvimento da reação negativa.

- Era desleixado(a)
- Estava desarrumado(a)
- Tinha higiene pessoal inadequada
- Tinha visitantes que criticavam os cuidados
- Tinha muitos visitantes
- Requeria cuidados intensivos
- Requeria muito tempo para cuidados
- Recusava aderir a dieta
- Não seguia as normas do hospital
- Não aceitava a doença
- Não seguia instruções
- Era imaturo
- Era teimoso(a)
- Não fazia esforço para ajudar-se, embora tivesse capacidade para fazê-lo.
- Chamava o pessoal da enfermagem desnecessariamente
- Era egocentrista
- Não tinha senso de humor
- Era egoísta
- Era preocupado com suas funções corporais
- Expunha seu "eu"
- Fazia avanços inapropriados
- Fazia observações relacionadas a sexo para a enfermagem
- Usava linguagem abusiva

- Falava alto
- Estava sempre dizendo a você o que fazer
- Era exigente
- Fingia doenças ou sintomas
- Era pouco amigável
- Era muito quieto, pessimista
- Chorava frequentemente
- Era apático(a)
- Era retraído(a)
- Era nervoso(a)
- Era rude
- Tinha uma atitude superior
- Queria privilégios especiais
- Mandava em todos
- Reclamava da enfermagem para os médicos
- Não mostrava apreciação pelos esforços da enfermagem
- Usava linguagem de baixo calão
- Interferia com a rotina de enfermagem
- Queixava-se de cuidados inadequados
- Parecia requerer atenção apenas quando você estava ocupado(a)
- Tinha odor desagradável
- Era incontinente intestinal
- Vomitava muito
- Precisava ser aspirado(a)
- Era senil
- Era desorientado(a)
- Tinha demência
- Estava sempre se queixando

Outros, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Parte III

Esta parte do questionário se refere a um(a) paciente ao qual você reagiu positivamente. Dentre os pacientes adultos da Clínica Médica ou Cirúrgica que você teve contato, recorde aquele pelo qual você experimentou uma reação positiva. Pense sobre ele(a) e tente lembrar se você gostou de estar com ele, se você teve sentimentos de alegria e felicidade, prazer, satisfação, algo semelhante. Responda as questões seguintes em relação a este(a) paciente.

**Responda todos os itens**, caso você não tenha certeza da resposta, dê sua resposta mais aproximada, marcando estas questões com um **asterisco(\*)**.

1 - Há quanto tempo você esteve com este(a) paciente?

um mês ou menos

2 meses a um ano

há mais de um ano, \_\_\_\_\_

(quanto tempo)

2 - Qual era sua relação com este(a) paciente?

ele estava sob seus cuidados diretos

ele estava na clínica durante seu estágio de administração

ele estava na mesma enfermaria onde você era responsável por um dos pacientes

outra, \_\_\_\_\_

(qual)

3 - Idade deste(a) paciente:

15 - 19 anos

51 - 60 anos

20 - 30 anos

61 - 70 anos

31 - 40 anos

mais de 70 anos

41 - 50 anos

4 - Sexo do(a) paciente:

F

M



- 5 - Raça do(a) paciente:      ( ) Amarela  
   ( ) Branca  
   ( ) Negra

6 - Em qual classe social você julga que o(a) paciente estava?

- ( ) indigente                      ( ) média  
( ) baixa                            ( ) média-alta  
( ) média-baixa                  ( ) alta

Justifique sua resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 - Qual era o nível educacional deste(a) paciente?

- ( ) não possuía educação formal  
( ) primário incompleto  
( ) primário completo ou ginásio incompleto  
( ) ginásio completo ou colegial incompleto  
( ) colegial completo  
( ) superior completo, com ou sem especialização  
( ) pós-graduação (completa ou incompleta, nível mestrado ou doutorado)

8 - Qual era a profissão/ocupação do(a) paciente?

\_\_\_\_\_

9 - Qual era o diagnóstico médico do(a) paciente?

\_\_\_\_\_



- Parasitose visível ( ) \_\_\_\_\_  
 (miíase, escabiose, (local)  
 elefantíase, pediculose,  
 entre outros)
- Úlceras de decúbito ( ) \_\_\_\_\_  
 (local)
- Outras, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13 - O(A) paciente estava em fase terminal de qualquer doença?

Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

14 - Quais das palavras ou sentenças melhor descrevem este(a) paciente?

- A -

- ( ) Extremamente atraente  
 ( ) Atraente  
 ( ) Aparência comum  
 ( ) Não atraente  
 ( ) Repulsivo(a)

- B -

- ( ) Extremamente obeso(a)  
 ( ) Obeso(a)  
 ( ) Peso um pouco acima do ideal  
 ( ) Peso ideal para a idade e estrutura física  
 ( ) Magro(a)  
 ( ) Muito magro(a)

- C -

- ( ) Extrovertido(a)  
 ( ) Nem extrovertido(a) nem introvertido(a)  
 ( ) Introvertido(a)

15 - O que havia no(a) paciente que fez você reagir positivamente?

- Características físicas, não associadas com a doença
- Sintomas físicos
- Traços de personalidade
- Hábitos higiênicos
- Outros

Após assinalar um ou mais itens, você pode descrevê-los?

---

---

---

---

16 - A seguir há uma lista de características e comportamentos de pacientes:

- a) assinale aqueles que você recorda serem próprios do(a) paciente ao qual você reagiu positivamente,
- b) grife os comportamentos/características que você crê terem contribuído para o desenvolvimento da reação positiva.

- Era cuidadoso(a) com seus pertences
- Estava sempre arrumado(a)
- Tinha higiene pessoal satisfatória
- Tinha visitantes que elogiavam os cuidados
- Tinha muitos visitantes
- Requeria cuidados intensivos
- Requeria muito tempo para cuidados
- Recusava aderir a dieta
- Seguia as normas do hospital
- Aceitava a doença
- Seguia instruções
- Era imaturo(a)
- Era teimoso(a)
- Fazia esforço para ajudar-se, sempre que tivesse capacidade para fazê-lo.
- Chamava o pessoal da enfermagem somente quando necessário
- Era preocupado(a) com as outras pessoas

- ( ) Tinha sendo de humor
- ( ) Era egoísta
- ( ) Era preocupado com suas funções corporais
- ( ) Expunha seu "eu"
- ( ) Fazia avanços inapropriados
- ( ) Fazia observações relacionadas a sexo para a enfermagem
- ( ) Usava linguagem abusiva
- ( ) Falava alto
- ( ) Estava sempre dizendo a você o que fazer
- ( ) Era exigente
- ( ) Fingia doenças ou sintomas
- ( ) Era amigável
- ( ) Sorria freqüentemente
- ( ) Era muito quieto, pessimista
- ( ) Chorava freqüentemente
- ( ) Era apático(a)
- ( ) Era retraído(a)
- ( ) Era nervoso(a)
- ( ) Era polido(a)
- ( ) Tinha uma atitude submissa
- ( ) Queria privilégios especiais
- ( ) Mandava em todos
- ( ) Reclamava da enfermagem para os médicos
- ( ) Não mostrava apreciação pelos esforços da enfermagem
- ( ) Usava linguagem de baixo calão
- ( ) Interferia com a rotina de enfermagem
- ( ) Queixava-se de cuidados inadequados
- ( ) Parecia requerer atenção apenas quando você estava ocupado(a)
- ( ) Tinha odor desagradável
- ( ) Era incontinente intestinal
- ( ) Vomitava muito
- ( ) Precisava ser aspirado(a)
- ( ) Era senil
- ( ) Era desorientado(a)



Tinha demência

Estava sempre se queixando

Outros, \_\_\_\_\_

---

**ANEXO III**  
**AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE\* (Forma I)**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )  
Idade : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Considerando a semana passada, assinale com um X, para cada ítem, o retângulo que corresponde às suas sensações.**

Considerando a última semana	Nenhum a parte do tempo	Alguma parte do tempo	Boa parte do tempo	A maior parte do tempo
01. Eu me senti mais nervosa e ansiosa que o usual.				
02. Eu senti medo sem razão por tudo.				
03. Eu fiquei descontrolada ou senti pânico facilmente.				
04. Eu senti como se eu estivesse caindo e partindo em pedaços.				
05. Eu senti que tudo estava bem e nada de mau aconteceria.				
06. Minhas pernas e braços enfraqueceram e tremeram.				
07. Eu tive dores de cabeça, pescoço e costas.				
08. Eu me senti fraca e cansada facilmente.				
09. Eu me senti calma e que podia ainda permanecer em atividade facilmente.				
10. Eu pude sentir meu coração batendo depressa.				
11. Eu tive episódio de tonturas.				
12. Eu tive episódio de desmaio ou senti como se fosse desmaiar.				
13. Eu pude inspirar e expirar facilmente.				
14. Eu tive sensação de formigamento e adormecimento nos meus dedos das mãos e dedos dos pés.				
15. Eu tive dores de estômago ou indigestão.				
16. Eu tive que esvaziar a bexiga frequentemente.				
17. Minhas mãos estavam usualmente secas e quentes.				
18. Meu rosto ficava quente e vermelho.				
19. Eu adormecia facilmente e tinha sono contínuo.				
20. Eu tive pesadelos.				

\* Adaptado de ZUNG, W.K. The self - rating anxiety scale ( SAS ). In: WARD, M.J.; LINDEMANN, C.A. (Eds.) Instruments for measuring nursing practice and other health care variables. vol. I. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare. Publication nº H.R.A. 78 -53. Hyattsville. Maryland, 1979. p.196 - 199.

## ANEXO IV

## AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL\*

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico  
 Médico: " \_\_\_\_\_"

## I - NÍVEL DE MOBILIDADE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Movimenta-se fora do quarto | <input type="checkbox"/> com ajuda-apoio      |
|  | <input type="checkbox"/> com auto-suficiência |
|  | <input type="checkbox"/> em cadeira de rodas  |
| <input type="checkbox"/> Movimenta-se no quarto      | <input type="checkbox"/> na maca              |
|  | <input type="checkbox"/> com ajuda-apoio      |
|  | <input type="checkbox"/> com auto-suficiência |
|  | <input type="checkbox"/> em cadeira de rodas  |
| <input type="checkbox"/> Restrito ao leito           | <input type="checkbox"/> na maca              |

Obs.: \_\_\_\_\_

## II - DEAMBULAÇÃO

- Deambula  
 Não deambula  
 Restrito ao leito/cadeira  
 Restrito ao leito

Obs.: \_\_\_\_\_

\* Adaptado de DENSEN, P.M.; DANEHY, L.; FLAGLE, C.D.; KATZ, S. Functioning status assessment form. In: WARD, M.J.; LINDERMAN, C.A. (Eds). Instruments for measuring nursing practice and other health care variables. Vol.1 U.S. Dept. of Health, Education and Welfare. Publication nº 78 - 54. Hyattsville, Maryland. 1979 p.419-421

**III - BANHO**

- Toma Banho sozinho  
 Precisa de outra pessoa para banhá-lo

Obs.: \_\_\_\_\_

**IV - TOALETE**

- Usa o toalete de dia e à noite  
 Usa o toalete, comadre/papagaio  
 Não usa o toalete

Obs.: \_\_\_\_\_

**V- FUNÇÃO INTESTINAL**

- Contigente  
 Incontigente às vezes  
 Incontigente todas as vezes  
 Ostomizado ou qualquer outro problema

Obs.: \_\_\_\_\_

(descrever o problema)

**VI - FUNÇÃO URINÁRIA**

- Contigente  
 Incontigente às vezes  
 Incontigente todas às vezes  
 Com sonda vesical de demora  
 Ostomizado ou qualquer outro problema

Obs.: \_\_\_\_\_

(descrever o problema)

**VII - VESTIMENTA**

- Veste-se sozinho  
 É vestido por outra pessoa  
 Não é vestido

Obs.: \_\_\_\_\_

**VIII - TRANSPORTE**

- Transporta-se sozinho
- É transportado por outros
- Não é transportado - restrito ao leito ou cadeira

Obs.: \_\_\_\_\_

**IX - ALIMENTAÇÃO**

- Alimenta-se sozinho
- É ajudado a alimentar-se
- Está com sonda nasogástrica/nasoentérica/cateter parenteral

Obs.: \_\_\_\_\_

**X - PADRÃO DE COMPORTAMENTO**

- Adequado (para idade e estágio de desenvolvimento)
- Inadequado algumas vezes
- Inadequado

Obs.: \_\_\_\_\_

(descreva os comportamentos inadequados)

**XI - COMUNICAÇÃO DAS NECESSIDADES**

- Comunica-se na língua portuguesa
- Comunica-se verbalmente: oralmente/por escrito
- Barreiras de linguagem
- Comunica-se apenas não verbalmente
- Não se comunica

Obs.: \_\_\_\_\_



**XII - ORIENTAÇÃO - tempo, espaço, pessoa**

	Orientando	Desorientado algumas vezes	Desorientado
Tempo	( )	( )	( )
Espaço	( )	( )	( )
Pessoa	( )	( )	( )

Obs.: \_\_\_\_\_

Temperatura : \_\_\_\_\_

Pulso : \_\_\_\_\_

Pressão arterial : \_\_\_\_\_

Respiração : \_\_\_\_\_

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

**ANEXO V**  
**INVENTÁRIO DO BEM ESTAR DO PACIENTE (ESTADO EMOCIONAL)\***

Ao aplicar este instrumento, certifique-se que o paciente está familiarizado com os termos nele utilizado. Caso contrário, substitua-os por sinônimos. Verbalize cada sensação e repita a graduação para cada uma delas, sucessivamente, até o final.

Sensações	Graduação				
	Nada	Um pouco	Médio	Muito	Extremamente
Confortável					
Contente					
Preocupado					
Duvidoso					
Aliviado					
Cansado					
Deprimido					
Satisfeito					
Tenso					
Aborrecido (desgostoso)					
Confiante					
Relaxado					
Frustrado (decepcionado)					
Inquieto					
Esperançoso					
Amedrontado					
Disposto					
Infeliz					
Pacífico					
Encorajado					

Como está seu estado de espírito  
(Peça ao paciente para dar uma nota de 1 a 5)

(01)	(02)	(03)	(04)	(05)

\* Adaptado de WOLFER, J.A.; EISLER, J.; DIERS, D. Patient Welfare Inventory. In: WARD, M.J.; LINDEMANN, C.A. (Eds). Instruments for measuring nursing practice and other health care variables. Vol. 1. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Publication n.HRA - 78-53. Hyattsville. Maryland. 1979. p.308-309.

**ANEXO VI**  
**AUTO - AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE\* (Forma II)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Considerando a atividade que você acabou de realizar, assinale com um X, para cada item, o retângulo que corresponde as suas sensações, antes, durante e no final da atividade

Considerando a atividade que acabo de realizar	Antes	Durante	No final
01. Eu me senti mais nervosa e ansiosa que o usual.			
02. Eu senti medo sem razão por tudo.			
03. Eu fiquei descontrolada ou senti pânico facilmente			
04. Eu senti como se eu estivesse caindo e partindo em pedaços			
05. Eu senti que tudo estava bem e nada de mau aconteceria			
06. Minhas pernas e braços enfraqueceram e tremeram			
07. Eu tive dores de cabeça, pescoço e costas			
08. Eu me senti fraca e cansada facilmente			
09. Eu me senti calma e que podia ainda permanecer em atividade facilmente.			
10. Eu pude sentir meu coração batendo depressa			
11. Eu tive episódios de tonturas			
12. Eu tive episódios de desmaio ou senti como se fosse desmaiar			
13. Eu pude inspirar e expirar facilmente.			
14. Eu tive sensação de formigamento e adormecimento no meus dedos das mãos e dedos dos pés			
15. Eu tive dores de estômago ou indigestão			
16. Eu tive que esvaziar a bexiga frequentemente			
17. Minhas mãos estavam usualmente secas e quentes.			
18. Meu rosto ficava quente e vermelho			

\* Adaptado de ZUNG, W.K. The self - rating anxiety scale ( SAS ). In: WARD, M.J.; LINDEMANN, C.A. (Eds.) Instruments for measuring nursing practice and ather health care variables. vol.1. U.S. Dept. of Health. Education and Welfare. Publication n° H.R.A. 78 - 53. Hyattsville. Maryland, 1979 p.196 - 199.

**ANEXO VII**  
**OPINIÃO SOBRE AÇÕES DE ENFERMAGEM \***

Você estará diante de 16 ações que comumente são empreendidas pelo pessoal da enfermagem. Sua primeira tarefa é dividi-la em 3 grupos, segundo sua opinião pessoal, de acordo com o grau de importância e adequabilidade que você atribui a cada uma delas.

Não importa a ordem de numeração de cada grupo. Você pode colocar quantas ações quiser, desde que nenhuma delas conste de mais de um grupo.

**Grupo 1:** Atos mais importantes, mais desejáveis e muito bons.

Ações de número: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**Grupo 2:** Atos importantes, desejáveis e bons.

Ações de número: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**Grupo 3:** Atos sem importância, indesejáveis e questionáveis.

Ações de número: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

---

\* Adaptado de WALKER, L. Importance of nursing action questionnaire. In: WARD, M.J.; LINDERMAN, C.A.(Eds). Instruments for measuring practice and other health care variable. vol. 1 V.S. Dept. of Health, Education and Welfare. Publication n° H.R.A. 78-53. Hyattsville, Maryland, 1979, p.599-602.



Leia atentamente estas descrições de atos.

**Nº 01-** Fazer coisas pelo paciente, que ele poderia fazer por si mesmo, de modo que ele não tenha que se adaptar à maiores mudanças do que o necessário, enquanto ele está doente.

**Nº 02-** Confortar o paciente, estar com, ouvi-lo, mostrar interesse, explicar coisas.

**Nº 03-** Ser amigável e próximo: procurar o bem estar do paciente, fazer pequenos favores, respeitar idiossincrasias.

**Nº 04-** Respeitar a liberdade pessoal do paciente e seus direitos humanos, quando presta cuidados de enfermagem: o paciente é encorajado a expressar escolhas pessoais e preferências.

**Nº 05-** Enfocar rotinas hospitalares e prontamente executar ordens médicas: agir no interesse da segurança do paciente e proteção de agressões ambientais.

**Nº 06-** Proteger o bem estar do paciente, restringindo sua tomada de decisão e limitando suas atividades, visitas, leitura, ouvir rádio, ver TV.

**Nº 07-** Recompensar comportamentos adequados do paciente e manifestar desaprovação pelos comportamentos indesejáveis do paciente. Ajudar o paciente a aprender a ser paciente.

**Nº 08-** Utilizar julgamento profissional para avaliar a capacidade e competência do paciente para o autocuidado: encorajar a auto confiança e esperança.

**Nº 09-** Manifestar interesse e energia quando der cuidado de enfermagem: falar sobre coisas de interesse do paciente. Não queixar-se para o paciente.

**Nº 10-** Expressar solicitude e observar precauções sem produzir no paciente medo e ansiedade. (Isolamento, pré-operatório, oxigênio ou outro equipamento especial).

**Nº 11-** Prestar atenção ao paciente e fazê-lo sentir-se bem cuidado, falar ou dar outra resposta de reconhecimento ao entrar no quarto do paciente.



Nº 12- Promover uma atitude agradável, esperançosa e otimista de maneira profissional. Ser calmo e confiante em situações difíceis evitando perturbar o paciente.

Nº 13- Organizar suas próprias atividades de modo a priorizar a avaliação das necessidades mais importantes do paciente.

Nº 14- Ser habilidoso no ensino do paciente encorajá-lo a assumir responsabilidade por suas próprias práticas de saúde. Fortalecer auto-realização e auto-conceito.

Nº 15- Fixar um nível razoável de empreendimento no trabalho para si: observar padrões profissionais e a política de enfermagem na instituição.

Nº 16- Levar em conta críticas e reclamações do paciente (comunicando-as e registrando-as). O paciente está informando como a ação foi desenvolvida pelo enfermeiro.

**Agora preencha cada lacuna, de acordo com o que se pede, (segundo sua opinião pessoal).**

- O ato mais desejável [ ]
- Os próximos dois atos mais desejáveis [ ][ ]
- Os próximos dois atos mais desejáveis, a seguir [ ][ ]
- Os próximos três atos mais desejáveis [ ][ ][ ]
- Os próximos três atos mais desejáveis [ ][ ][ ]
- Os próximos dois atos mais desejáveis [ ][ ]
- Os dois atos menos desejáveis [ ][ ]
- O ato menos desejável [ ]

## ANEXO VIII

### O MODELO DE DARLE FORREST

Comunicação é uma palavra de caráter abstrato e se refere a um processo de natureza complexa e multidisciplinar, sendo assim, é muito difícil defini-la operacionalmente (LITTLEJOHN, 1982). As definições existentes exploram aspectos de interesse de estudo específico. Adotaremos a ótica de BARNLUND (1968) que define a comunicação interpessoal como uma interação concentrada, entre duas pessoas em situações sociais relativamente informais, através da permuta recíproca de pistas verbais e não verbais. Tal interação é determinada pelas necessidades de relacionamento dos comunicadores, grau de atração entre eles, percepções mútuas, onde ambos se auto-apresentam de modo a manobrar impressões, revelando aspectos do seu eu.

Uma das metas primárias da comunicação, segundo a abordagem humanista, é desenvolver a compreensão entre os comunicadores.

Os humanistas (cujos principais representantes entre os estudiosos da comunicação são Josef Luft, Carl Rogers, Sidney Jourard e Eric Berne) tentaram desenvolver prescrições para melhorar a comunicação, aperfeiçoando a revelação e a compreensão entre as pessoas (LITTLEJOHN, 1982). Colocam como pontos importantes nesse processo a aceitação, a confiança e o conflito. Os comunicadores devem ser mutuamente percebidos como dignos de confiança ou consistentemente confiáveis, expressando sem ambiguidade seus distintos eus, mantendo suas identidades separadas. Devem ainda possuir atitudes positivas de afeto ou solicitude um pelo outro, mantendo-se a tentativa deliberada de compreensão mútua (empatia), num clima de aceitação, livre de avaliação, adotando uma postura de flexibilidade para permitir e para reconhecer a mudança do outro. Como pode se ver, nesse caso, é exigido dos comunicadores algumas habilidades.

Habilidade se refere à aptidão, capacidade, destreza. Para TRAVELBEE (1966) seriam estas as habilidades gerais necessárias aos indivíduos para comunicarem-se:

- capacidade para ler, compreender, interpretar corretamente o que é lido e aplicar o conhecimento adquirido através da leitura;
- aptidão para se expressar pela escrita, através do uso correto da gramática e ortografia;
- capacidade para se expressar oralmente, falar com clareza, concisamente, usar vocabulário apropriado, falar com os outros em seus níveis de compreensão e não para ou sobre os outros;

- destreza para ouvir, escutar e interpretar;

Somam-se a estas as habilidades de comunicação específicas, que segundo a mesma autora seriam:

- aptidão para observar e interpretar observações;
- capacidade para dirigir ou guiar a interação de modo a atingir as metas;
- habilidade para averiguar se a comunicação está permitindo a compreensão que se necessita transmitir;
- destreza para reconhecer o momento de falar e ficar em silêncio;
- capacidade para esperar;
- habilidade para avaliar a participação na interação.

WESTABY (1983) menciona as habilidades de:

- auto-conceito;
- saber ouvir;
- ter clareza de expressão;
- conhecer seus mecanismos de lutas;
- auto-descoberta;

Existe ainda outro tipo de grupamento, utilizado por MORSE, PELAND (1979), que não se orienta pelos pressupostos humanistas da comunicação interpessoal:

- habilidade de aconselhamento;
- persuasão;
- instrução;
- troca de informação de rotina;
- falar em público;
- comunicação em pequeno grupo;
- dar ordens, ouvir, administrar comportamentos comunicativos de conflito.

Para facilitar o processo de comunicação interpessoal e desenvolver as habilidades necessárias ao mesmo, dispõe-se de métodos específicos, que são denominados técnicas de comunicação.

O modelo de FORREST (1983) foi desenvolvido especialmente para o estudo do uso de técnicas de comunicação terapêuticas por alunos de pós-graduação em enfermagem, que estavam cursando a disciplina de Comunicação em Enfermagem. Este modelo focaliza a ajuda para auto-exploração, já foi aplicado em estudos em nosso meio.

Contempla duas categorias de comportamentos: os que facilitam e os que bloqueiam a comunicação, conforme descritos a seguir.



### - Facilitando comportamentos verbais

1 - Declarações amplas ou questões de abertura que permitam ao paciente direcionar o foco da conversação. Exemplo:

Enfermeiro: " - Você talvez tenha perguntas para me fazer" ou "Por onde você gostaria de começar?"

2 - Encorajamento para o paciente continuar, indicando interesse e compreensão do que o mesmo está dizendo. Exemplo:

Atendente: " - Continue" ou "Uh-uh".

3 - Refletindo: todas ou parte das declarações do paciente é repetido ou ligeiramente reformulado para encorajar a continuação. Exemplo:

Paciente: " - Não sei como me sinto".

Enfermeiro: " - Você não está certo de como se sente?"

4 - Dividindo as observações: verbalizando as percepções com o paciente, que podem focalizar-se no seu estado físico ou emocional, e podem convidar o paciente a verificar, corrigir ou elaborar sobre a observação do enfermeiro. Exemplo:

Enfermeiro: " - Eu notei que você se retrai quando eu menciono que irá para casa de alta".

5 - Reconhecendo os sentimentos do paciente e como ele se sente independente se o enfermeiro sente ou pensa do mesmo modo. Encoraja o paciente a continuar expressando sentimentos, sem demonstrar julgamento sobre eles. Exemplo:

Enfermeiro: " - Você sente que seu médico não liga para você?" ou

Paciente: " - Muita gente morre, quando faz cirurgia?"

Auxiliar: " - Não. Você acha que fazer cirurgia é perigoso?"

6 - Reconhecendo a presença do paciente. Exemplo:

Enfermeiro: " - Bom dia, Sr. Antonio": ou

Auxiliar: " - Até logo."

7 - Dando informação, respondendo às perguntas, diminuindo ansiedades, apresentando fatos que o paciente quer ou precisa saber. Estabelecendo a verdade. Exemplo:

Auxiliar: " - Sua ferida está cicatrizando bem".

8 - Clarificando: deixando mais claro o significa-do ou requerendo do paciente que clarifique o significado; previne ambiguidades ou mal entendidos e motiva o paciente a continuar. Exemplo:

Atendente: " - Você quer dizer..."

Enfermeiro: " - Alguém na família tem diabete, açúcar no sangue?"

Médico: " - Quando foi sua última menstruação?"

Paciente: " - O que?"

Médico: " - Sua última menstruação, quando foi".

9 - Verbalizando pensamentos subentendidos e sentimentos; expressando o que o paciente está insinuando ou sugerindo, em lugar do que tem sido dito. Ajuda o paciente a tornar-se mais ciente dos pensamentos e sentimentos e auxilia o profissional a verificar impressões.

Exemplo:

Enfermeiro: " - Parece que você não está decidido sobre a operação".

#### **- Bloqueando comportamentos verbais**

1 - Tranquilizando com clichê ou comentários estereotipados; comentários comuns, dados automaticamente, que tendem a mostrar ao paciente o desinteresse do profissional ou a falta de compreensão ou a própria ansiedade.

Atendente: " - Tudo estará bem", "vai dar tudo certo"; "Um pouco mais de paciência"; "Calma, calma".

2 - Aconselhamento - passando por cima de decisão tomada pelo paciente por imposição das próprias opiniões e soluções, ao invés de auxiliar a paciente a explorar, chegando à conclusões. Exemplo:

Auxiliar: " - Você deveria ficar mais tempo fora do leito".



3 - Aprovando ou concordando: comentários e opiniões que focalizam os valores e sentimentos dos profissionais, impostos sobre a livre expressão da paciente. Exemplo:

Enfermeiro: " - É bom para você ficar fora da cama".

4 - Pedindo uma explicação - perguntando ao paciente, para imediatamente avaliar, e explicar sentimentos ou ações, com frequência envolve "por quê" em questões que podem intimidar o paciente. Exemplo:

Enfermeiro: " - Por quê você está agindo assim?"

5 - Desaprovando - discordando - julgamento negativo colocado nas ações, pensamentos ou sentimentos do paciente, introduzindo valores do enfermeiro que podem intimidar o paciente, promovendo conformidade, para a aprovação do profissional. Exemplo:

Enfermeiro: " - não é bom para você se preocupar sobre isso!"

6 - Depreciando: indicando que as experiências do paciente não são únicas ou importantes, transferindo para um foco distante do paciente. Exemplo:

Auxiliar: " - Esta cirurgia não é nada comparada a uma cirurgia maior, você tem sorte".

7 - Defendendo - protegendo ou apresentando desculpas em vez de permitir que o paciente expresse suas próprias opiniões e sentimentos. Exemplo:

Atendente: " - Este hospital tem boa reputação!"

8 - Mudando o assunto - introduzindo um novo tópico não relacionado, tomando a liderança da conversação do paciente, que não pode fazer qualquer tentativa para que suas necessidades sejam conhecidas. Exemplo:

Paciente: " - Estou cansado esta manhã".

Enfermeiro: " - Está um dia adorável".

9 - Fechando o questionamento - focalizando as questões no sim ou não, as quais podem limitar as respostas do paciente e sugerir a procura do profissional por uma resposta específica. Exemplo:

Enfermeiro: " - Você comeu tudo que estava na sua bandeja?"

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BARNLUND, D. (Org.) *Interpersonal communication: survey and studies*. Boston, Houghton Mifflin, 1968.
- FORREST, D. Analysis of nurses verbal communication with patients. Nurs. Pap., v. 15, n. 3, p. 48-57, 1983.
- MORSE, B.W.; PELAND, R.N. (1979). An assessment of communication competencies needed by intermediate level health care providers: a study of nurse-patient, nurse-doctor, nurse-nurse relationships. International Communication Association. Philadelphia, P.A.
- LITTLEJOHN, S.W. Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana. (Trad. Álvaro Cabral). Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1982, 407 p.
- TRAVELBEE, J. (1966) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia, Davis.
- WESTABY, S.R. (1983). Communication and the occupational health nurse. Occupational Health Nursing, 22-25, Dec.

## ANEXO IX

### OBSERVAÇÃO, REGISTRO E MENSURAÇÃO DO COMPORTAMENTO HUMANO

#### Resumo

Este texto trata do conceito de observação, seus vários tipos, as especificidades inerentes à observação do comportamento humano, tais como a reatividade do observado, as técnicas de registro e a questão da concordância entre os observados. Com base nele espera-se que o leitor tenha condições de refletir sobre sua prática como observador.

#### *I - INTRODUÇÃO*

Observar é aplicar atenção a um fenômeno, apreendê-lo e retratá-lo tal como se manifesta. É um processo mental que chega até o cérebro por intermédio dos sentidos: **visão, audição, olfato, paladar e tato**. Estão relacionadas à observação à capacidade de percepção e o conhecimento prévio a cerca do fenômeno observado (PAIM, 1986).

A observação pode ser formal ou informal, direta ou indireta, contínua ou descontínua, com instrumentos ou sem eles.

*Observação formal:* é aquela sistematizada, planejada, onde o fenômeno que se busca observar é pré-determinado, ou então o observador deliberadamente se coloca em atitude de atenção, na busca de fenômenos significativos.

*Observação informal:* é aquela não intencional, não planejada. O fenômeno chama a atenção do observador, que não estava propondo, a priori, a buscá-lo.

*Observação direta:* o observador presencia o fenômeno no momento em que o mesmo se dá.

*Observação indireta:* o observador não está presente no momento em que se deu o fenômeno. Toma conhecimento do mesmo através do relato verbal (oral ou escrito) de outra pessoa, registros de gravação em áudio, vídeo, representação gráfica, ou algo semelhante.



*Observação com instrumental:* é aquela que se utiliza de instrumentos potencialmente dos sentidos humanos, tais como: estetoscópio, oftalmoscópio, termômetro, microscópio, telescópio, sonar, ou que tornam mais evidentes o fenômeno para nossa percepção, tais como: o eletroencefalograma, eletrocardiograma, ultrassom, sismógrafo, dentre outros.

*Observação sem instrumental:* é aquela onde nos valem de nossos órgãos dos sentidos, "in natura", com a capacidade inerente de cada um.

A separação aqui apresentada é apenas didática, cada um destes tipos pode se misturar, suceder, alternar e assim por diante.

Vamos tratar daqui por diante da observação de um fenômeno em especial: o comportamento humano.

## **II - OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO HUMANO**

É sabido que a observação provoca efeitos nos indivíduos observados. SAMPH (1976), assim resume tais reações:

- uma pessoa pode fazer, sob observação, o que ela usualmente não faz, fora de observação;

- uma pessoa pode não fazer, sob observação, o que ela pode fazer, sem estar sendo observada.

Este autor alerta também que uma pessoa não faz o ela não sabe fazer.

Para minimizar a reatividade do observado, são indicados alguns cuidados da parte do observador. FAGUNDES (1985), sugere que o observador deva procurar ambientar-se a situação e permitir que o sujeito se acostume com sua presença. Deve permanecer a uma distância razoável do observado, que permita a visualização adequada dos comportamentos que se deseja observar, mantendo-se numa atitude discreta, procurando não demonstrar ostensivamente que está a observar, mostrando-se indiferente aos fenômenos, não interferindo na situação, a menos que tal interferência seja o próprio objeto de estudo.

O cumprimento destas diretivas não elimina os efeitos da observação, repetimos, apenas os suaviza. Apesar disto, não devemos descartar a observação direta como procedimento de coleta de dados. Os problemas ocorrem, segundo SAMPH (1976), quando tais efeitos são ignorados. Assim, vale a pena reforçar:

- quanto mais o observador é discrepante do ambiente, a reatividade do observado aumenta;

- o acesso sensorial do observador no observado facilita a percepção dos fenômenos;
- quanto mais próximo o observador se coloca do observado, maior é a reatividade deste último.

#### - *Técnicas de registro*

Registro é o relato ou descrição de algo. Pode ser feito de várias maneiras, considerando-se a duração e os instrumentos utilizados. FAGUNDES (1985), aponta os seguintes tipos:

- **registro cursivo - descrição** do que acontece com o sujeito que observamos na sequência em que os fatos ocorrem, utilizando-se exclusivamente de linguagem científica;

- **registro de evento** - relato da *freqüência* da ocorrência de um ou mais comportamentos pré-determinados (descrito e definido) em um dado período de tempo (exemplo: freqüência de episódios de fala em 40 minutos de observação);

- **registro de duração** - relato da *duração* de comportamentos pré-determinados (definidos e descritos) em um dado período de tempo (exemplo: duração dos períodos de fala em 40 minutos de observação);

- **registro a intervalos** - relato da ocorrência ou não de um comportamento pré-determinado, em intervalos regulares, durante um dado período de tempo (exemplo: número de episódios de fala em cada 15 minutos, durante 60 minutos de observação - trata-se da distribuição temporal do comportamento no período de observação);

- **registro de amostragem por tempo** - relato da ocorrência ou não de eventos ao término de intervalos de tempo (exemplo: ocorrência ou não de episódios de fala no 15°, 30°, 45° e 60° minutos de observação);

#### - **Técnicas mistas**

- a) **registro cursivo minuto a minuto**: descrição dos comportamentos observados a intervalos regulares;

- b) **registro de eventos por minuto ou fração de minuto**: relato da ocorrência ou não de eventos a intervalos regulares.

Lembre-se: o registro cursivo **narra** os fatos observados, as demais técnicas **quantificam** os fatos.



### - Instrumentos de registro de comportamentos

Existem vários instrumentos de registro de comportamentos. Podemos citar o lápis e a folha de papel, os registradores mecânicos (contadores de eventos, acionados manualmente), os registradores eletromecânicos (contadores de eventos que registram também a duração dos eventos e sua distribuição temporal, acionados manualmente), registradores eletrônicos (computadores - que além de proceder o registro na forma dos registradores eletromecânicos, já apresentam os dados analisados - câmeras filmadoras, gravadores, câmeras fotográficas).

A reatividade dos observados, frente aos diferentes instrumentos de registro se dá na medida da ostensividade em que o equipamento é colocado no campo perceptual do observado. No estudo de SMITH; PHAIL, PICKENS (1975), foi comparada a reatividade a observação sistemática com filmadora e com papel e lápis. Encontraram que a reatividade não dependia do instrumental utilizado para registro e sim da proximidade física entre observador/observado.

### - Índices de concordância

Quando se trata de observar comportamento em investigações científicas, onde as observações serão realizadas por mais de um elemento, concomitantemente ou não, devemos nos preocupar com a concordância entre os observadores.

A concordância neste caso, será a igualdade de sensibilidade para identificar um comportamento, diferenciando-o dos demais, no momento em que este se apresenta, BATISTA; MATOS (1984) desenvolveram uma série de índices para o cálculo do grau de concordância entre observadores. São pertinentes neste momento:

$$I_1 = \frac{n}{N}$$

$$I_3 = \frac{A}{A + D}$$

onde:

I = índice

- n** = menor número de eventos observados  
**N** = maior número de eventos observados  
**A** = acordos (igualdades)  
**D** = desacordos (desigualdades)

É considerado aceitável um nível de concordância maior ou igual a 85%, porém, dependendo do fenômeno em questão, dificilmente os observadores conseguem superar o nível de 80%.

### **III - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os assuntos de cada tópico foram abordados neste momento de maneira introdutória. As reflexões e o aprofundamento dos questionamentos em cada tópico deverão ser alcançados na discussão em sala de aula.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BATISTA, C.G.; MATOS, M.A. O acordo entre observadores em situação de registro cursivo: definição e medidas. Psicologia, v. 3, n. 10, p. 57-69, 1984.
- FAGUNDES, A.J. da F.M. Coleção observação de comportamento. v. I, II e III, São Paulo, Edicon, 1985. 115p.
- PAIM, R. Metodologia Científica em Enfermagem. Rio de Janeiro, Ed. Espaço e Tempo, p.144-150, 1986.
- SAMPH, T. Observer Effects on Teacher Verbal Classroom Behavior. Journal of Educational Psychology, v. 68, n. 6, p. 736-741, 1976.
- SMITH, R.L.; PHAIL, C.M.C.; PICKENS, R.G. Reactivity to Systematic Observation with Film: a Field Experiment. Sociometry, v. 38, n. 4, p. 536-550, 1975.

CONSULTA LOCAL

R818747/98 CONSULTA LOCAL		
Reg.	UFC/BC DAL/SC	Chamada
<del>1135/95</del>		TESE 302 B12 c 1994
Autor	Bachion, Maria Mária	
Título	Comunicação interpessoal: ensino de...	
Devolver em	Nome do Leitor e N.º Matrícula	
08		

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA CENTRAL  
DAL/SC

Autor Bachion, Maria Mária.....  
Título Comunicação interpessoal: ensino de algumas habilidades desejadas.  
Nº de Registro 1135/95 R 818747/98  
Nº de Chamada... TESE.....  
302  
B12 c  
Mod. UFC/BC-8 1994

CONSULTA LOCAL