

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O PACIENTE CIRÚRGICO E SUAS
EXPECTATIVAS DE COMUNICAÇÃO
COM A ENFERMEIRA

MARTHA DE CAMPOS CARDOSO SALVARANI

RIBEIRÃO PRETO

1991

338717
DT0000180534

TESE
610.4367Y
S 182P
1991

Dissertação de Mestrado
apresentada à Área
Fundamental, vinculada à
Linha de Pesquisa Comunicação
em Enfermagem do Programa de
Pós-Graduação da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de
mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA : Profa. Dra. ISABEL AMÉLIA COSTA MENDES
PROFESSORA TITULAR JUNTO AO DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO,
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

A dissertação ora apresentada está inserida num programa de pesquisa sebvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), projeto : A CENTRALIDADE DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM, coordenado pela Profa. Dra. ISABEL AMÉLIA COSTA MENDES.

Ao meu querido CÁRMINE e a meus pais, WALTER DA SILVA CARDOSO
e LÉIA AUGUSTA DE CAMPOS CARDOSO, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

- a Profa. Dra. Isabel Amélia Costa Mendes, pela confiança depositada durante a elaboração do trabalho.

- ao Prof. Dr. José Augusto Dela Coleta, pela orientação paciente e cuidadosa.

- a Profa. Dra. Maria Auxiliadora Trevizan, pela orientação e incentivo.

- as amigas Tânia Couto Machado Chianca e Rosalina Aparecida Rodrigues pelo carinho e atenção dispensados durante as fases mais difíceis do trabalho.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	08
.Objetivos.....	20
2 - METODOLOGIA.....	21
2 . 1 - População.....	22
2 . 2 - Amostra.....	24
2 . 3 - A Pergunta.....	25
2 . 4 - A técnica utilizada.....	28
2 . 5 - Procedimento.....	32
2 . 6 - Estudo-Piloto.....	33
2 . 7 - Estudo Original.....	36
2 . 8 - Tratamento dos Dados.....	38
3 - RESULTADOS.....	42
4 - DISCUSSÃO.....	70
5 - CONCLUSÕES.....	76
6 - APRECIACÕES FINAIS.....	81
7 - RESUMO/SUMMARY.....	84
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

O PACIENTE CIRÚRGICO E SUAS EXPECTATIVAS DE COMUNICAÇÃO COM A ENFERMEIRA

Estamos às portas do século XXI e a comunicação continua sendo uma das maiores fontes geradoras de controvérsias entre os seres humanos.

A comunicação, produto da transmissão racional e intencional de experiência e pensamento a outros, se utiliza da fala como um dos mais conhecidos veículos de entendimento entre os homens. O estudo da fala humana, que até recentemente a Psicologia acreditava ser apenas a ocorrência simultânea do som associado a um conteúdo, servindo para transmitir este conteúdo a outros seres humanos, vem acrescido, nos estudos de VIGOTSKY(73), ao significado da palavra. É no significado da palavra que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal, e é esse complexo mecanismo que tentaremos discutir na situação de interação entre enfermeira* e paciente durante o período que o mesmo permanece internado na clínica cirúrgica, momento

*O substantivo feminino será usado em todo o texto como referência a enfermeira. O substantivo masculino será usado como referência ao paciente. Esta convenção foi feita para se evitar a embaraçosa anotação a/o durante o texto.

este considerado de grande expectativa para o paciente pela ameaça da cirurgia.

Entendemos que **"COMUNICAÇÃO É O PROCESSO DE DIVIDIR INFORMAÇÕES POR MEIO DE CÓDIGOS COMUNS"** (46), mas também é uma interação simbólica. Esta definição sugere que a comunicação humana tenta fazer com que os indivíduos interajam uns com os outros através do uso de comportamentos simbólicos - através da linguagem. O processo é transacional e afetivo na natureza; em outras palavras, é dinâmico, envolvendo sentimentos humanos e atitudes, assim como informações(46).

A comunicação na saúde é um subgrupo da comunicação humana que preocupa-se com a forma pela qual um grupo da sociedade mantém a saúde e trata problemas relacionados a saúde. Neste contexto, a enfermagem se utiliza da comunicação como um dos importantes instrumentos para viabilizar a assistência prestada ao ser doente.

No processo de trabalho da enfermagem, que está inserido no processo de trabalho da saúde, os conhecimentos produzidos por outras áreas do saber, como a comunicação, são aplicados diretamente na assistência e, portanto, deveriam ter uma importante participação nos programas de ensino de enfermagem; entretanto, observamos que a comunicação é uma das fontes de insatisfação na relação enfermeira/paciente.

No passado, em 1956, BLACK(08) concluía em seu trabalho que o ensino de enfermagem era o que mais abordava

as relações humanas e seus aspectos emocionais; atualmente o nosso paciente ignora quase totalmente as funções, responsabilidades e identidade da profissional enfermeira, contrapondo o ensino com a realidade prática atual.

Não objetivamos nesse trabalho levantar os motivos que levaram a profissional de enfermagem a se distanciar de alguns aspectos do conhecimento de outras áreas do saber e a enfatizar outros, mas não podemos deixar de expressar nossa posição contrária à corrente filosófica que separa corpo e mente, isto é, ou o indivíduo é assistido nas suas necessidades físicas ou emocionais. Esse dualismo deve dar lugar à crença da necessidade da profissional perceber o apelo do paciente, traduzí-lo e decifrá-lo, permitindo que revele seus conflitos por meio da comunicação.

O paradoxo que existe entre a formação da enfermeira e o desconhecimento do paciente em relação a quem é essa profissional, fez alguns autores responsabilizarem o afastamento do ser doente à exagerada dedicação da profissional ao gerenciamento do processo de trabalho⁽²⁾ e a falta de um marco conceitual para nortear as bases de formação da enfermeira administradora⁽⁴⁾. No dizer de TREVIZAN⁽⁶⁹⁾ "...sendo a enfermeira uma profissional mais distante do paciente do que seu funcionário, pelas características das funções que assume, por estar muito comprometida com os aspectos burocráticos da instituição e por delegar o cuidado, ela cada vez mais vai perdendo espaço na organização da prestação da assistência".

MENDES(40), na análise quantitativa dos atos comunicativos entre enfermeira/paciente, refere que os poucos momentos de interação entre ambos pode ser indicativo de uma provável desvalorização da comunicação como um dos principais instrumentos da enfermagem, ou uma subvalorização ocasionada por hipertrofia dos valores organizacionais.

Na prática profissional diária observa-se que o paciente não distingue entre as atividades exercidas pela enfermeira, seja administrativa, de assistência direta, de cunho emocional ou qualquer outra, mas percebe a importância e o significado que aquele momento de comunicação e interação na unidade cirúrgica tem para ele enquanto indivíduo doente.

Em outros estudos quanto a visão do paciente sobre o cuidado de saúde recebido, a enfermagem foi a maior facilitadora, entre todos os serviços prestados ao paciente, no sentido de a aumentar o nível de satisfação com esse cuidado. O trabalho de LEMKE(35) chama a atenção dos administradores para que sejam cuidadosos quanto a supervalorização dos números na empresa hospitalar, porque evidências demonstram que as interações humanas são necessárias para o aumento da satisfação com o cuidado de saúde recebido.

Para o paciente da clínica cirúrgica o significado da fala da enfermeira no momento em que ambos se comunicam interfere, sensivelmente, na sua recuperação. A literatura de enfermagem cirúrgica descreve a comunicação efetiva como um poderoso redutor de complicações pós-

operatórias ou necessidades analgésicas, levando à alta hospitalar precoce(51). Entretanto, para verificarmos se as conseqüências da comunicação para o paciente correspondem ao que enfatiza a literatura faz-se necessário conhecermos o que ele espera da profissional enfermeira.

O interesse pelo ser doente internado na clínica cirúrgica se deve a algumas de suas características particulares. Esses pacientes experenciam vários graus de "stress" nas mensagens verbais e não verbais que ocorrem durante esse processo cirúrgico, entre elas o ambiente estranho ao paciente, o compartilhar da enfermaria com outros indivíduos doentes totalmente desconhecidos, vivenciando suas dores, inquietações e angústias, o traço funcionalista marcante da assistência de enfermagem nesta unidade, a dependência imposta, a perda de controle sobre o seu comportamento, o ambiente e a conduta dos outros(39). O intercâmbio entre enfermeira e paciente nesta situação, onde o auto-controle torna-se um desafio, é prejudicado pela orientação mais comum da profissional: voltar-se ao cumprimento das tarefas(41). MOLDE & WIENS(41) referem em seu trabalho que as enfermeiras da Clínica Cirúrgica são altamente treinadas nas habilidades técnicas e impessoais do cuidado ao paciente, sendo o tempo de relacionamento entre ambos menor do que em outros locais onde a exigência da relação interpessoal é tão necessária quanto na clínica de Psiquiatria. Esses mesmos autores relacionam a direção que a profissional dá à sua prática as características exigidas de

liderança. Quando voltada à tarefa, a enfermeira tende a se manter numa posição de subordinação a outros grupos, contrariamente à orientação da prática centrada na pessoa doente, que favorece as habilidades relacionadas à liderança, uma das fortes expectativas dos consumidores do trabalho da enfermeira.

Entendemos, como ALMEIDA(02), que o posicionamento da profissional voltada ao cumprimento de tarefas e funções técnicas não seja decorrente simplesmente de uma necessidade do mercado de trabalho, mas também uma questão política, "no sentido de servir ao não questionamento da saúde e do próprio trabalho de enfermagem, dominando a subserviência, o silêncio e o exato cumprimento de ordens".

A partir da necessidade de um novo enquadramento político da profissão - essencial para sua sobrevivência - a enfermagem demonstra tendências a valorizar outros aspectos do seu trabalho. Entre essas novas características da profissão observamos que o enfoque administrativo tem se fortalecido e com ele os princípios da comunicação efetiva.

BERLO(07) descreve em seu trabalho alguns dos objetivos da comunicação: alterar as relações originais, diminuir a probabilidade de que o homem seja simplesmente um alvo de forças externas e que aumente suas chances de exercer força no grupo. Assim sendo, podemos entender que o paciente da clínica cirúrgica e a enfermeira possam se utilizar da comunicação para inverter a situação de angústia e sofrimento

pela qual o indivíduo doente passa quando internado nesta clínica. O mesmo autor, ainda sobre os objetivos da comunicação, prossegue dizendo: "...é nos tornarmos agentes influentes, influenciarmos os outros, nosso ambiente físico e nós próprios, nos tornarmos agentes determinantes e termos opção no andamento das coisas" (07).

A percepção do profissional de enfermagem quanto ao significado da palavra - a generalização do conteúdo - é especialmente importante na interação entre enfermeira e paciente cirúrgico, pelo grau de dependência em que este se encontra. De acordo com SAPIN(73) (apud VIGOTSKY), o mundo da experiência do indivíduo encontra-se apenas em sua própria consciência e é, estritamente falando, não comunicável. Para se tornar comunicável deve ser incluído numa determinada categoria, que por convenção tácita, a sociedade humana considera uma unidade - a palavra. Se quisermos, então, entender para assistir às necessidades do indivíduo doente, devemos penetrar no seu mundo de símbolos e significados.

O despertar para a relevância da comunicação no atendimento a saúde como um todo, nos parece uma fase já alcançada pelo indivíduo doente, pelos profissionais de saúde e também pela administração dos serviços de saúde(27,32,38,45,56,64). Indubitavelmente a administração hospitalar vê a comunicação congruente entre profissional/paciente como uma fausta nova, porque reconhece suas vantagens na relação custo/benefício, principalmente se considerarmos a redução no tempo de

internação hospitalar uma das possíveis consequências do seu sucesso.

Infelizmente, a conscientização dos profissionais para sua importância não tem ocorrido pelos benefícios que traz àqueles que consomem o serviço de saúde, mas pela observação do que decorre quando o assunto é tratado negligentemente, principalmente em relação ao indivíduo doente (15,17,18,29,43,57,58,61).

A literatura é um dos fortes indicadores da insatisfação do paciente em relação ao cuidado de enfermagem (01,16,23,28,32,38,41,47,62). MENDES(40) denota em seu trabalho que a qualidade da assistência ocorre em função do padrão de interação da equipe com o paciente, dentre outros fatores. A autora indica algumas facetas do problema que merecem a atenção da profissional enfermeira por fazer parte de suas responsabilidades: estimular nos pacientes a expressão de suas emoções, ajudá-los a desempenhar seu papel de paciente, fornecendo-lhes oportunidade de identificar e explorar seus próprios problemas; explicitar seu papel ao paciente.

Se a nível da literatura o assunto tem merecido atenção, no âmbito das instituições hospitalares várias abordagens têm sido feitas no intuito de se medir a satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem. Muitos hospitais se utilizam do questionário, assinado pelo administrador do hospital, na alta do paciente. Nesta ocasião é solicitado ao paciente que indique seus sentimentos sobre

os cuidados de enfermagem que recebe, segundo a visão do administrador.

A ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS(01) (apud ABDELLAH & LEVINE), partindo do pressuposto de conhecer as principais expectativas do paciente durante a internação hospitalar, desenvolveu um questionário no qual indaga ao paciente sobre os ruídos que ocorrem durante o seu descanso, em relação aos outros pacientes da enfermaria e as orientações recebidas para a melhor adaptação à vida pós-alta. Além disso, elaboraram uma campanha para melhorar a alimentação hospitalar a partir das opiniões de alguns pacientes nas diversas instituições existentes naquele país.

ABDELLAH & LEVINE(01) relataram nesse estudo os eventos que geram maior insatisfação no paciente durante a internação, encontrando que esses eventos não se relacionam especificamente com a enfermagem, mas, principalmente, à alimentação, à água oferecida e ao ambiente ruidoso. Embora esses eventos expressem as necessidades do paciente não necessariamente realizadas pelo pessoal de enfermagem, não podemos dizer que este "staff" não tenha nenhuma participação nestas atividades. Neste estudo, dos relatos colhidos, aqueles que dizem respeito à enfermagem e que mais contribuíram para o sentimento de insatisfação dos pacientes foram : (1)Tempo insuficiente para explicar o tratamento ao paciente; (2)Atenção insuficiente para suprir as necessidades dos pacientes e seus familiares; (3)Tempo disponível insuficiente. Neste mesmo estudo, entre os eventos

individuais de enfermagem, os que tiveram maior importância no aumento da satisfação do paciente foram: (1) **"Meu chamado pela enfermeira foi respondido muito prontamente"**; (2) **"Minha enfermeira foi especialmente agradável para mim"**; (3) **"A comadre foi trazida e retirada muito prontamente"**.

O trabalho destes autores(01) demonstra uma realidade da década de 60, em outro país, com uma cultura diferenciada e um outro nível de atendimento de enfermagem; atualmente observamos que a saúde tem sido tratada por seus consumidores de uma maneira mais crítica e questionadora. Em nosso país o acesso às informações à saúde, graças aos meios de comunicação de massa, parece estar mais acessível à população do que há 30 anos atrás, mesmo sabendo-se que a saúde não é tratada com a atenção devida e nem tão pouco prioritária.

Acreditamos que a mudança no perfil do paciente -observada concretamente por alguns pesquisadores - exerça um papel fundamental no desenvolvimento futuro da comunicação entre profissionais e consumidores do cuidado de enfermagem. CARTER(09), em 1988, descreve que o consumidor atual dos serviços de saúde já não é aquele indivíduo **"passivamente afetado, um sofredor de uma doença ou uma pessoa sob tratamento médico, paciente"**. O consumidor tem um papel mais ativo, visando a adequação às exigências do setor saúde.

Assim sendo, a finalidade deste estudo é iniciarmos uma discussão sobre o enfoque dado pelo paciente à

comunicação estabelecida com a enfermeira. Para que obtivéssemos essas informações dos pacientes internados na clínica cirúrgica utilizamos a TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO, adaptada da original descrita por FLANAGAN(20) e aplicada em inúmeros trabalhos no Brasil.

No nosso país temos DELA COLETA(11) como o maior precursor da técnica no que se refere a análise do trabalho, com a finalidade de **"determinar operacionalmente as variáveis envolvidas nas atividades laboriais"**. Entre os seus achados alerta para as diferenças de treinamento e formação nas diversas regiões do país, fornece sugestões aos processos de treinamento e formação nas diversas regiões do país, fornece sugestões aos processos de treinamento, recrutamento e seleção, sobretudo à organização e distribuição das tarefas entre diferentes ocupações, permitindo assim otimizar a "performance" dos ocupantes de cada cargo estudado. DELA COLETA(11) relata em seu estudo que a aplicabilidade da técnica à profissões de nível superior é perfeitamente possível, apesar de seu caráter menos rotineiro e da ausência de supervisão na maioria dos casos. O autor descreve que os relatos das pessoas que executam a função são tão válidos quanto aqueles dos seus supervisores, mas observa diferenças na relação entre comportamentos positivos e negativos, inferindo alguma associação entre estes e o tipo de trabalho, se mais rotineiro ou mais criativo, e os possíveis níveis de supervisão.

Foram essas experiências com a utilização da técnica em conjunto com os objetivos do nosso estudo que fizeram com que optássemos por seu uso após as devidas adaptações.

OBJETIVOS :

- Identificar em que situações a enfermeira se comunica com o paciente internado na Clínica Cirúrgica;
- Verificar quais os comportamentos da enfermeira durante a comunicação com o paciente;
- Identificar as expectativas dos pacientes quando se estabelece a comunicação com a enfermeira.

2 - METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em um hospital escola da cidade de Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado, sem fins lucrativos. Conta, atualmente, com 472 leitos ativados, na unidade localizada no campus universitário, onde realizamos este estudo. Acoplada à sua estrutura formal encontra-se a Divisão de Enfermagem com 15 serviços, abrangendo todas as especialidades, entre elas o Serviço de Enfermagem Cirúrgica. Este serviço é composto por 78 elementos de enfermagem, entre enfermeiras-chefe (03), enfermeiras (14), técnicos de enfermagem (04), auxiliares de enfermagem (33), atendentes (24) e , distribuídos no nono (ala feminina) e décimo andares (ala masculina). A capacidade de internação total de ambos é de 99 pacientes, incluindo os 10 leitos destinados à internação particular.

2 . 1 - População

A população investigada compreendeu os pacientes internados na Clínica Cirúrgica deste hospital escola, de ambos os sexos, que satisfizessem os seguintes critérios:

- Tivessem disponibilidade e interesse em participar da pesquisa;
- Estivessem conscientes e se comunicassem verbalmente;
- Não estivessem sendo submetidos a tratamento psiquiátrico;
- Conseguissem identificar pelo menos uma profissional enfermeira daquela unidade;
- Descrevessem situações de interação entre ambos;
- O período de internação fosse maior ou igual a 6(seis) dias

Nossa opção pelo paciente internado há mais de 6 dias ocorreu por ser o extrato que agrupava maior número de pacientes no pós-operatório (Tabela 1) e por entendermos

que teriam maior oportunidade de conhecer a enfermeira daquela unidade. A princípio, no estudo piloto, pensamos em coletar os relatos apenas dos pacientes no período pós-operatório superior a 6 dias; entretanto, ao entrevistarmos outros pacientes com período de internação superior ao estabelecido, percebemos que muitos já tiveram algum contato com a profissional. Assim, no estudo original, entrevistamos pacientes com período de internação superior a 6 dias, estivessem ou não no período pós-operatório.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS SEGUNDO O TEMPO DE INTERNAÇÃO APÓS A CIRURGIA, NA UNIDADE CIRÚRGICA DO HOSPITAL ESTUDADO, NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 1990.

intervalo (dias)	mes		JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		f	%
	freq.		f	%	f	%	f	%		
	f	%								
3 - 5	14	15,6	46	25,4	37	26,8	97	23,4		
6 - 12	37	31,2	91	50,3	54	39,1	182	43,8		
13 - 39	30	38,6	41	22,6	24	17,4	95	22,9		
40 -	15	14,6	3	1,7	23	16,7	41	9,9		
TOTAL	96	100%	181	100%	138	100%	415	100%		

2 . 2 - Amostra

Os incidentes coletados no estudo-piloto serviram para que fizéssemos algumas mudanças tanto na pergunta como na maneira de abordar o paciente. No estudo original, apesar desse cuidado em apurar melhor a coleta dos dados, descartamos alguns relatos por não estarem de acordo com os princípios da técnica.

Esta análise ocorreu em três momentos: primeiramente coletamos 32 incidentes, agrupando algumas situações e comportamentos similares. Num segundo momento obtivemos mais 75 incidentes, agrupando-os com seus similares anteriores e confirmando as nove situações mais comuns de interação entre enfermeira e paciente. Da mesma forma, os comportamentos da enfermeira começaram a se repetir, os quais também foram agrupados.

Com esta segunda análise obtivemos um total de 107 incidentes críticos, sendo alguns ainda descartados pela incerteza na identificação da enfermeira. Quando chegamos a este número de incidentes no segundo período e observamos que nenhuma nova categoria emergiu, concluimos que a gama de comportamentos e situações já haviam sido relatadas, definindo então nossa amostra.

Como sugeriu DELA COLETA(11), ainda coletamos mais 21 incidentes distribuindo-os entre as categorias e

subcategorias encontradas e comparando-os com os dois períodos anteriores.

No total foram 128 incidentes relatados por 52 pacientes, onde a repetição das situações e comportamentos foi confirmada a partir do relato número 75; entretanto para efeito de análise no presente estudo, consideramos 71 incidentes críticos positivos e negativos, relatados por 35 pacientes, dos 128 oriundos dos 52 pacientes internados na clínica cirúrgica, assim os 57 relatos restantes foram descartados.

2 . 3 - A pergunta

FLANAGAN(20) tinha razão, ao descrever no seu estudo sobre a Técnica do Incidente Crítico, que a pergunta é o aspecto mais crucial no procedimento de coleta de dados.

Como veremos no estudo-piloto, fizemos várias modificações no texto da questão, com o intuito de conseguirmos a melhor qualidade no relato dos pacientes no estudo original, sempre sob orientação de especialista no assunto.

A redação final do texto dirigido aos pacientes segue-se na página seguinte:

"Nós estamos interessados em estudar alguns aspectos do trabalho da enfermeira nesta unidade. Como o sr.(a) está internado aqui e tem vivenciado o trabalho de diversos profissionais deste hospital, pareceu-nos que o sr.(a) poderia nos ajudar a obter algumas informações para o nosso trabalho. Podemos contar com sua ajuda? Não se preocupe porque em nenhum momento identificaremos o sr.(a) ou as pessoas que trabalham aqui, estamos somente interessados em saber o que acontece no dia-a-dia do hospital. Bem, o sr.(a) sabe quem é, ou quais são, as enfermeiras desta unidade onde o sr.(a) está internado(a)? Agora, eu gostaria que o sr.(a) pensasse nessa pessoa, sem me dizer o nome, nas coisas boas ou ruins que ela possa ter feito aqui no trabalho. Pois bem, tente se lembrar de alguma coisa que esta enfermeira tenha falado ao sr.(a) que a seu ver não combinou com aquilo que o sr.(a) estava esperando. Fale-me o que aconteceu, o que a enfermeira fez e o que isto resultou para o sr.(a). Só me conte o fato onde a enfermeira falou alguma coisa que não estava de acordo com o que o sr.(a) esperava que ela dissesse. Agora conte-me uma situação onde a enfermeira falou alguma coisa que o fez sentir-se bem, isto é, combinou com aquilo que o sr.(a) esperava."

Nossa inquietação inicial foi evitar perguntas que sugerissem respostas. Quando necessário fazíamos comentários durante a conversação, preservando a neutralidade e esquivando de tendências. Quando o paciente não entendia a questão repetíamos, com alguma referência, para esclarecer seu significado. Se somente parte do incidente era descrito (por exemplo, relatavam a situação e o comportamento da enfermeira, mas omitiam as consequências) procurávamos encorajá-los a reafirmar a essência dos seus comentários, o que fazia com que continuassem o relato e, algumas vezes, detalhassem um pouco mais o incidente.

Aos pacientes era solicitado que relatassem quantas situações tivessem lembrança, contanto que as tivessem observado e fossem reais. Após os relatos separamos os incidentes completos (SITUAÇÃO, COMPORTAMENTOS E CONSEQUÊNCIAS) daqueles onde não foi possível distinguir cada uma das etapas.

2 . 4 - A técnica utilizada

A partir dos objetivos propostos e em consonância com os critérios pré-estabelecidos, a Técnica do Incidente Crítico se mostrou a mais adequada para este estudo.

Esta técnica possibilita traçarmos um retrato fiel da situação existente, permitindo inferências a respeito do comportamento da enfermeira e proposições para a solução dos problemas decorrentes da comunicação. Além disso, os custos e recursos para sua utilização são baixos, exigindo-se um desgaste maior do pesquisador na fase de formulação das questões e na análise de conteúdo dos incidentes.

Vários instrumentos encontrados (01,12,13,14,21,22,25,35,48,51,52) que avaliavam as expectativas dos pacientes, consideravam seu ponto de vista quanto às expectativas com o cuidado de saúde oferecido; entretanto, os seus conteúdos foram elaborados a partir do discurso da enfermeira, portanto não se coadunavam com os nossos objetivos.

Esta técnica foi originalmente descrita por FLANAGAN(20). A técnica do Incidente Crítico consiste de um conjunto de procedimentos para coleta de observações diretas do comportamento humano, a partir do relato de indivíduos que estão mais aptos e em melhor posição para julgar sobre uma atividade particular a ser investigada. Esses relatos poderão

facilitar a solução de problemas práticos e colaborar no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos. Os dados, isto é, os incidentes críticos, são coletados através de entrevistas parcialmente estruturadas. A análise desses incidentes permite começar a formulação das exigências ou elementos da atividade em estudo. FLANAGAN(20) define um incidente como crítico se sua contribuição for significativa aos objetivos gerais da atividade; a definição de "significativo" depende da natureza da atividade.

A Técnica do Incidente Crítico não é desconhecida pela literatura de enfermagem, onde tem sido utilizada com sucesso. Sua aplicação, após as adaptações necessárias, permitiu a avaliação da "performance" dos estudantes de enfermagem, a identificação dos critérios de comportamento para eficácia da enfermagem, o estudo do trabalho de equipe entre médicos e enfermeiras, entre outros.

NOGUEIRA(44), utilizando-se desta técnica no seu trabalho sobre a passagem de plantão do "staff" de enfermagem, concluiu que a expectativa deste grupo é a enfermeira assumir a coordenação do procedimento, sem a presença de ruídos e interrupções, num tempo suficiente para detalhar as prioridades da assistência a ser prestada, sem omissões nas informações e com conhecimento técnico-científico. GRANT(27) usa o incidente crítico para levantar as opiniões dos pacientes internados por longo período de tempo sobre o cuidado de enfermagem recebido. Outra experiência positiva com a utilização da técnica foi obtida por RAMOS(50),

com a elaboração de programas de treinamento em serviço para auxiliares de enfermagem nas unidades de internação de um hospital geral de ensino. Não só para análise do trabalho prático profissional, mas também para análise curricular, a Técnica do Incidente Crítico tem obtido boa aceitação. LUCAS(36) demonstra sua utilidade como instrumento de investigação das atividades programadas no currículo de graduação.

POLIT & HUNGLER(48) descrevem em seu trabalho que a Técnica do Incidente Crítico, como o nome sugere, enfoca o incidente factual, o qual pode ser definido como um episódio observado e integral do comportamento da enfermeira que será relatado pelo paciente. A palavra crítico, significa que o incidente teve um impacto perceptível na situação observada, podendo promover contribuições positivas ou negativas para atividade de interesse - a COMUNICAÇÃO.

Para ser crítico um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde suas consequências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere a seus efeitos.

Os incidentes coletados são analisados a partir dos seus conteúdos, o que envolve seu exame por semelhanças ou elementos comuns. Esse agrupamento resulta em categorias mais abrangentes, que nos fornecerão o perfil da profissional sob a visão de quem recebe seus cuidados, o paciente.

O objetivo desse agrupamento é resumir e descrever os dados de maneira concisa e eficiente, sem sacrificar sua compreensão, especificidade e validade. FLANAGAN(20) descreveu o processo de formulação de categorias e BAILEY(05) resumiu os passos envolvidos para essa categorização: (1)Estudar os incidentes e comportamentos cuidadosamente, analisando-os de acordo com os propósitos do estudo; (2)Formular um sistema de categorização que reúna o maior número de incidentes e comportamentos; (3)Reclassificar os comportamentos de acordo com as maiores áreas formuladas, revisando-as, se necessário; (4)Estudar os comportamentos nas maiores áreas, agrupando os similares em sub áreas.

A preocupação primária do nosso estudo foi reunir descrições sobre incidentes factuais que pudessem esclarecer nosso entendimento a respeito das expectativas do paciente quanto a comunicação, nas circunstâncias observadas.

2 . 5 - Procedimento

A obtenção das informações e dados necessários ao estudo realizou-se através de entrevista com os pacientes internados na Clínica Cirúrgica, há mais de 6 dias, operados ou não, nos meses de maio, junho, julho e setembro de 1990, por um período de 39 dias.

As entrevistas foram feitas, inicialmente, em dois momentos: no estudo-piloto, para avaliarmos se os incidentes relatados nos dariam as respostas aos nossos objetivos; entre eles , principalmente, o de identificar as expectativas do paciente quando se estabelece a comunicação com a enfermeira.

As entrevistas duraram, em média, 30 minutos.

Utilizamos durante a entrevista os critérios especificados por FLANAGAN(20): a) o relato deve ser de um comportamento atual, sem referir nomes; b) o relator deve ter observado o comportamento; c) os fatores devem ser relevantes; d) o relator deve ter feito um julgamento crítico definitivo sobre o comportamento e; e) o relato deve ser claro porque o observador acredita que o comportamento seja crítico.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pelo investigador.

Após as adequações oriundas do estudo piloto, consideramo-nos em condições de efetuar as entrevistas para o estudo original.

2 . 6 - Estudo - Piloto

Nesta fase, além da autora do trabalho, contamos com a colaboração de duas alunas de pós-graduação, devidamente treinadas quanto aos dados desejados para registrar os incidentes, pressupondo-se que todos os detalhes necessários seriam fornecidos.

Na fase de treinamento submetemos as perguntas a observação de alguns pesquisadores e, então, iniciamos as entrevistas. Após cada entrevista analisávamos os resultados, no intuito de verificarmos se os relatos iam ao encontro dos nossos objetivos.

Reforçamos o anonimato dos dados relatados ao precedermos a questão central, entretanto, sentimos a necessidade de um "aquecimento" anterior para obtermos a confiança do paciente quanto ao sigilo das respostas e ao entendimento dos objetivos da pesquisa.

Foram 32 os pacientes entrevistados e 48 incidentes colhidos nesta fase, onde percebemos, após análise

dos dados, que a identificação da enfermeira não se atrelava ao período pós-operatório e sim ao tempo de internação. Os pacientes que permaneciam há mais tempo no hospital, ou que já haviam se internado anteriormente naquela unidade, identificavam mais facilmente a enfermeira por estarem mais familiarizados com o ambiente e com o "staff" de enfermagem. Portanto, no estudo original, decidimos entrevistar qualquer paciente internado há mais de seis dias, operados ou não, que dissessem reconhecer a profissional enfermeira.

Para esta identificação percebemos que muitas vezes somente o nome enfermeira não nos garantia que o relato da situação fosse realmente dessa profissional, pois auxiliar, técnico e atendente, todos obtinham a mesma denominação. Resolvemos, então, especificar de quem estávamos falando, acrescentando as terminologias comumente usadas por leigos: enfermeira- chefe, padrão, ou formada, e, então, obtivemos melhores resultados.

Observamos pelo estudo-piloto que o texto da entrevista deveria ser modificado, porque quase sempre os pacientes interpretavam a pergunta como uma indagação quanto a personalidade ou atitude da enfermeira, sem o alcance necessário para que atingíssemos a qualidade na descrição dos incidentes.

Abaixo exemplificaremos em um dos incidentes críticos positivos relatados, onde houve o entendimento da questão como um julgamento de atitude, por isso não considerado:

"Eu senti muita dor depois da operação, chamei a enfermagem, veio uma moça muito simpática e me atendeu na hora, foi bom".

Dos 32 pacientes entrevistados, 20 conseguiram identificar a enfermeira, doze não sabiam ao certo quem era essa profissional, apesar de todos estarem há mais de seis dias internados na Clínica Cirúrgica. Entretanto, poucos relatos do estudo-piloto foram considerados para efeito de análise no presente trabalho, principalmente pela qualidade desses relatos, isto é, as situações descritas não eram completas em si mesmas, não havia o comportamento da enfermeira, ou as consequências não foram descritas de maneira clara.

Após as acomodações quanto ao treinamento dos entrevistadores, o "aquecimento prévio" junto aos pacientes, a melhor configuração quanto a identificação da enfermeira e o período de internação estipulado, passamos a coleta dos incidentes para o estudo original.

2 . 7 - Estudo original

Algumas adaptações na Técnica do Incidente Crítico tiveram que ser feitas para que pudéssemos utilizá-la no nosso estudo. Após esse momento, passamos ao questionamento direto, através de entrevista, aos pacientes internados na Clínica Cirúrgica. A identificação dos sujeitos foi feita por um número de ordem de acordo com a sequência com que eram entrevistados.

O registro foi escrito pela própria pesquisadora, logo após a entrevista, para que não houvesse qualquer quebra na interação investigador/paciente. Após anotarmos todo o relato, nos mínimos detalhes, fazíamos uma leitura ao sujeito para que o confirmasse, retificasse ou acrescentasse alguns dados pertinentes ao momento da interação. As entrevistas foram realizadas individualmente em um local onde houvesse privacidade, sem interrupções de terceiros; na maioria das vezes, entretanto, quando isto era impossível íamos ao refeitório do hospital ou conversávamos na própria enfermaria, sempre reforçando o anonimato dos dados no intuito de convencer o paciente que seu relato não prejudicaria, de maneira alguma a profissional.

Outra preocupação que tivemos no início da interação foi frisar para o paciente que a escolha foi

aleatória, respeitando-se apenas o tempo de internação estipulado, para evitar sentimentos como:

- "Por que perguntar a mim ?"

De acordo com FLANAGAN(20) o pesquisador deve reforçar a posição do paciente como membro de um grupo que está em posição extremamente boa para interagir e relatar esta atividade.

No estudo original utilizamos três momentos: preliminarmente coletamos 32 incidentes que nos fizeram mudar a abordagem ao paciente antes de iniciarmos o segundo momento e uma primeira análise dos relatos. Num segundo momento entrevistamos mais 20 pacientes e obtivemos outros 75 incidentes críticos, nesta fase elaboramos nosso primeiro sistema de categorização. Na terceira fase coletamos o número de 21 incidentes restantes para a categorização definitiva, a partir de suas similaridades.

2 . 8 - Tratamento dos Dados

a) Leitura e Descrição dos Incidentes Críticos

Nesta fase observamos e analisamos todos os 128 incidentes relatados, eliminando aqueles onde houvesse incerteza quanto a identificação da enfermeira (19 relatos) e outros onde a qualidade dos relatos não satisfizesse nossos objetivos (38 incidentes). Obtivemos, então, 71 incidentes críticos nesta primeira leitura .

b) Identificação das Situações, Comportamentos e Consequências

Solicitamos ao paciente que descrevesse situações originadas por comportamentos verbais e não verbais da enfermeira que atingisse ou não suas expectativas em relação a comunicação.

Após relato da situação e dos comportamentos positivos e negativos da enfermeira, solicitou-se que o paciente indicasse as consequências desses comportamentos.

Encontramos um número maior de comportamentos críticos em relação ao número de incidentes em função da riqueza de detalhes dos relatos, como previu o estudo de DELA COLETA(11).

Em consonância com NOGUEIRA(44), entendemos por SITUAÇÃO o fato ou circunstância que leva o sujeito a emitir determinado comportamento; por COMPORTAMENTO, a conduta apresentada pelo sujeito devido a circunstância e por CONSEQUÊNCIA o resultado do comportamento do sujeito devido à circunstância.

A seguir exemplificaremos um dos incidentes positivos relatados pelos pacientes, determinando a situação, o comportamento da enfermeira e sua consequência para os pacientes:

"Um dia desses eu estava muito nervosa porque não sabia quando iria operar, nem nada. Entrou a enfermeira na enfermaria e começou a conversar, perguntou como eu estava, sobre a minha família, e disse que existem problemas piores que o meu, que era preciso ter paciência porque as coisas iriam melhorar, bastava que eu aguardasse o resultado dos exames. Depois dessa conversa eu fiquei mais calma e tranquila, senti mais confiança no pessoal e gostei da atenção que ela me deu."

Deste relato extraímos#

SITUAÇÃO:

A paciente apresentava-se tensa pela falta de informação quanto ao dia de sua cirurgia .

COMPORTAMENTO DA ENFERMEIRA:

A enfermeira entrou na enfermaria e começou a conversar com o paciente sobre seu estado geral e sobre sua família, tentou tranquilizá-la com palavras otimistas.

CONSEQUÊNCIAS:

A paciente sentiu-se mais calma e tranquila, e a confiança no "staff" aumentou. A atenção da enfermeira foi importante naquele momento.

Vale ressaltar que a denominação positiva ou negativa foi dada pelos próprios sujeitos, embora muitas vezes entendêssemos exatamente o contrário, ou seja, relatos de comportamentos e consequências negativas fossem, a nosso ver, positivos e vice-versa.

A descrição das situações, comportamentos e consequências encontra-se detalhada nos resultados do presente trabalho.

c) Agrupamento das Situações

Posteriormente a identificação das situações, comportamentos e consequências passamos a fase de análise das situações, na tentativa de sumariá-las e descrevê-las de maneira a melhorar sua compreensão e especificidade sem sacrificarmos seus detalhes ou informações relevantes. Essa análise nos levou a agrupar as situações em razão de suas semelhanças quanto ao significado para o paciente. Por exemplo, um dos incidentes críticos agrupados na situação de DOR teve o seguinte relato:

"Assim que internei sentia dores e um dia pedi um remédio para a auxiliar para o alívio das dores. A auxiliar disse que iria se comunicar com a enfermeira. A enfermeira compareceu no quarto, perguntou o que estava sentindo, fez um rápido exame físico e disse que iria conversar com o médico. Minutos depois a enfermeira compareceu ao quarto e deu uma medicação que aliviou meus problemas. Eu me senti melhor e a dor passou. A enfermeira conseguiu, rapidamente, resolver o meu problema."

O resultado desta análise foi o agrupamento de nove situações, dos 71 incidentes descritos, as quais encontram-se apresentadas nos resultados do presente estudo.

3 - RESULTADOS

Os pacientes da Clínica Cirúrgica tiveram algumas dificuldades para nos relatar os Incidentes Críticos. A primeira dificuldade relacionou-se a identificação da enfermeira da unidade: eventualmente alguns pacientes descreveram situações com auxiliar ou atendente de enfermagem, confundindo-os com a enfermeira. Neste caso estes pacientes foram descartados da amostra. A segunda dificuldade prendeu-se a relatos de situações, comportamentos e consequências não vivenciados pelos pacientes. Assim, os incidentes que não foram observados pessoalmente pelo paciente foram desprezados.

Após as mudanças no texto dirigido ao paciente, mudanças estas oriundas do estudo-piloto, procuramos enfatizar a identificação da enfermeira e o aspecto da expectativa do sujeito. À luz destas modificações foram entrevistados então, 52 pacientes internados há mais de 6 dias na clínica cirúrgica. Destes pacientes obtivemos 128 incidentes relatados. Foram eliminados, nesta etapa, 5 sujeitos, pela incerteza na identificação da enfermeira e 38 incidentes críticos, pela falta de qualidade dos relatos.

Obtivemos, então, 71 incidentes críticos positivos e negativos os quais foram sumariados em 9 situações por entendermos que se tratavam de assuntos comuns. Esses incidentes abrangeram 221 comportamentos críticos, sendo 140 positivos e 81 negativos, ou seja, a relação aproximada de 1/3 negativos para 2/3 positivos. Esses dados corroboram com os achados de DELA COLETA(11), que também encontrou a relação entre incidentes negativos e positivos na razão de 1:3, mas contradiz a afirmação de GENDRE(25) quanto ao achado típico de 1/3 de incidentes positivos e 2/3 negativos. Temos várias hipóteses, assim como DELA COLETA(11), para esse resultado inverso; entre elas, a condição sócio-econômica desfavorável dos pacientes brasileiros. Sem possibilidade de ser atendido em um serviço privado, o indivíduo doente se vê obrigado a utilizar os serviços de saúde do Estado, que não cobram diretamente do paciente os custos da assistência prestada, mas sim através dos impostos pagos por todos os cidadãos. O baixo poder econômico e a falta de informação sobre o destino da arrecadação pública, nos faz entender a indulgência no julgar dos pacientes quanto a qualidade dos serviços de saúde, e por conseguinte, a dificuldade que têm em relatar incidentes negativos. Outra possibilidade estaria no pequeno número de enfermeiras em relação ao número de pessoas internadas na clínica cirúrgica e o acúmulo de responsabilidades, com o agravante da alta rotatividade desse profissional(03). Esses fatores interfeririam tanto na quantidade como na qualidade das interações entre enfermeira

e paciente, com prejuízo para ambos, pois o paciente não teria oportunidade de conhecer a profissional e esta, por sua vez, sobrecarregada por outras obrigações, se desviaria das necessidades diretas do paciente. A idéia de represália a profissional, caso sua chefia direta tivesse acesso às críticas relatadas, também poderia inibir os depoimentos dos pacientes; entretanto, essas hipóteses merecem maiores investigações e não serão abordadas nesse estudo.

A seguir exemplificaremos um dos relatos dos pacientes agrupado em uma das nove situações descritas, neste caso agrupadas na situação de **CONTROLE DA ENFERMEIRA** em relação ao paciente:

"...um dia eu precisei ligar para minha família e pedi para enfermeira, porque me falaram que era a chefe que autorizava ligações. Bem, ela me disse que naquele momento não ia dar, mas que depois resolveria. Solicitei outras vezes para a mesma enfermeira, naquele mesmo dia e a resposta foi a mesma. Passou o horário de trabalho dela e, sem resposta, não consegui ligar para casa para saber como estavam meus filhos que eu havia deixado doente antes de internar. Além de não me dar atenção, a enfermeira não fez o menor esforço para resolver meu problema e o pior é que nem se interessou em saber se era urgente ou não. O resultado foi que eu não consegui resolver nada e fiquei ainda mais preocupado com meus filhos."

Esse agrupamento, como primeira análise, foi importante para compreendermos quais as situações mais comuns de comunicação entre enfermeira/paciente durante a internação na clínica cirúrgica.

Observamos as situações de **MEDO OU TENSÃO** as mais comuns na interação entre enfermeira/paciente, e de certa forma, as que mais satisfizeram suas expectativas, visto que foram 16 as situações descritas, sendo 11 positivas e 5 negativas.

QUADRO 1 - AGRUPAMENTO DO CONTEÚDO DAS SITUAÇÕES RELATADAS PELOS 35 PACIENTES INTERNADOS NA CLÍNICA CIRÚRGICA, SEGUNDO SUA POLARIDADE E FREQUÊNCIA COM QUE OCORRERAM.

n*	SITUAÇÃO	CONTEÚDO	INCIDENTE CRÍTICO		f
			+	-	
1	CONTROLE	-Quanto ao hábito de fumar	0	1	1
		-Quanto ao uso do telefone	1	1	2
		-Não permite que o paciente se alimente no refeitório com os outros pacientes	0	1	1
		-Interfere no desejo do paciente em falar com o médico	0	1	1
		-Não permite que o paciente realize seu próprio exame	0	1	1
		-Quanto a entrada de familiares	1	1	2
		SUBTOTAL		2	6
2	NEGLIGÊNCIA	-Quanto a aplicação de terapêutica endovenosa	0	1	1
		-Numa crise de bronquite	0	1	1
		-No atendimento a a campanha	0	3	3
SUBTOTAL		0	5	5	

3	NECESSIDADE DE AJUDA	-Locomoção	4	0	4
		-Sede no pós-operatório	1	0	1
		-Distração	1	0	1
		-Higiene corporal	1	0	1
		-Troca da bolsa de colostomia	1	0	1
		-Ferimento cutâneo	0	1	1
		-Ingurgitamento mamário	1	0	1

SUBTOTAL			9	1	10
----------	--	--	---	---	----

4	PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA	-Checagem da medida de pressão arterial	1	0	1
---	-----------------------------	---	---	---	---

SUBTOTAL			1	0	1
----------	--	--	---	---	---

5	MEDO/TENSÃO	-Internação para a cirurgia	2	0	2
		-Falta de informação médica	1	0	1
		-Faixas abdominais apertadas	1	0	1
		-Permanência prolongada no hospital	0	2	2
		-Acompanhar o pós-operatório imediato de outro paciente submetido a mesma cirurgia	1	0	1
		-Falha da enfermagem na administração do medicamento	0	1	1
		-Falta do cigarro	1	0	1
		-Procedimentos invasivos por período prolongado (dreno, punção, sonda vesical)	2	1	3
		-Incerteza sobre diagnóstico e cirurgia	2	0	2
		-Recuperação pós-operatória	1	0	1
<hr/>					
	SUBTOTAL		11	5	16
<hr/>					

6	DEPRESSÃO / SOLIDÃO / CARÊNCIA AFETIVA	-Massagem no braço após intramuscular	2	0	2
		-Pós-operatório imediato	2	0	2
		-Incisão cirúrgica muito extensa	1	0	1
		-Não tem com quem conversar	5	1	6
		-Troca da bolsa de colostomia	1	0	1

SUBTOTAL 11 1 12

7	CONSTRANGIMENTO	-A paciente é repreendida após brincar com a enfermeira	0	1	1
		-Presencia uma discussão entre enferm./paciente	0	1	1
		-Incontinência urinária com micção no leito	0	1	1
		-A enfermeira brinca ironicamente com a paciente	0	1	1
		-Incompatibilidade espiritual	0	1	1
		-Vestimenta inadequada da enfermeira	0	1	1

SUBTOTAL 0 6 6

8	DOR	-Pós-operatório imediato	4	4	8
		-Dificuldade na deambulação	1	0	1

SUBTOTAL 5 4 9

9	ORIENTAÇÃO	-Anorexia no pós operatório	1	1	2
		-Quanto ao cigarro	1	0	1
		-Quanto a alta a pedido	1	0	1
SUBTOTAL			3	1	4
TOTAL			42	29	71

*n = número de orden.

Podemos perceber nas situações descritas, que o relacionamento da enfermeira com o paciente pode seguir tanto pelo aspecto "humanista" da assistência de enfermagem - situações de medo, tensão, solidão, depressão, carência afetiva e constrangimento - como para a administração dessa assistência - situações de controle da enfermeira, dor, orientação, negligência, necessidade de ajuda e planejamento da assistência. Tanto esses momentos de relacionamento "humanista" como administrativo foram descritos como situações positivas e negativas, mas se nas situações onde a enfermeira atua administrativamente existe uma aproximação entre os relatos positivos (20) e negativos (17), nas situações onde o lado "humanista" da assistência foi relatado, percebemos quase o dobro das situações positivas em relação às negativas (22 e 12, respectivamente). Ou seja, os pacientes estão mais satisfeitos com as enfermeiras nas situações onde estão voltadas a suprir suas necessidades

sócio-emocionais, do que com as situações onde a profissional está desempenhando um papel administrativo.

FERRAZ(19), em 1982, discutindo sobre as expectativas e opiniões do paciente cirúrgico quanto ao cuidado de enfermagem no trans-operatório, demonstrou que essas expectativas diziam respeito mais a área instrumental ou técnica (84,1%), do que a área expressiva de atuação, 6,8%. Os resultados desse trabalho não correspondem à idéia que paira entre os profissionais da saúde sobre uma das expectativas do paciente em relação a enfermeira: dar apoio emocional no momento da doença e do sofrimento durante a hospitalização. Faz parte do senso comum que a técnica cabe, principalmente, à classe médica e a afetividade à enfermagem. Assim sendo, como explicar o que encontramos neste estudo e em outros mais recentes ?

Percebemos no nosso trabalho que na interação entre enfermeira/paciente os relatos quanto aos comportamentos positivos da enfermeira vêm sempre acompanhados de afetividade, seja numa tarefa ou numa abordagem emocional, como veremos a seguir no exemplo de um dos incidentes críticos positivos relatados :

***...logo após a cirurgia senti muita dor a noite, mas não reclamei porque achava ser normal .Entrou a enfermeira da noite e perguntou como eu estava, eu disse que estava tudo bem, mas ela, percebendo minha aflição, disse que iria fazer um**

chá de erva-doce para ela, se eu não gostaria de tomar um pouco para relaxar e tentar dormir. Perguntou como eu gostava, se com muito ou pouco açúcar e, uns 20 minutos depois trouxe o cháquentinho. Eu achei sensacional a atitude da enfermeira, porque ela se preocupou comigo, eu consegui relaxar, realmente, e dormi a noite toda."

Já nos relatos negativos os comportamentos quase sempre foram incompatíveis às necessidades do indivíduo doente, não houve afeto na relação; apenas a preocupação com a ação a desenvolver, como observaremos no incidente crítico descrito abaixo:

"Eu estava de alta desde manhã e nisso eram, mais ou menos, duas horas da tarde. Aí, olhei pela janela e não acreditei quando vi a ambulância de Pitangueiras indo embora sem mim. Comecei a ficar desesperada, desatei a chorar, sem parar. Entrou a "padrão" no quarto e perguntou o que estava acontecendo e eu falei. Sabe o que ela me disse? Que eu estava enganada, que o pessoal lá de baixo já sabia da minha alta e não iam embora assim. Aí eu disse que tinha visto a ambulância indo e eu conheço os horários de saída deles, afinal,

quantas vezes já estive internada? Ela, então, passou a mão na minha cabeça e foi embora, e eu só consegui sair no dia seguinte. Achei o fim, para mim ela passou a mão na minha cabeça para resolver um problema dela e não o meu, porque o meu ela nem se preocupou em resolver. Eu não ia me conformar só pelo fato dela ter passado a mão na minha cabeça, queria mesmo era ir embora."

Ao relacionarmos os comportamentos da enfermeira com as suas conseqüências para o paciente, observamos a importância dada à afetividade, principalmente no desempenho de suas funções administrativas ou técnicas que envolvem os pacientes diretamente.

O relato de abandono, falta de preocupação com as necessidades do paciente, ou com a resolução dos seus problemas mais emergentes, insegurança e impotência diante da situação, nervosismo, perda de confiança no profissional ou no hospital, reforço da auto-imagem negativa, entre outros, foram os relatos de maior projeção quanto às conseqüências negativas decorrentes do comportamento impessoal da enfermeira.

Para os pacientes a interação a nível sócio-emocional tem correspondido às suas expectativas, mas administrativamente existem dificuldades em desenvolver suas tarefas, considerando, a priori, o indivíduo doente. A partir

dos relatos dos pacientes percebemos, então, que também os comportamentos da enfermeira, assim como as situações, caminham por duas vertentes: a primeira diz respeito às tarefas de enfermagem, a instrumentalização do seu trabalho, e a segunda ao significado da interação para o paciente.

Assim, baseando-nos nesses dados, agrupamos os comportamentos em duas grandes classes de categorias: a de caráter EXPRESSIVO e a INSTRUMENTAL(33).

Entendemos por EXPRESSIVO aqueles comportamentos dirigidos à manutenção do equilíbrio do conjunto, a harmonia, onde o significado da interação é o mais relevante para o indivíduo doente(33) (por exemplo, "A enfermeira sentou-se ao meu lado"). Observamos que os comportamentos EXPRESSIVOS têm um caráter afetivo, medido em termos das impressões criadas no receptor, considerando-se tanto sua natureza verbal como a não verbal da comunicação.

Aqueles comportamentos que se dirigiam aos objetivos do grupo ou da instituição, onde estava sendo desempenhado uma tarefa, ou a enfermeira cumpria sua função utilizando-se dos seus conhecimentos sobre o diagnóstico e a doença, foram categorizados como INSTRUMENTAIS(33) (por exemplo, "A enfermeira me examinou com cuidado"). Esses comportamentos voltados à tarefa são baseados nas habilidades da profissional para resolução dos problemas descritos pelos pacientes.

À luz dessas duas grandes categorias os 221 comportamentos foram reanalisados e agrupados como demonstraremos a seguir nas TABELAS 2 e 3.

Do total de 221 comportamentos críticos obtivemos 125 (56,5%) EXPRESSIVOS e 96 (43,5%) INSTRUMENTAIS, como demonstraremos a seguir na TABELA 4.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS NAS CATEGORIAS MAIS ABRANGENTES, SEGUNDO SUA PORCENTAGEM E FREQUÊNCIA NA POLARIDADE POSITIVA E NEGATIVAS.

CATEGORIA	+/-					
	Positivo	%	Negativo	%	TOTAL	%
EXPRESSIVO	84	67,20	41	32,8	125	100
INSTRUMENTAL	56	58,34	40	41,66	96	100
TOTAL	140	63,35	81	36,65	221	100

A partir dessa distribuição observamos que praticamente o dobro dos comportamentos EXPRESSIVOS foram positivos em relação aos negativos; portanto, traçando um paralelo com JOHNSON(33), podemos dizer que quanto a manutenção do equilíbrio interno do indivíduo doente as enfermeiras têm correspondido às expectativas. Entretanto, no desempenho de tarefas, na capacidade de resolução dos problemas imediatos dos pacientes e na demonstração de liderança dos enfermeiros, houve um emparelhamento entre os incidentes positivos e negativos, denotando, sob esse aspecto, que as expectativas quanto aos comportamentos INSTRUMENTAIS, não têm sido tão correspondidas quanto aos comportamentos EXPRESSIVOS.

Destacamos, a seguir, os comportamentos que deixaram os pacientes mais satisfeitos com a atuação da enfermeira, correspondendo às suas expectativas: OUVI COM ATENÇÃO, MOSTRA-SE DISPONÍVEL, INTERESSADA, DEIXA O PACIENTE FALAR SEM INTERROMPER, CONVERSA.

Esse resultado reafirma a importância do paciente sentir-se pessoa dentro de uma instituição hospitalar, de poder falar sobre sua história, ser ouvido pela profissional, perceber que alguém lhe dá atenção e afeto. Dessa forma, o fato do comportamento da enfermeira de **NÃO CONVERSAR** com o paciente ter sido a maior causa de insatisfação para os pacientes não nos surpreendeu .

Discussões exaustivamente feitas na literatura de enfermagem corroboram com as necessidades dos pacientes em relação a comunicação com a enfermeira(36,52,57,58); ou seja, tanto a profissional de enfermagem reconhece o valor desse aspecto da assistência, como o indivíduo doente espera ser tratado como pessoa durante sua internação.

De certa maneira, os comportamentos INSTRUMENTAIS se equilibraram entre positivos e negativos, mas assim como existe a expectativa da rapidez no atendimento, também a competência profissional é esperada pelo indivíduo doente em relação à enfermeira.

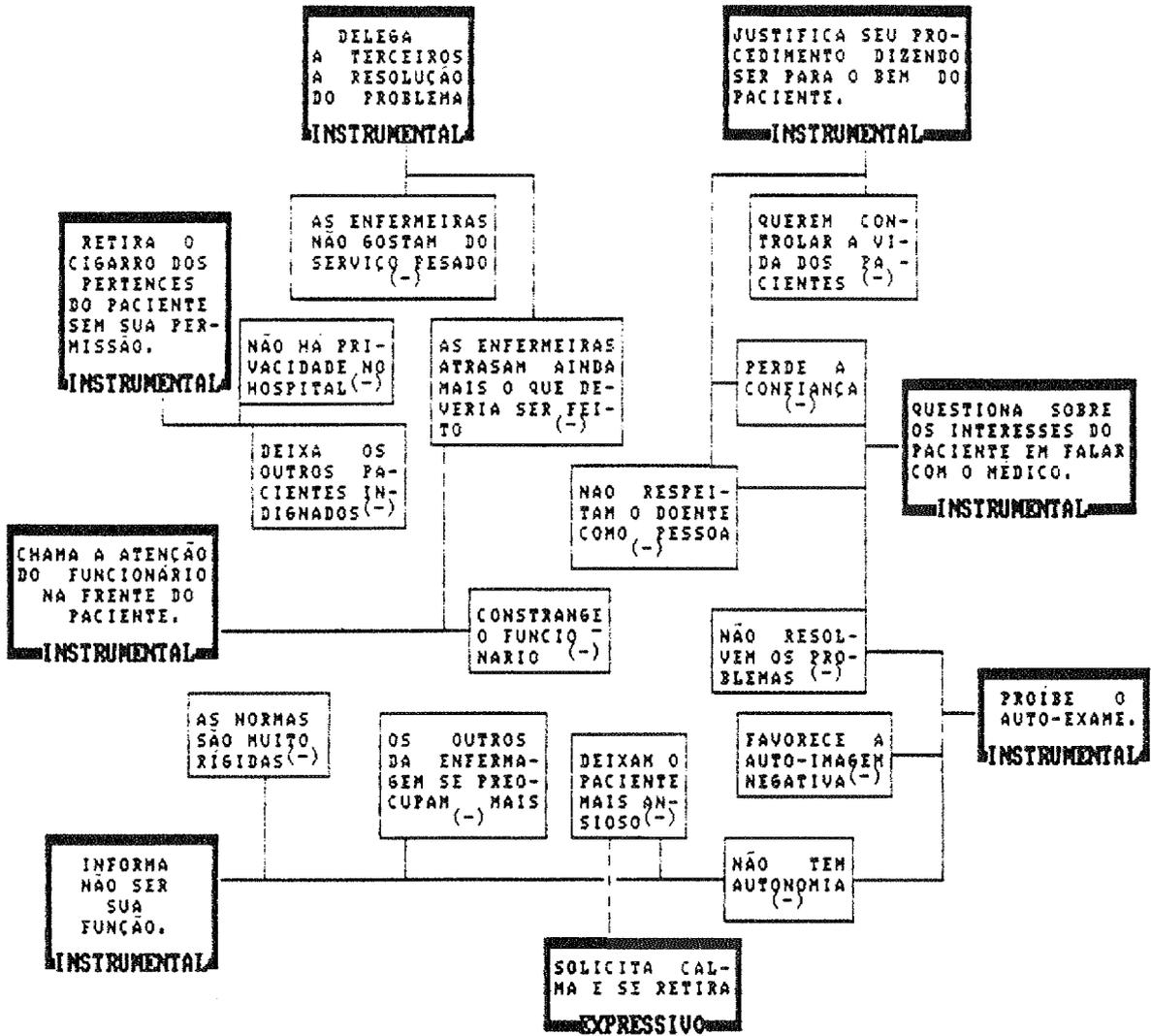
Comportamentos comuns na rotina de trabalho da enfermeira, como delegar a terceiros a resolução de problemas menos complexos, pedir para o paciente esperar, ou achar que sua atitude "**É PARA O BEM DO PACIENTE**", foram os

relatos negativos mais citados quando solicitamos que dissessem alguma coisa que não esperavam da enfermeira.

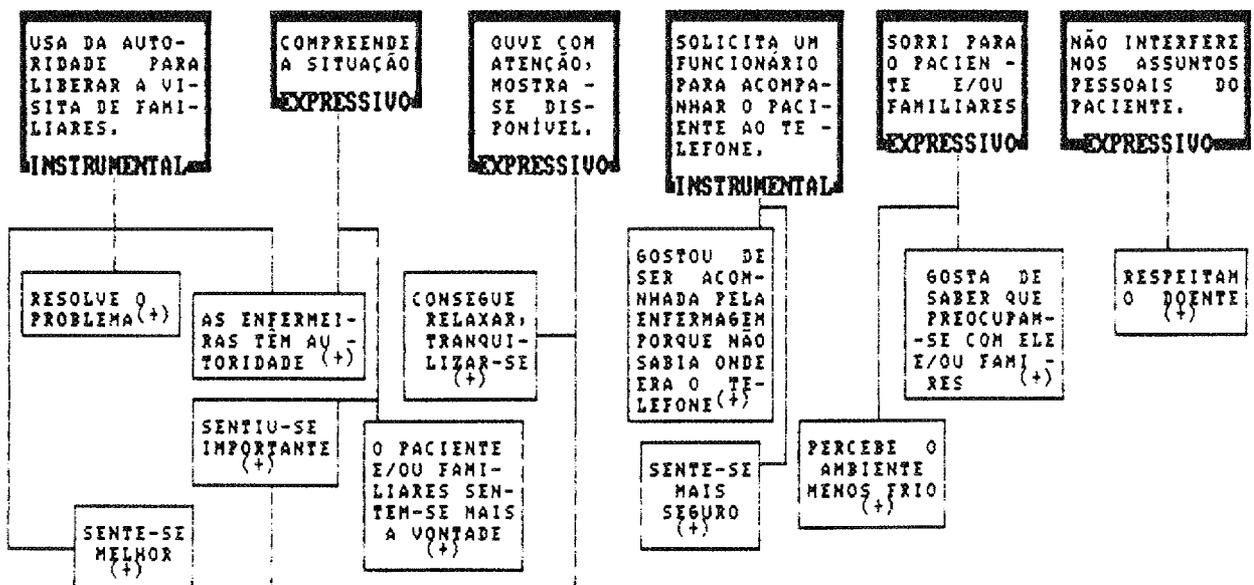
Se a maneira automática e impessoal de se relacionar com o indivíduo doente gera consequências desastrosas, os comportamentos da enfermeira voltados às necessidades imediatas desses indivíduos resultam em consequências positivas, que correspondem às suas expectativas .

Apresentaremos, a seguir, a relação direta entre os comportamentos da enfermeira e suas respectivas consequências para o paciente, nas diferentes situações de interação entre ambos, através de esquemas gráficos. As figuras com o tracejado mais forte correspondem aos comportamentos das enfermeiras e aquelas às quais estão ligadas correspondem às suas respectivas consequências .

ESQUEMA GRÁFICO 1a - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências negativas na situação de CONTROLE.

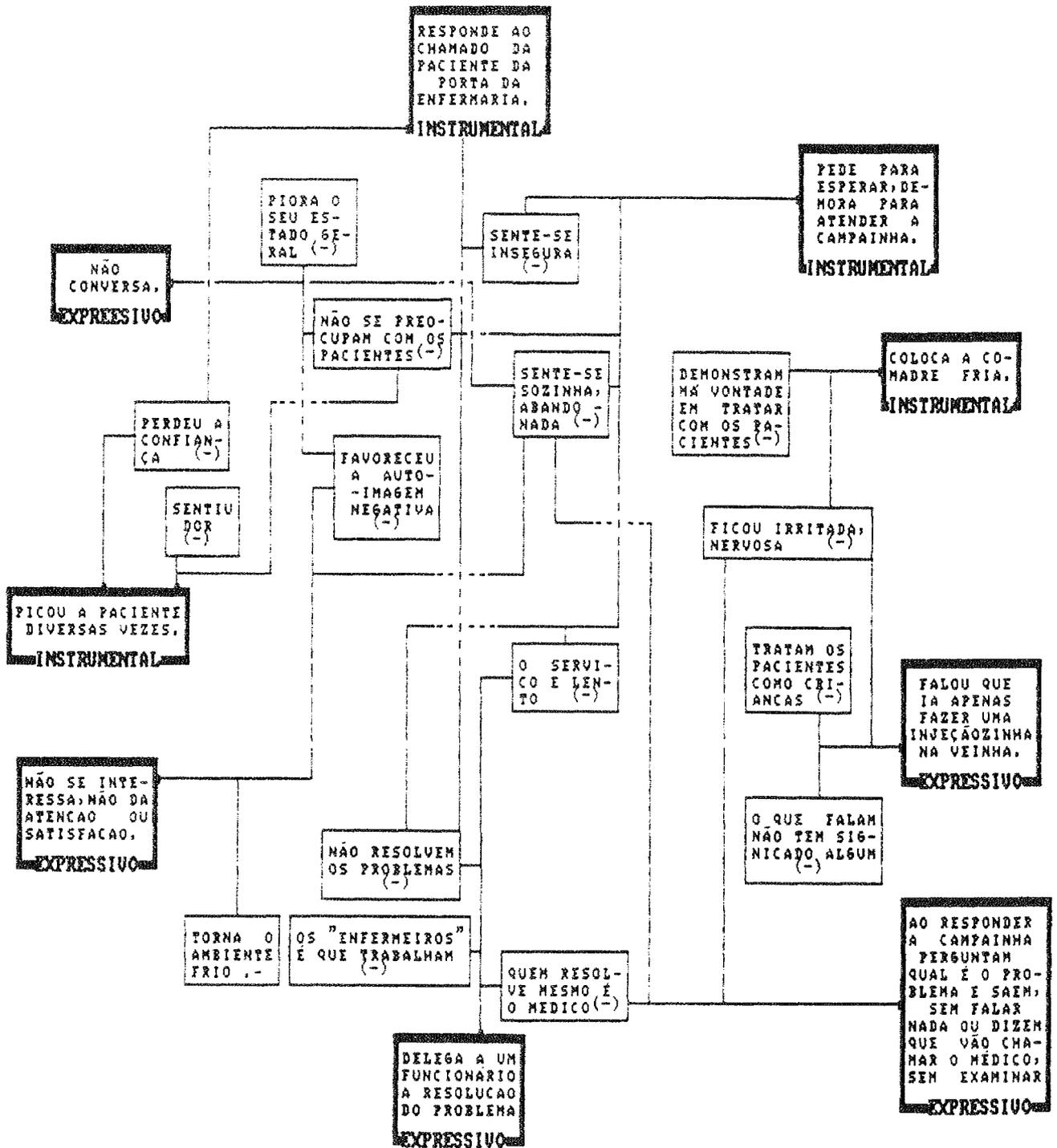


ESQUEMA GRÁFICO 1b - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências positivas na situação de CONTROLE.



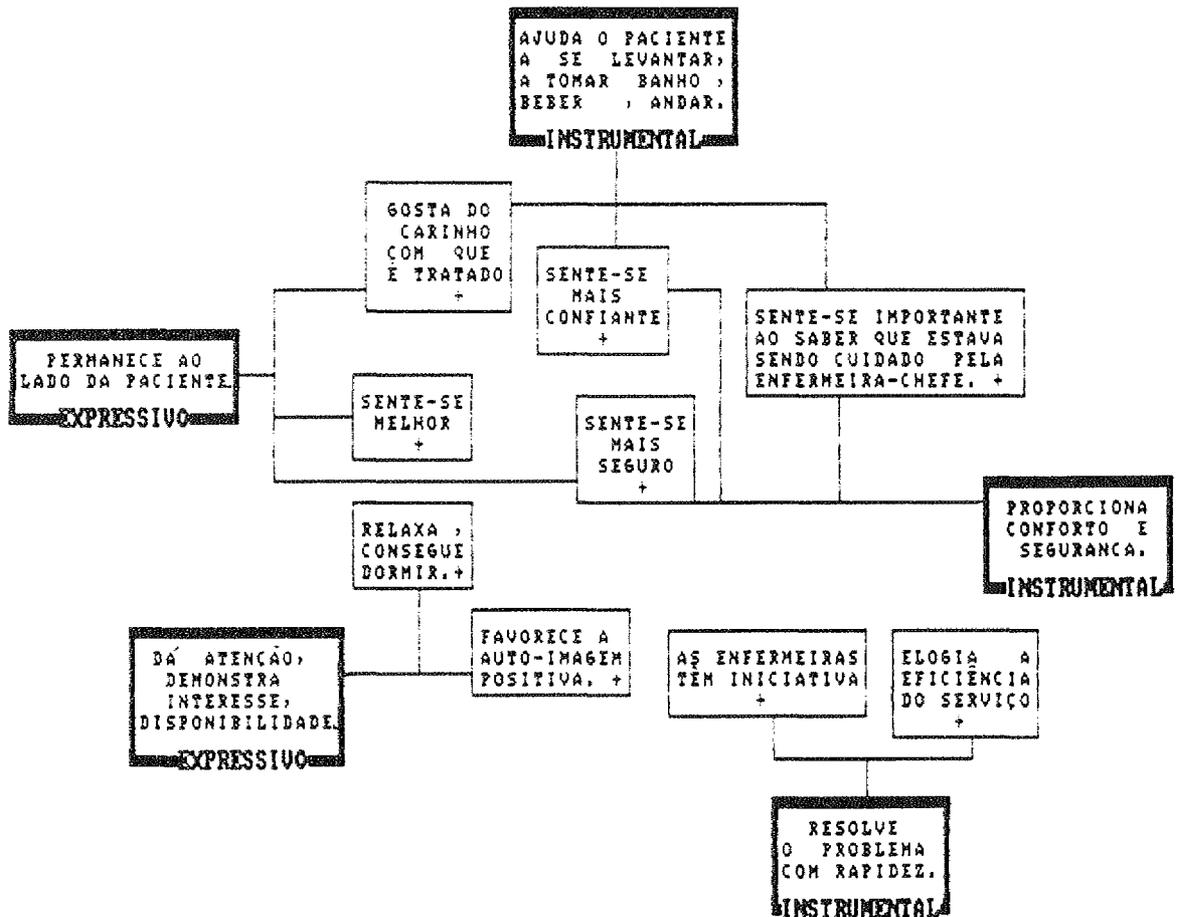
Descrevemos como CONTROLE DA ENFERMEIRA àquelas situações onde esse profissional de alguma forma detém a fiscalização sobre as atividades do paciente. Percebemos nos relatos negativos, tanto a rigidez no CONTROLE como o desvio da responsabilidade num momento onde o CONTROLE deveria ser da profissional, como causas de insatisfação. O estudo de SPEEDLING & ROSENBERG(62) sobre a responsabilidade dos administradores no bem estar dos pacientes, guardando-se as devidas proporções quanto as diferentes características entre os pacientes estudados, relembra que **"a melhor decisão não é aquela feita para o paciente, mas com sua participação ativa"**. Assim sendo, considerando a administração da assistência uma das funções da enfermeira, ou o paciente não participa das decisões, ou o profissional não se compromete com a resolução do problema. Nos relatos positivos percebemos que os pacientes esperam que o controle exercido pela enfermeira não seja sinônimo de autoritarismo e, sim, de autoridade, demonstrando a importância do respeito ao indivíduo doente em situações onde a realização dos seus desejos dependem da profissional.

ESQUEMA GRÁFICO 2 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências na situação de NEGLIGÊNCIA.



As situações onde houve relatos de NEGLIGÊNCIA por parte da enfermeira mostraram-se negativas. O indivíduo internado na clínica cirúrgica quer ver o seu problema resolvido, ou pelo menos, espera a atenção do profissional para seu melhor encaminhamento. Entretanto, observamos que nesses relatos onde houve negligência, o profissional não soube utilizar a comunicação de maneira estratégica(34), de forma a transmitir a confiança necessária, demonstrar ao indivíduo suas propostas e planos de ação, assegurando a sua aceitação ao tratamento, o que resultou exatamente no contrário: insegurança, abandono e irritação, seja nos comportamentos INSTRUMENTAIS como nos EXPRESSIVOS. Esse descompromisso da enfermeira com o paciente gerou total descrédito quanto a sua capacidade técnica ("os enfermeiros é que trabalham"; "quem resolve mesmo é o médico"), dificultando o reconhecimento do paciente quanto a importância deste profissional e, a nível institucional, refletindo numa imagem de ineficiência e lentidão.

ESQUEMA GRÁFICO 3 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências na situação de NECESSIDADE DE AJUDA.

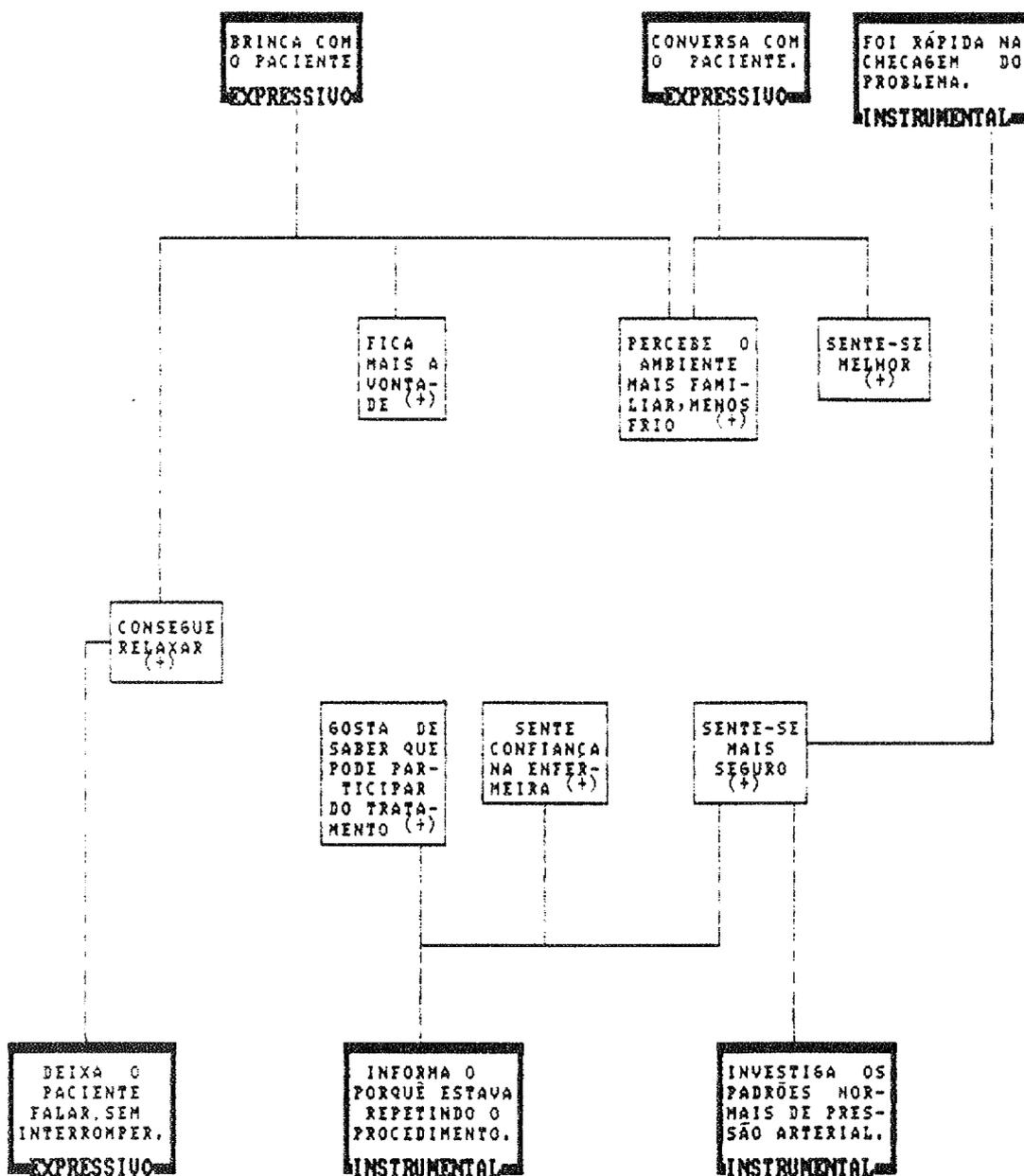


Internado na clínica cirúrgica e tendo ou não sido operado, o paciente passa por várias situações onde, de alguma forma, necessita da ajuda da enfermeira.

Entre os comportamentos mais citados, observamos que a necessidade de cuidados básicos, quando suprida, deixa o paciente mais confiante e faz com que sintasse melhor.

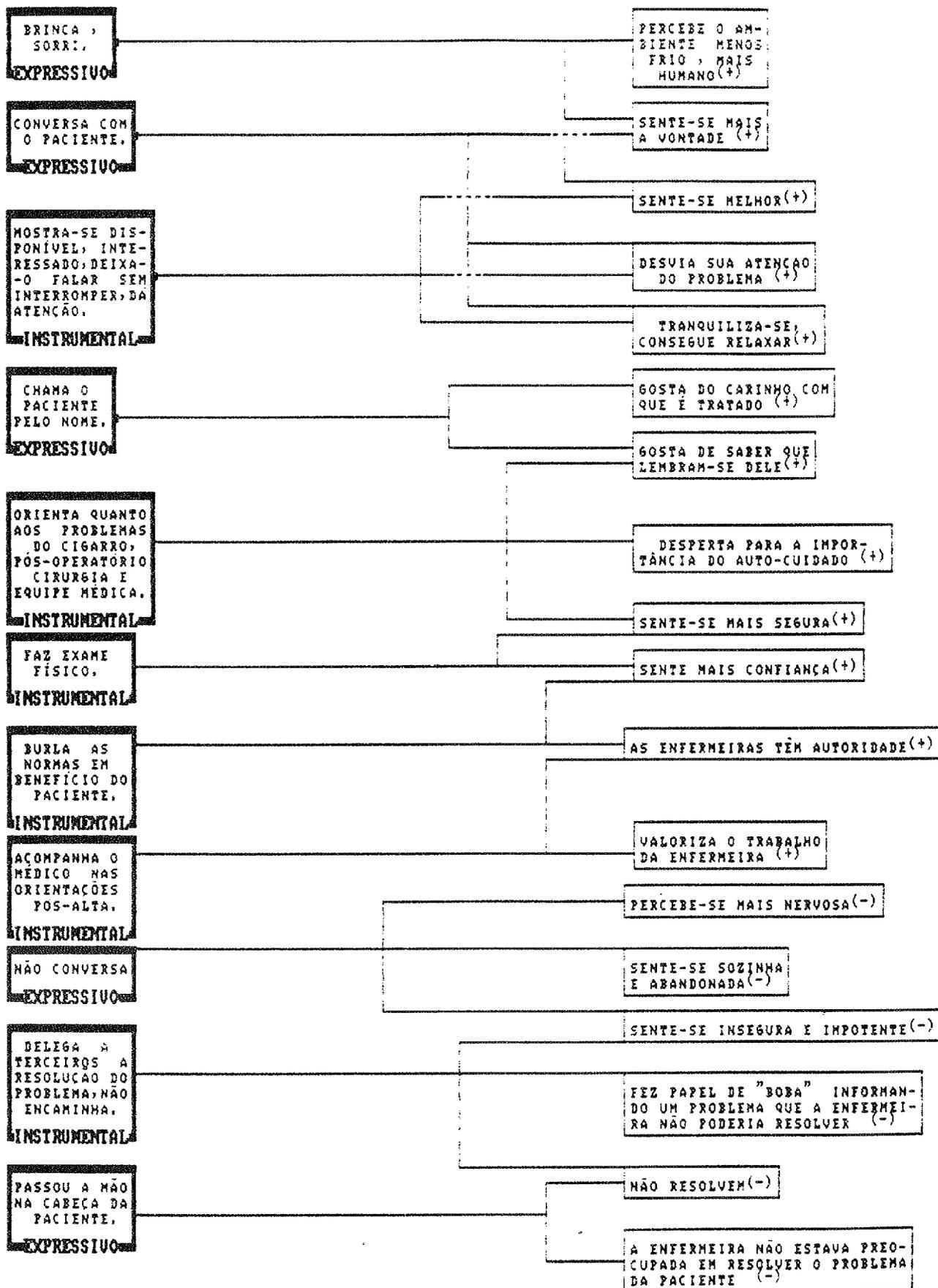
Sentir-se importante ao saber que a ajuda foi dada pela "enfermeira chefe" foi uma das consequências mais comumente descritas nesta situação. Reportando-nos ao trabalho de LUM(37) que descreve sobre os padrões de interação do pessoal de enfermagem e projetando para a relação entre enfermeira e paciente, podemos dizer que a satisfação do paciente é positivamente relacionada ao status do profissional com que ele interage. Entretanto, a prática tem demonstrado que quanto maior o nível hierárquico no "staff" de enfermagem, maior o distanciamento do paciente, provavelmente pelo desvio de funções decorrente nas instituições hospitalares exacerbadamente burocráticas.

ESQUEMA GRÁFICO 4 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências na situação de PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA



Observamos que os comportamentos INSTRUMENTAIS da enfermeira proporcionaram, principalmente, maior segurança quanto ao tratamento. Nesta situação, no momento em que a enfermeira interage com o paciente, visando planejar a assistência de enfermagem prestada pela equipe durante a verificação da pressão arterial, percebemos que os comportamentos da enfermeira são positivos, gerando satisfação com o cuidado recebido. A tranquilidade e harmonia com o ambiente decorreram dos comportamentos EXPRESSIVOS, sugerindo que o equilíbrio entre o comportamento INSTRUMENTAL E EXPRESSIVO, seja o ideal para se desenvolver qualquer procedimento técnico, onde a enfermeira é responsável pelo seu planejamento.

ESQUEMA GRÁFICO 5 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências nas situações de MEDO e TENSÃO.



Arrolamos os principais comportamentos e consequências nas situações de MEDO E TENSÃO e observamos que a expectativa maior diz respeito aos comportamentos EXPRESSIVOS. O indivíduo internado na clínica cirúrgica espera ser ajudado a voltar ao equilíbrio, à harmonia individual e do grupo; neste sentido, a profissional enfermeira desta unidade de internação, que estabelece o relacionamento pessoa-a-pessoa, consegue um resultado positivo. Pelos relatos observamos que uma simples conversa - seja sobre o motivo que o está levando à situação de MEDO/TENSÃO, seja desviando-o do problema, buscando outros interesses pessoais do indivíduo - é suficiente para tranquilizá-lo e minimizar suas preocupações.

O ser doente quer alguém que deixe-o falar, que se mostre interessado naquilo que está falando e com tempo disponível para ouvir o que tem a dizer; dessa maneira, as tensões são controladas e o paciente sente-se mais relaxado e tranquilo. Entretanto o comportamento INSTRUMENTAL também gera satisfação porque transmite confiança e segurança na profissional e no hospital.

Nessa situação, assim como em outras, observamos que quando a enfermeira prioriza suas funções, sem considerar as necessidades do indivíduo, as consequências são negativas, podendo levar até a piora do quadro geral do paciente.

Delegar a resolução dos problemas a terceiros, ou se comprometer a resolvê-lo e não fazer, ou não

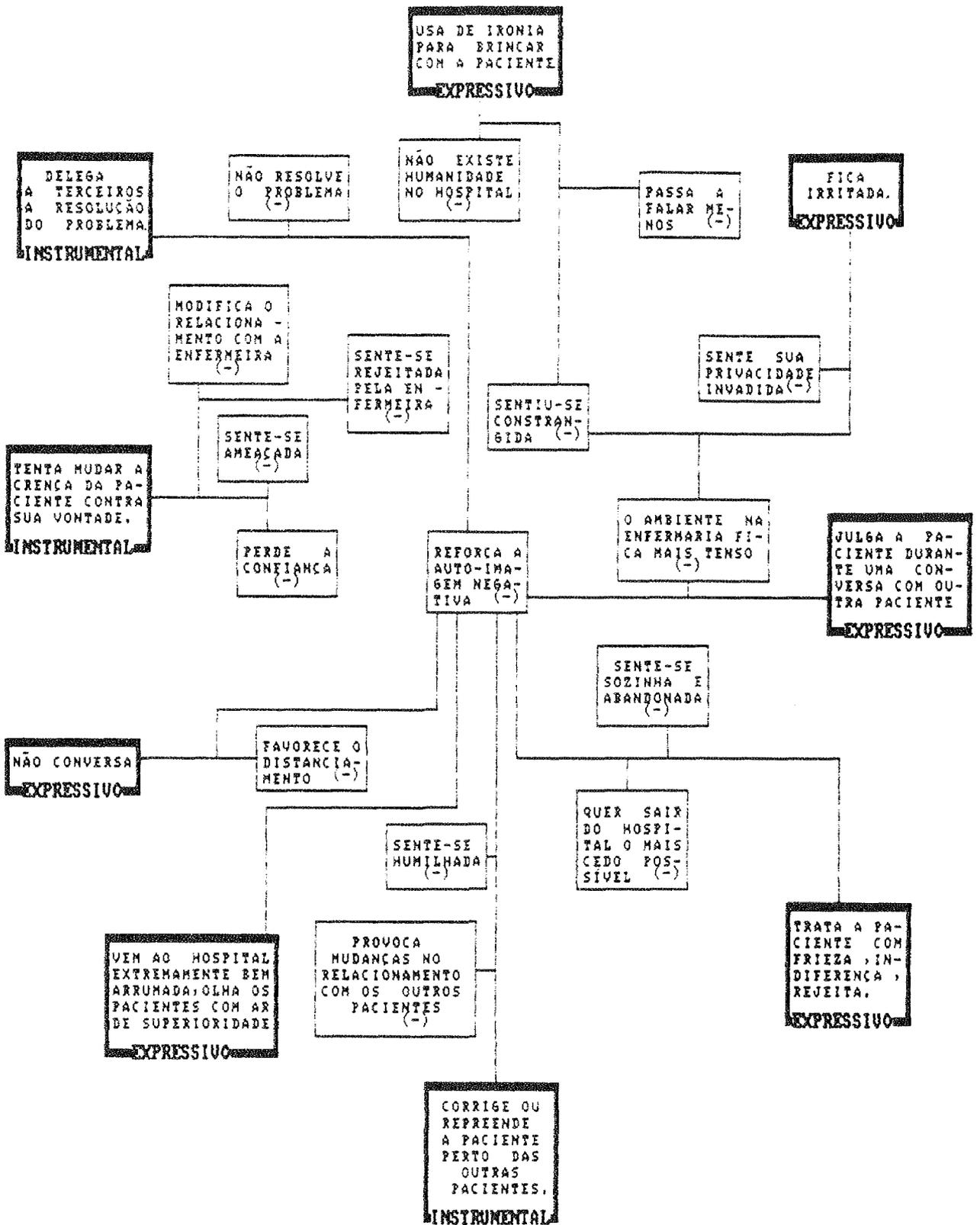
encaminhar à pessoa competente, são comportamentos não tão raros, relatados como negativos, que levam a insegurança, nervosismo, perda de confiança, etc. Percebemos que a administração ineficiente e a falta de liderança foram colocações feitas pelos pacientes como comportamentos negativos da profissional quando diziam respeito diretamente a assistência; da mesma maneira, foram descritos como positivos quando o resultado imediato dessa administração e liderança supriram as suas necessidades enquanto ser doente.

Foi a situação que obteve maior número de relatos quanto ao comportamento da enfermeira, conseqüentemente onde se localizou a maior expectativa dos pacientes.

Ao nos reportarmos a necessidade original descrita por JOHNSON(33), entendemos a importância para o paciente de uma simples conversa, ou uma brincadeira, sorriso ou atenção nos momentos de maior instabilidade emocional.

Da mesma forma, a falta dessas atitudes gera insatisfação e conseqüências negativas para a imagem do profissional e para a recuperação do paciente, como falta de apoio, solidão e reforço da auto-imagem negativa decorrente da doença e do distanciamento de parentes e amigos.

ESQUEMA GRÁFICO 7 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências na situação de CONSTRANGIMENTO.



Estes comportamentos da enfermeira foram significativamente negativos para os pacientes, porque aumentaram o seu nível tensional durante a internação na Clínica Cirúrgica.

Percebemos que o indivíduo doente espera que a enfermeira compreenda suas atitudes e brincadeiras, mesmo, às vezes, sendo inadequadas para o ambiente.

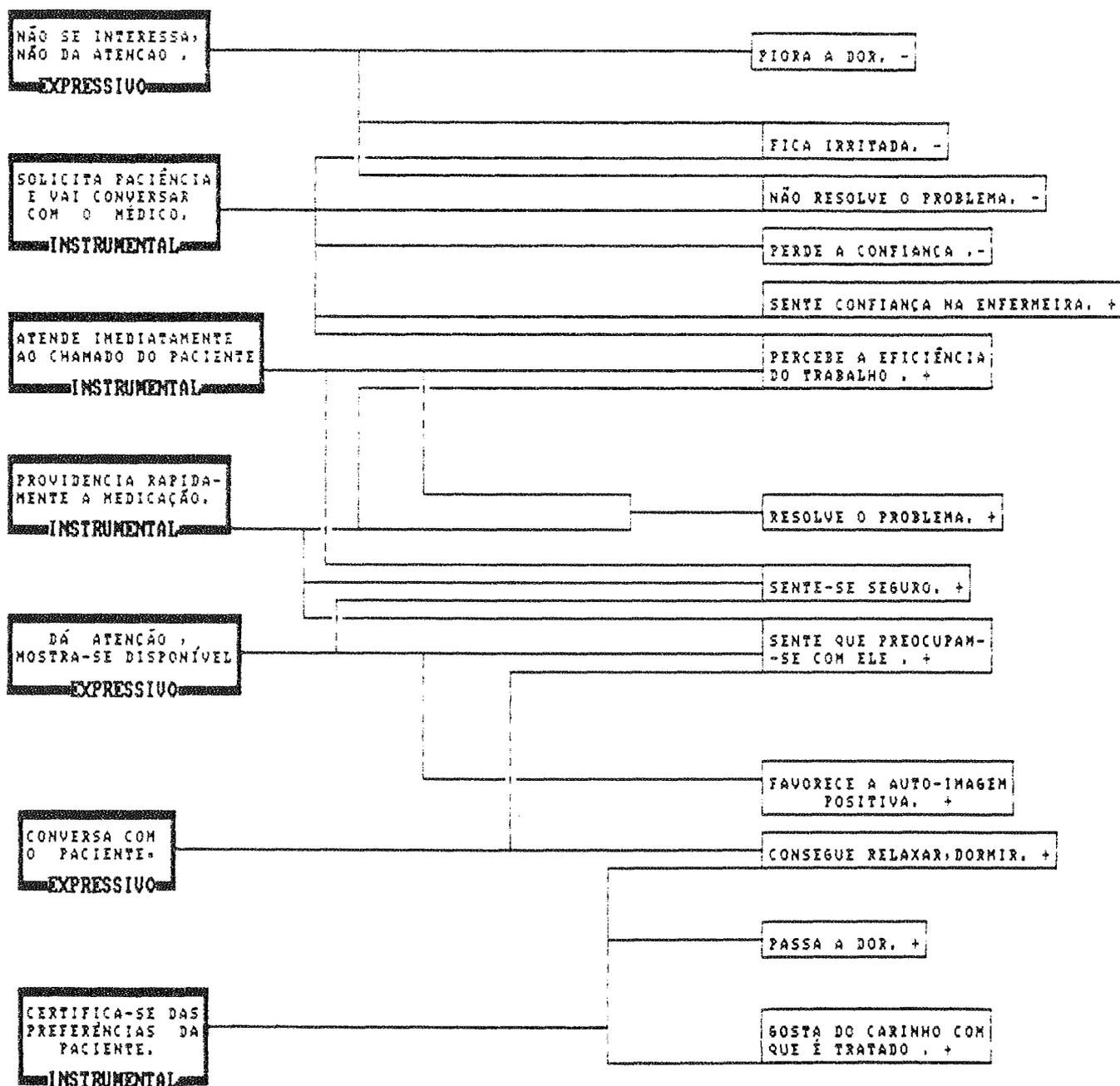
Em alguns comportamentos onde a enfermeira repreendeu o paciente, a consequência foi um sentimento de **CONSTRANGIMENTO**, com reforço da auto-imagem negativa, geralmente presente durante a internação nesta clínica pela fragilidade emocional em que o paciente se encontra.

No dizer de JOHNSON(33) a regressão é esperada durante o período de doença e hospitalização. O paciente está dependente, egocêntrico, sujeito a medos irracionais e com a sua capacidade de auto-controle ameaçada, o que justifica a grande expectativa quanto aos comportamentos **EXPRESSIVOS** da enfermeira e a insatisfação com os comportamentos relatados.

Dentre os comportamentos relatados **"VIR AO HOSPITAL EXTREMAMENTE BEM ARRUMADA E OLHAR OS PACIENTES COM AR DE SUPERIORIDADE"** demonstrou a importância da comunicação não verbal durante a interação enfermeira/paciente. Sabemos o quanto a aparência física de uma pessoa é uma característica proeminente e imediatamente acessível a outros em situações de relação interpessoal. Dentre os diversos aspectos físicos visíveis, a atratividade física facial(36) desempenha uma importante função de informar a respeito da pessoa e de

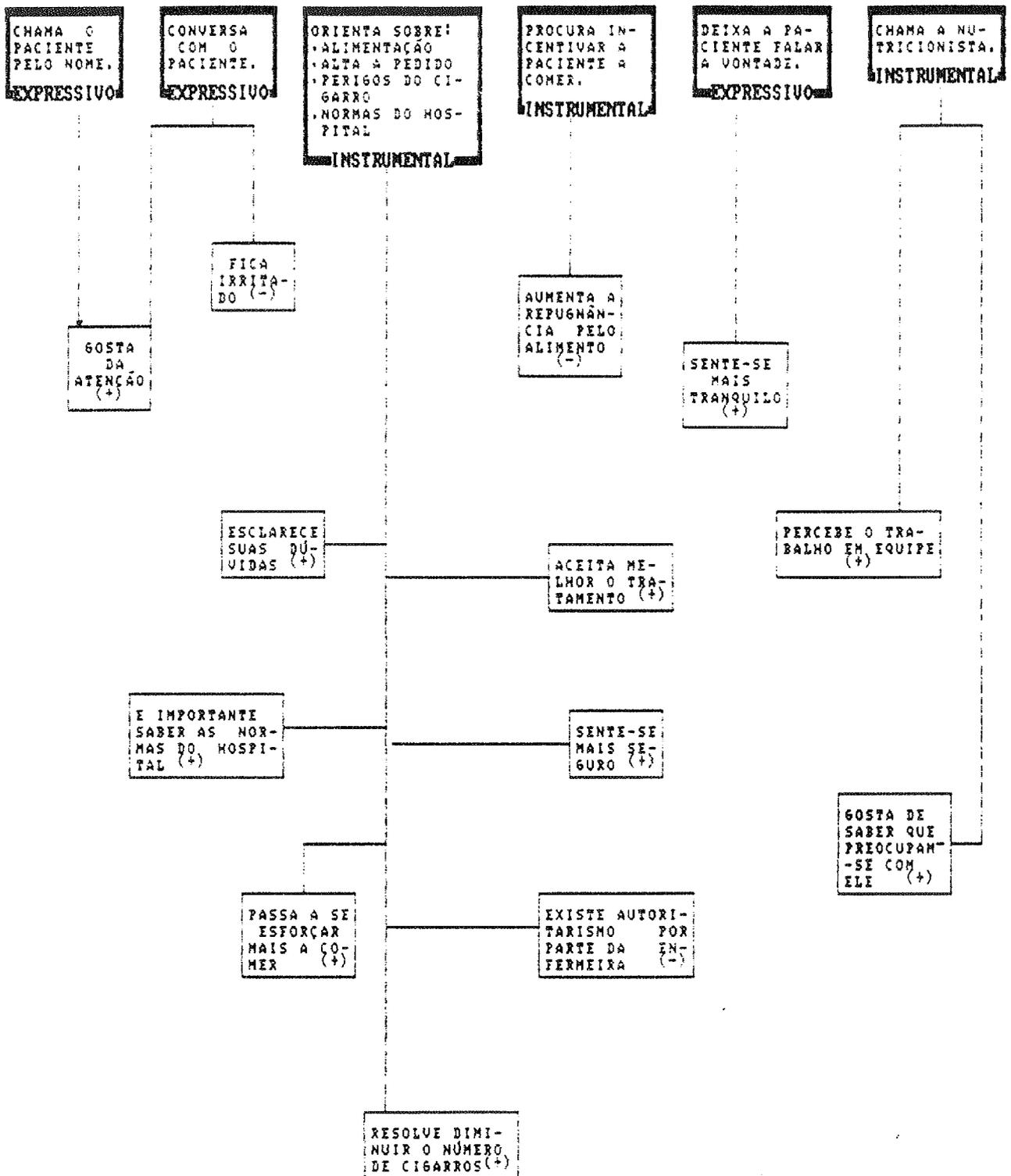
influenciar acentuadamente a percepção que se tem acerca de outros aspectos dessa pessoa. A enfermeira deve se preocupar com essas questões ao interagir com o paciente internado na clínica cirúrgica porque interferem no seu nível de satisfação quanto ao cuidado recebido.

ESQUEMA GRÁFICO 8 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências na situação de DOR.



Apresentamos os comportamentos quantitativamente mais relevantes na situação de DOR. Observamos nesta situação que o mesmo comportamento INSTRUMENTAL da enfermeira - **"solicita paciência e vai procurar o médico"** - teve dois significados para profissionais e pacientes distintos; sugerindo níveis de confiança diferentes. PLUCKHAN(39)(apud MENDES) refere em seu estudo que o nível de confiança entre enfermeiro e paciente depende dos seus vínculos e compromissos, estabelecendo uma relação diretamente proporcional entre o período de permanência do paciente e o nível de confiança e coesão entre ambos. Assim sendo, quanto maior o tempo que o indivíduo doente tiver para testar os motivos e compromissos do profissional, mais confiança terá em seu trabalho e melhor o relacionamento entre ambos. No relato positivo, o paciente estava internado pela terceira vez na mesma enfermaria e conhecia há mais tempo a enfermeira; já o outro paciente estava no sétimo dia de pós-operatório e não havia anteriormente se submetido a internação na instituição estudada, corroborando os achados de PLUCKHAN(39). Mais uma vez para o paciente foi importante o equilíbrio entre os comportamentos INSTRUMENTAIS E EXPRESSIVOS.

ESQUEMA GRÁFICO 9 - Comportamentos EXPRESSIVOS e INSTRUMENTAIS da enfermeira e suas respectivas consequências na situação de ORIENTAÇÃO.



Observamos nestes relatos que quando a proposta da enfermeira é orientar o paciente, seus comportamentos quase sempre são bem aceitos, salvo quando não existe o interesse em compreender as suas necessidades, mas apenas as necessidades do profissional. NIGHTINGALE(43), lucidamente observou o quanto a função de orientar o paciente pode tornar-se mais uma rotina sem sentido, quando não visa os interesses do indivíduo doente: "Nenhum menosprezo no mundo é tão vazio e desprovido de valor quanto a informação jogada sobre o paciente. É inútil para o doente dizer qualquer coisa, pois o que o informante quer não é saber a verdade sobre o estado do paciente, mas transformar o que quer que seja que o doente possa dizer, com o intuito de apoiar seus próprios argumentos; as afirmações são repetidas sem qualquer questionamento, qualquer que seja a real condição do paciente".

4 - DISCUSSÃO

Observamos na literatura de enfermagem que os investigadores relacionam os padrões de interação à satisfação do paciente(10), ou seja, não dá para determinar se um resultado positivo para o paciente foi devido ao seu conteúdo técnico (por exemplo, dá informação), ou a impressão afetiva positiva criada pela enfermeira tecnicamente competente. Por outro lado, investigações do domínio afetivo do comportamento da enfermeira têm geralmente sido entendidas sem referência a competência técnica ou ao conteúdo da comunicação.

A iniciativa de se levar a efeito uma investigação sobre as expectativas do paciente foi motivada pelo nosso interesse em estudar quais os padrões de interação entre enfermeira e pacientes quando estão internados na clínica cirúrgica.

Neste trabalho observamos que são nas situações de MEDO e TENSÃO para o paciente que a enfermeira mais aparece nos relatos de incidentes, quase sempre correspondendo às expectativas. Os dados encontrados no conteúdo das situações, comportamentos e consequências demonstraram que a enfermeira consegue minimizar o medo e aliviar as tensões, recuperando novamente o equilíbrio

interno do indivíduo doente. A clínica cirúrgica predispõe a sentimentos de MEDO ou TENSÃO pelo desconhecimento do indivíduo doente sobre sua evolução, prognóstico, retorno à vida normal e aceitação pela família, amigos e parentes(19,58); sendo assim, os profissionais de saúde que lidam com essa pessoa precisam estar atentos às suas necessidades e tentar supri-las. O desequilíbrio interno durante a internação na clínica cirúrgica decorre(53) da dúvida e da inquietude gerados pela ameaça da doença e da cirurgia, levando o indivíduo a alternar sentimentos de MEDO e ESPERANÇA, e por isso, a sofrerem no período de internação.

Pelos relatos encontramos que o significado afetivo dos comportamentos da enfermeira nas situações de MEDO e TENSÃO corresponderam às expectativas dos pacientes quanto ao caráter EXPRESSIVO desse momento.

Quando falamos em componente afetivo nos reportamos ao que TRAVELBEE(67) descreve como "RAPPORT", ou relacionamento pessoa-a-pessoa. A enfermagem, para TRAVELBEE(67), tem o propósito de assistir ao indivíduo doente e família, prevenindo ou ajudando-os a enfrentar as experiências significativas da doença e do sofrimento. Esse objetivo só é alcançado através do relacionamento pessoa-a-pessoa ("rapport"). A autora caracteriza o "rapport" como a interrelação de sentimentos e pensamentos transmitidos e comunicados de um para outro ser humano; cabe, então, a enfermeira empenhar-se, intencionalmente, em conhecer o indivíduo doente e determinar suas necessidades. TRAVELBEE(67)

discorre em seu estudo que essas necessidades são encontradas a partir de uma abordagem intelectual sistematizada para resolução dos problemas do indivíduo doente, associada ao uso terapêutico de si mesmo, cuja extensão é determinada pela habilidade da enfermeira em chegar ao "rapport". Dessa maneira, entendemos que a expectativa do paciente internado na clínica cirúrgica, ou seja, aquilo que o deixa satisfeito com a atuação da enfermeira, diz respeito tanto ao apoio sócio-emocional como a administração da assistência, desde que a atenção da enfermeira esteja centrada no indivíduo doente e consiga estabelecer o relacionamento pessoa-a-pessoa.

Nos incidentes relatados observamos uma possível fonte de confusão na distinção entre o caráter intrínseco da comunicação e o seu significado afetivo. Por exemplo, "PROPORCIONAR CONFORTO" pode ter um caráter emocional para o paciente, mas não foi considerado como um comportamento afetivo, pois faz parte da função técnica da profissional enfermeira(56). O impacto afetivo da comunicação é distinto de suas características intrínsecas e é uma função de como o conteúdo particular é conduzido e da impressão criada no ouvinte.

Quando observamos nos resultados a necessidade dos pacientes de uma profissional com habilidades técnicas e de liderança, percebemos que a realidade do processo administrativo no trabalho de enfermagem não faz parte apenas das exigências das instituições de saúde

enquanto órgão empregador. O engajamento político da enfermagem na última década(82) talvez tenha sido um fator relevante para que a profissional saísse da fase técnica e, conseqüentemente, de subordinação, para caminhar às outras necessidades da assistência de enfermagem, entre elas a administrativa.

Talvez nesse período de transição entre o cuidado técnico e o alcance das necessidades do trabalho, os pacientes sintam falta da profissional do passado, mas acreditamos que o equilíbrio virá com a transformação dessa prática e a satisfação será maior com o cuidado recebido.

Percebemos, através desse estudo, que as impressões quanto a afetividade e a satisfação são favorecidas tanto pelo conteúdo técnico da interação como pela maneira afetiva do relacionamento entre enfermeira e paciente.

Diríamos que a insatisfação que é o resultado dos conflitos e disfunções do papel da enfermeira(56,70). O profissional, engajado numa estrutura hospitalar burocrática, prioriza o cumprimento de tarefas e funções valorizados pelo profissional médico e pela instituição, o que, na maioria das vezes, não coincide com as necessidades do indivíduo doente.

Entendemos a relevância da função administrativa da enfermeira - um dos elementos de definição do perfil da profissional moderna -, mas não da maneira com que tem sido desempenhada. TREVIZAN(68) ao tratar do assunto, conclui em seu trabalho : "...é impossível desconhecer a

existência de um descompasso que provoca tensões, desmotivações e conflitos -descompasso esse que surge da dicotomia entre a teoria e a prática. A teoria centrada no discurso da assistência direta, numa visão abstrata de uma enfermeira ideal; a prática e o mercado de trabalho opondo-se a esta imagem refletem uma enfermeira ocupada com outras funções". O distanciamento do paciente, decorrente dessa realidade administrativa e em dissonância com o discurso do cuidado direto, não justifica a perda da identidade profissional, pois o trabalho da enfermeira deve ser, em essência, centrado na pessoa doente, seja qual for a função desempenhada.

Com este estudo observamos que a oposição não se faz pelos pacientes, porque eles não esperam que a profissional dê o cuidado direto. As expectativas visam uma enfermeira que consiga manter um ambiente terapêutico na clínica cirúrgica, o que inclui uma variedade de comportamentos esperados, tais como proporcionar conforto, segurança, bem-estar, apoio e compreensão nos momentos de aflição do paciente, servindo para diminuir seu nível de tensão. Mas também esperam uma profissional que lidere o "staff" de enfermagem e resolva os problemas imediatos dos pacientes com rapidez e eficiência técnica, ou seja, que saibam administrar a assistência com competência técnica sem perder a afetividade nos seus comportamentos. Devemos mudar o discurso e nos preparar para a realidade de uma profissional

com novas funções, sem mudarmos a razão da assistência: o paciente.

5 - CONCLUSÕES

A finalidade deste estudo foi iniciarmos uma discussão sobre o enfoque dado pelo paciente em relação a **COMUNICAÇÃO** estabelecida com a enfermeira.

Na conclusão deste trabalho, considerando os objetivos iniciais, chegamos a alguns resultados importantes:

I > Em relação a identificação das situações onde a enfermeira interage com o paciente internado na Clínica Cirúrgica :

. Os relatos dos incidentes críticos demonstraram que as enfermeiras interagem com os pacientes quando estão numa situação de **MEDO** ou **TENSÃO**, com **DOR**, quando precisam da sua avaliação para o **PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA**, sentem-se em **DEPRESSÃO** , **SOLIDÃO** ou **CARENTES DE AFETO**, quando necessitam de **ORIENTAÇÃO** ou **AJUDA**, ou de alguma forma, positiva ou não, exercem algum **CONTROLE** sobre o indivíduo doente. Outras vezes o paciente refere situações predominantemente negativas como resultado da comunicação, seja quando provoca algum **CONSTRANGIMENTO** no paciente ou quando a enfermeira demonstra--se **NEGLIGENTE** no cuidado.

. Entre essas situações, aquela que, quantitativamente, obteve o maior número de citações foi a de **MEDO** e **TENSÃO**. Na maioria das vezes, quando os pacientes passam por esta situação, as enfermeiras correspondem às suas expectativas, proporcionando-lhes a tranquilidade e o relaxamento necessários para aliviá-los do sofrimento.

. O discurso dos pacientes que enfrentam uma situação de **MEDO** ou **TENSÃO** demonstra que a maior necessidade é de **CONVERSAR** com alguém que tenha disponibilidade para ouvi-los e ajude-os a manter o equilíbrio interno e a harmonia. Essa iniciativa tranquiliza e relaxa o indivíduo doente, ajudando-o a enfrentar a doença e a hospitalização.

II) Quanto aos comportamentos da enfermeira na interação com o paciente:

. Dentre os 221 comportamentos críticos, obtivemos a relação de 2/3 positivos para 1/3 negativos.

. Os comportamentos positivos da enfermeira vêm sempre acompanhados de afetividade, seja numa tarefa ou numa abordagem emocional; já nos comportamentos negativos não houve afeto, apenas a preocupação com a ação a desenvolver de maneira mecânica e impessoal.

. O relato de abandono, falta de preocupação quanto as necessidades do paciente, insegurança e impotência diante de uma situação, nervosismo, perda de confiança na profissional ou no hospital, falta de compromisso com a resolução do problema do paciente e reforço da auto-imagem negativa, foram as consequências negativas mais relatadas pelos pacientes em decorrência do comportamento impessoal da enfermeira.

. Os comportamentos que deixaram os pacientes mais satisfeitos com a atuação da enfermeira, foram: **ouvir com atenção, mostrar-se disponível, interessada, deixar o paciente falar sem interromper e, principalmente, conversar.**

. A maior causa de insatisfação com o comportamento da enfermeira foi **"não conversar com o paciente"**.

. A satisfação é maior com os comportamentos EXPRESSIVOS do que com os INSTRUMENTAIS, o que significa dizer que a enfermeira tem obtido sucesso com a manutenção de um ambiente terapêutico, mas tem deixado a desejar como líder do grupo de enfermagem e quanto ao seu desempenho nos procedimentos técnicos.

III) Quanto as expectativas do paciente quando se estabelece a interação com a enfermeira:

As expectativas dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica são de uma enfermeira que desenvolva suas tarefas com afetividade e não de maneira impessoal e automática.

Esses pacientes valorizam e esperam uma profissional que assuma a liderança na interação, mas que vise, em primeiro plano, as necessidades do ser doente.

A manutenção de um ambiente terapêutico, função da enfermeira, tem importância tanto quanto orientar, examinar e cuidar no momento em que o paciente solicita o cuidado de enfermagem. Os pacientes não esperam uma especialista INSTRUMENTAL OU EXPRESSIVO, mas o equilíbrio dessas dimensões, ou seja, cuidar da pessoa doente de maneira a manter a harmonia interna do ambiente e do indivíduo que nele estão inseridos.

O indivíduo doente internado na clínica cirúrgica sente-se insatisfeito com o desempenho técnico ou instrumental do trabalho da enfermeira, relatando que as consequências deste comportamento são na sua maioria negativas, gerando falta de confiança no serviço e no "staff", irritação, sentimentos de rejeição, reforçando a auto-imagem negativa, tensão, etc.

Quanto a técnica do Incidente Crítico, sua natureza retrospectiva pode levar a perdas de detalhes

importantes nos relatos, assim como seu caráter sensitivo dá margem a algumas alterações nos fatos descritos pelos pacientes. Essa subjetividade dificulta a análise e a categorização dos incidentes; entretanto, entre as vantagens da técnica, percebemos que os dados coletados oferecem uma perspectiva holística da assistência de enfermagem. Enquanto algumas metodologias enfocam minuciosamente o particular, aspectos isolados da prática clínica, por exemplo, a Técnica do Incidente Crítico fornece um amplo retrato da atividade a ser investigada e a percepção daqueles que se beneficiam ou não dessa atividade, na medida em que se faz uma análise do profissional que desenvolve o trabalho.

A técnica, por favorecer essa visão holística da assistência, permite-nos estabelecer a relação entre teoria e prática, a partir do conhecimento dos objetivos da comunicação para a profissional enfermeira e do confronto com os relatos dos incidentes críticos pelos pacientes.

6 - APRECIACES FINAIS

Neste trabalho pudemos perceber, através dos relatos dos pacientes, que algumas convicções quanto as funções da profissional enfermeira não corresponderam às expectativas dos pacientes internados na clínica cirúrgica.

Acreditávamos que este paciente, pelo caráter da internaco, esperava por profissionais voltadas ao aspecto emocional da assistência, com comportamentos essencialmente expressivos, onde o componente afetivo deveria ser a grande ênfase do cuidado e a maior fonte de satisfação pelo trabalho da profissional enfermeira. Entretanto, observamos que a exigência técnica  tão relevante para o paciente quanto o comportamento expressivo.

A satisfação  maior com o comportamento afetivo da enfermeira, mas ao mesmo tempo descrevem uma profissional ausente na maioria dos momentos de aflico e sofrimento.

Percebemos a necessidade dos pacientes de conversar com alguém que possa e queira ouv-lo; contudo, exigem uma profissional hábil tecnicamente, prática e objetiva na resolução dos seus problemas.

Enquanto coletvamos os dados, descartamos todos os relatos que não diziam respeito a enfermeira, mas achamos digno de nota a observação de que existe uma facilidade maior do paciente em descrever incidentes com o

restante do "staff" de enfermagem, principalmente no que se refere aos incidentes negativos.

Outro fator relevante foi a confirmação do egocentrismo desses pacientes, os quais mesmo gerando situações extremamente constrangedoras, tanto para a enfermeira como para o grupo, encontraram nos comportamentos da enfermeira rejeição e incompreensão, reforçando ainda mais a auto-imagem negativa desses pacientes.

Salientamos a importância da técnica do incidente crítico no que se refere ao ensino de enfermagem. A possibilidade da análise do trabalho da enfermeira na fase de formação é de extrema importância para que o aluno possa ir ao encontro da realidade do mercado de trabalho, no que se refere às necessidades dos consumidores do cuidado de enfermagem. De maneira objetiva e prática o aluno pode compreender o processo de trabalho na enfermagem e tirar suas próprias conclusões quanto o caminho a seguir para atuar de maneira efetiva na saúde coletiva com a utilização da Técnica do Incidente Crítico.

Pudemos perceber através dos relatos dos pacientes que eles não descrevem os incidentes críticos negativos da enfermeira com a mesma facilidade com que descrevem os positivos; mesmo assim, as expectativas dizem respeito aos comportamentos afetivos, mesmo quando a profissional está desenvolvendo uma habilidade técnica.

Com este estudo percebemos que a organização da assistência de enfermagem é reconhecidamente pelo paciente

internado na clínica cirúrgica, a mais significativa função da enfermeira. Este indivíduo quer a qualidade do trabalho, sendo que esta qualidade permeia a organização da assistência, o planejamento, a eficiência e a competência técnica, envoltos sempre num clima de afeto, que considere a **pessoa** doente em primeiro plano.

Finalmente, os pacientes esperam uma profissional com características de liderança e autonomia nas suas atitudes e decisões. A satisfação com o cuidado diz respeito à competência técnica e administrativa deste cuidado, ambos refletidos também pela capacidade de liderança da profissional.

RESUMO

A iniciativa de se levar a efeito uma investigação sobre as expectativas do paciente foi motivada pelo nosso interesse em estudar quais os padrões de interação entre enfermeira/paciente, quando internado na clínica cirúrgica. Os sujeitos envolvidos foram os pacientes internados há mais de seis dias na unidade cirúrgica de um hospital-escola da cidade de Ribeirão Preto/SP, tendo ou não sido operados. Objetivamos com este estudo identificar em que situações a enfermeira se comunica com este paciente, quais os comportamentos da enfermeira durante a interação e, então, entender quais as expectativas do paciente neste momento.

Optamos pela utilização da Técnica do Incidente Crítico para atingirmos nossos objetivos, por meio de entrevista direta aos pacientes. Os resultados mostraram que as enfermeiras interagem com os pacientes quando estes estão com medo ou tensos, quando sentem dor, ou necessitam de orientação ou ajuda, sentem-se deprimidos, sozinhos ou carentes de afeto, ou quando a enfermeira exerce algum controle sobre o indivíduo doente. Outras vezes o paciente refere situações predominantemente negativas como resultado da comunicação, seja quando a enfermeira provoca algum constrangimento no paciente ou quando demonstra-se negligente no cuidado. Pelos incidentes observamos que os comportamentos da enfermeira, relatados como positivos, vêm

sempre acompanhados de afetividade, seja numa tarefa ou numa abordagem emocional; já nos comportamentos negativos não houve afeto, apenas a preocupação com a ação a desenvolver, de maneira mecânica e impessoal. O relato de abandono, falta de preocupação com as necessidades do paciente, insegurança, e impotência diante de uma situação, nervosismo, perda de confiança na profissional ou no hospital, falta de compromisso com a resolução do problema do paciente e reforço da auto-imagem negativa foram as consequências mais relatadas em decorrência do comportamento impessoal da enfermeira. A maior causa de insatisfação com o comportamento da enfermeira foi "NÃO CONVERSAR COM O PACIENTE".

As expectativas dos pacientes são de uma enfermeira que desenvolva suas tarefas com afetividade e não de maneira impessoal e automática. Esses pacientes valorizam e esperam uma profissional que assuma a liderança na interação, mas que vise, em primeiro plano, as necessidades do ser doente. O indivíduo doente internado na clínica cirúrgica sente-se insatisfeito com o desempenho técnico ou instrumental do trabalho da enfermeira, relatando que as consequências deste comportamento são, na sua maioria, negativas, gerando falta de confiança no serviço e no "staff", irritação, sentimentos de rejeição, reforçando a auto-imagem negativa, tensão, etc.

THE SURGICAL PATIENT AND HIS EXPECTATIONS OF COMMUNICATION WITH THE NURSE

The objective of this investigation on the expectations of the patient was to study the interaction between the nurse and the surgical patient. The patients studied had been hospitalized more than 6 days in the surgical unit of a teaching Hospital in Ribeirão Preto, SP, Brazil. They included patients who had been operated and others who had not yet been operated. We identified the situations in which the nurse communicated with these patients, her behavior during the interaction, and the patient's expectations.

We chose the technique of critical incident with direct interview of the patients to obtain our objectives. The results showed that nurses interact with patients when the patients are afraid or tense, when they are in pain, or need orientation or help, feel depressed, alone or in need of affection, or when the nurse performs some type of control over the patient. Other times the patients referred to primarily negative situations as the result of communication, such as when the nurse caused the patient to feel uncomfortable or was negligent in her care. We observed that nursing behavior related as positive was always accompanied by affection, whether during a procedure or emotional interaction. In the negative behavior, there was no affection, only preoccupation with mechanical and impersonal action. Abandonment, lack of interest in the patient's

needs, insecurity and impotency in a situation, nervousness, loss of confidence in the professional or the hospital, lack of commitment to resolve the patient's problem and reinforced negative self-image were consequences of the impersonal behavior of the nurse most frequently reported. The greatest cause of dissatisfaction with nursing behavior was the lack of communication with the patient.

The expectation of patients is that the nurse performs her activities with affection and not in an automatic and impersonal manner. These patients value and expect a professional who assumes leadership in the interaction, but who sees the necessities of the patient. An ill individual hospitalized in a surgical clinic feels dissatisfied with the technical performance of nursing care, relating that the consequences of this behavior are generally negative, causing a lack of confidence in care and in the staff, irritation, feelings of rejection, reinforcement of negative self-image and tension.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- 01) ABDELLAH , FG & LEVINE , E - Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. **NURSING RESARCH**. 5 (3) ; 100 - 8 , Feb 1957 .
- 02) ALMEIDA , MCP - **ESTUDO DO SABER DE ENFERMAGEM E SUA DIMENSÃO PRÁTICA**. Rio de Janeiro , 1984 . 179p. Tese (Doutorado) . Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz .
- 03) ANSEMI, ML - **ESTUDO DA ROTATIVIDADE DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL - ESCOLA**. Ribeirão Preto .1988 .188p.. Dissertação (MESTRADO) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP .
- 04) ANTUNES, MJM - O ensino de administração da assistência de enfermagem nas escolas públicas da região sudeste. **REV. PAULISTA DE ENFERMAGEM**.10 (2): 58-67, Mai/Ago 1991 .
- 05) BAILEY , JT - The critical incident technique in identifying criteria of professional nurse effectiveness. **NURSING RESEARCH**. 5(2) : 52-64, 1956.
- 06) BAROCAS, R & VANCE, FL-Physical appearance and personal adjustment counseling. **JOURNAL OF COUNSELING PSYCHOLOGY**. 21 : 96-100 , 1974.
- 07) BERLO , DK - **O PROCESSO DA COMUNICAÇÃO : introdução a teoria e a prática**. São Paulo , Ed. Martins Fontes, 1979.
- 08) BLACK , K & SHIELDS , M - Proficiency of psychiatric nursing personnel. **NURSING OUTLOOK**. 3 : 37-41, Jan 1955.

- 09) CARTER, S & MOWAD, L - Is nursing ready for consumerism?
NAQ. 12 (3) : 74-8 , Spring 1988.
- 10) DACHELET , CZ - The critical incident technique applied
to the evaluation of the clinical practicum setting.
**JOURNAL OF NURSING EDUCATION. 20 (8): 15-31, Oct
1981.**
- 11) DELA COLETA, JA - A técnica dos incidentes críticos:
aplicações e resultados . **ARQ. BRAS. PSIC. APLIC. .
26 (2) : 35-58 , Abril/Jun 1974 .**
- 12) DIERS , DK et al - The effect of nursing interaction on
patients in pain . **NURSING RESEARCH. 21 (5) : 419-28,
Sep/Oct 1972.**
- 13) DIERS, DK & LEONARD, RC -Interaction analysis in nursing
research . **NURSING RESEARCH. 16 (3) ;225 - 8 ,Summer
1966.**
- 14) DIERS, DK & SCHMIDT, RL - Interaction analysis in nursing
research . In : VERHNOICK, P - **NURSING RESEARCH.**
Boston , Little Brown , 1977.
- 15) DUMAS , RG et al - The importance of the expressive
function in preoperative preparation .In : SKIPPER ,
JK & LEONARD , RC - **SOCIAL INTERACTION AND PATIENT
CARE.** Philadelphia, JB Lippincott Co., 1965 .pp 16-29 .
- 16) ECK , SA et al - Consumerism , nursing and the reality
of the resources . **NAQ.12 (3): 1 - 11 , Spring 1988.**
- 17) ELMS, RG & DIERS, DK-The patient comes to the hospital.
NURSING FORUM. 2 (3) : 89 - 97 , 1963.

- 18) ELMS, RG & LEONARD , RC - Effects of nursing approaches during admission . **NURSING RESEARCH**.15: 39.-.48, Winter 1966.
- 19) FERRAZ , ER - O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período trans-operatório. **REBEn.DF** , 35 : 48 - 59 , 1982.
- 20) FLANAGAN,JC - A técnica do Incidente Crítico.**ARQ. BRAS. PSIC. APL.**.25 (2) : 99-141 , Abr / Jun 1973.
- 21) FORCHUK , C - Establishing a nurse-client relationship. **JOURNAL OF PSYCHOSOCIAL NURSING**.27 (2) : 30 - 4, 1989.
- 22) FORREST , D - Analysis of nurses verbal communication with patients . **NURSING PAPERS**.15 (3) : 48 - 56 , Fall 1983.
- 23) GALVÃO,MC- **LIDERANÇA DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO**. Ribeirão Preto, 1990. 69p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 24) GAMOTIS,PB et al- Inpatient vs Outpatient satisfaction. **AORN JOURNAL**. 47 (6) : 1421 - 5 , June 1988.
- 25) GENDRE , F - Les critères de réussite dans la mécanique ("un essai d'application de la tchnique des incidents critiques"). In : DELA COLETA , JA - A técnica dos incidentes críticos - aplicações e resultados . **ARQ. BRAS. PSIC. APL.**.Rio de Janeiro, 26 (2) : 35-58, Abr / Jun 1974.
- 26) GRAFFAM,SR - Nurse response to the patient in distress- development of an instrument .**NURSING RESARCH**. 19(4) : 331-6 , July / Aug 1970.

- 27) GRANT,NK et al - Use of the critical incident technique to elicit the opinions of residents of long-term care facilities about their care . **NURSING HOMES**.36 (3) : 38 - 40 , May / Jun 1987.
- 28) HORAM , GS & POHLOD , R - Hospital enhances patient relations with focus groups ,surveys . **HEALTH PROGRESS**.68 (2) : 56-8 , Mar 1987.
- 29) HURST, K - A question of satisfaction . **NURSING MIRROR**. 161 (2) : S156 , Sep 18 1985 .
- 30) HUSSNE,C ET AL -A prática da administração da assistência de enfermagem em instituições privadas. **REV. PAUL. ENF.**. 10 (2) : 74-8 , Mai/Ago 1991 .
- 31) JOHNSON , BS - Relationship between verbal patterns of nursing students and therapeutic effectiveness. **NURSING RESEARCH**. 13 ; 339 - 42 , Fall 1964 .
- 32) JOHNSON,JE- Effects of structuring patients'expectations on their reactions to threatening events. **NURSING RESEARCH**.21 (6): 499-503, Nov/Dec 1972.
- 33) JOHNSON , MM & MARTIN , HW - A sociological analysis of the nurse role . **THE AMERICAN JOURNAL OF NURSING**.58 (3) :37 - 47 , 1966.
- 34) KASCH ,CR & LISNEK,PM - Role of strategic communication in nursing theory and research. **ANS**. 56-71 , Oct 1984.
- 35) LEMKE , RW - Identifying consumer satisfaction through patient surveys . **HEALTH PROGRESS** .68 (2) :56-8, Mar 1987.

- 36) LUCAS , MAM et al - Aplicação da técnica do incidente crítico como experiência de aprendizagem em curso de especialização .Trabalho apresentado no 39* CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Salvador, 1987 .
- 37) LUM , JLJ - Interaction patterns of nursing personnel **NURSIN RESEARCH.** 19 (4) : 324-30, July / Aug 1970.
- 38) MANASER , JC & WERNER , AM - **INSTRUMENTS FOR STUDY OF NURSE-PATIENT INTERACTION.** New York , The Mac Millan Company , 1964 , pp 223.
- 39) MENDES, IAC -**INTERAÇÃO VERBAL EM SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM HOSPITALAR : enfoque humanístico .** Ribeirão Preto , 1986. 175p. Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP.
- 40) MENDES , IAC-**PESQUISA EM ENFERMAGEM: IMPACTO NA PRÁTICA.** Ribeirão Preto , 1989 . 186p . Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP .
- 41) MOLDE, DA & WIENS, AN - Interview interaction behavior of nurses with task versus person orientation. **NURS. RESEARCH.** 17(1) : 45-51, Jan/Feb 1968.
- 42) MOORES, B & THOMPSON, AGH - What 1357 hospital inpatients think about aspects of their stay in British Acute Hospitals . **JOURNAL OF ADVANCED NURSING.** 11 : 87 - 102 ,1986.
- 43) NIGHTINGALE , F - **NOTES ON NURSING: WHAT IT IS, WHAT IT IS NOT.** New York , Dover , 1969.
- 44) NOGUEIRA, MS-**INCIDENTES CRÍTICOS DA PASSAGEM DE PLANTÃO.** Ribeirão Preto , 1988. 109p . Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP.

- 45) NOON, BE & DAVERO, CC - Patient satisfaction in a hospital based day surgery setting . **AORN JOURNAL** . 46 (2) : 306 - 12 , Aug 1987.
- 46) NORTHOUSE , PG & NORTHOUSE, LL - **HEALTH COMMUNICATION : a handbook for health professionals**. Prentice-Hall Inc. New Jersey, 1985.
- 47) PATTON , MQ - **QUALITATIVE EVALUATION METHODS**. Beverly Hills , Sage Publications , 1980.
- 48) POLIT , DF & HUNGLER , BP - **Nursing Research principles and methods**. Philadelphia , JB Lippincott Company , 1983 . p 344-64.
- 49) PRIDE , LF - An adrenal stress index as a criterion measure for nursing . **NURSING RESEARCH**. 17 : 292-303, July / Aug 1968
- 50) RAMOS, DS - **A TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO: uma aplicação em administração em enfermagem** . Rio de Janeiro , 1980. 64p . Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Ana Néri / UERJ.
- 51) REYNOLDS, M - No news is bad news : patients' views about communication in hospital . **BRITISH MEDICAL JOURNAL**. 1 , 1673-6 , 1978.
- 52) RICHARDS , DA - The nursing process : the effect on patients' satisfaction with nursing care . **JOURNAL OF ADVANCED NURSING**. 12 : 559 - 62 , 1987.
- 53) RICHARDS, J & McDONALD, P - Doctor-patient communication in surgery . **JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE**. 78 : 922 - 4 , Nov 1985 .

- 54) **RISSER , NL** - Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings . **NURSING RESEARCH**.24 (1) : 45-52 , Jan / Feb 1975 .
- 55) **ROSENOW , AM** - Professional nursing practice in the bureaucratic hospital - revisited. **NURSING OUTLOOK**. 31 (1) : 34-9, 1983 .
- 56) **ROTER , DL et al** - Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. **MEDICAL CARE**. 25(5) : 437-51, May 1987.
- 57) **SALVARANI, MCC & MENDES , IAC** - Comunicação enfermeira-paciente : expectativas nas situações de medo e tensão. In: **CONFERÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3ª**, Lisboa, Outubro de 1991. **RESUMOS**. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros/Fundação Calouste Gulbenkian, 1991. p12.
- 58) **SALZANO, SOT** - INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO DE ENFERMAGEM - Estudo da implantação de um modelo de comunicação escrita entre as equipes de enfermagem das unidades cirúrgicas e do Centro Cirúrgico. **REV. ESC. ENF. USP**. São Paulo , 17 (3) ; 235 - 52 , 1983 .
- 59) **SAWADA , NO** - **A DIMENSÃO NÃO VERBAL DA INTERAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE EM SITUAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA**. Ribeirão Preto. 1990. 97p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 60) **SIMS, A** - The critical incident technique in evaluating student nurse performance. **INT. J. NURS. STUD**. 13 : 123-30, 1976.
- 61) **SOUSA , FF** - **ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM : instrumento de medida em relação ao paciente queimado**. Ribeirão Preto . 1989 . 122p .Dissertação (Mestrado).Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP .

- 62) SPEEDLING , EJ & ROSENBERG , G - Patient well-being : a responsibility for hospital managers . HCM REVIEW. 11(3) : 9 - 19 , 1986 .
- 63) SPITZER , RB - Meeting consumer expectations . NAQ . 12 (3) : 31-9 , Spring 1988.
- 64) STEFANELLI , MC - **ENSINO DE TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ENFERMEIRA-PACIENTE** . Ribeirão Preto , 1985 . 152p . Tese (Doutorado) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP .
- 65) TARASUK , MB et al - An experimental test of the importance of communication skills for effective nursing . In : SKIPPER , JK & LEONARD , RC - **SOCIAL INTERACTION AND PATIENT CARE**. Philadelphia , JB Lippincott Co. , 1965 . p 120 - 7 .
- 66) THORNTON , TN & LEONARD , RC - Experimental comparison of the effectiveness and efficiency of three nursing approaches. **NURSING RESEARCH**. 13 :122 , Spring 1964.
- 67) TRAVELBEE , J - **INTERPERSONAL ASPECTS OF NURSING** . 2ed, Philadelphia , F.A. Davis Company . 1971.
- 68) TREVIZAN , MA - **ENFERMAGEM HOSPITALAR . Administração & Burocracia** . Ed. UnB . 1988 , 142p.
- 69) TREVIZAN , MA - **LIDERANÇA DO ENFERMEIRO : O IDEAL E O REAL NO CONTEXTO HOSPITALAR**.Ribeirão Preto, 1989. 166p. TESE (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 70) TRYON,PA -Giving the patient an active role.In: SKIPPER JK & LEONARD , RC - **SOCIAL INTERACTION AND PATIENT CARE**. Philadelphia , JB Lippincott Co.,1965.p120-7 .

- 71) TRYON, PA - Patient participation vs patient passivity.
NURSING FORUM . 2 (2) ; 48-57 , 1963 .
- 72) VENTURA , MR et al - A patient satisfaction measure as
a criterion to evaluate primary nursing . **NURSING
RESEARCH** . 31 (4) ; 226-30 , July / Aug 1982.
- 73) VIGOTSKY , LS - **PENSAMENTO E LINGUAGEM**.Martins Fontes.
1987 .133p.
- 74) VOSBURGH , MM - Care for the family : a consumer -based
committee . **NAQ** . 12 (3) : 40-1 ,Spring 1988.
- 75) ZIEMER , MM - Effects of information on postsurgical
coping . **NURSING RESEARCH**. 32 (5) : 282-7 , Sep/Oct
1983.

RIBEIRÃO PRETO - 1991

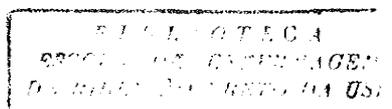


TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS INSTRUMENTAIS, POSITIVOS E NEGATIVOS, SEGUNDO A FREQUÊNCIA E A SITUAÇÃO EM QUE OCORRERAM.

Controle da Enfermeira	(f) + -	Dor	(f) + -	Orientação	(f) + -	Necessidade de ajuda	(f) + -	Negligência	(f) + -	Planejamento da assistência	(f) + -	Medo/tensão	(f) + -	dao/Carência Afetiva	(f) + -	Constrangimento	(f) + -
Solicita um funcionário para acompanhar o paciente ao telefone	1 -	Certifica-se das preferências do paciente	2 -	Chama a nutricionista	1 -	Ajuda o paciente a se levantar, tomar banho, beber e andar	7 -	Responde ao chamado da porta da enfermaria	- 3	Foi rápida na checagem do problema	1 -	Dá as informações que o paciente quer saber	1 -	Faz a limpeza da colostomia	1 -	Corrige ou repreenhe a paciência perto de outra paciente	- 4
Usa da autoridade para liberar a visita de familiares	1 -	Solicita paciência e vai conversar com o médico	1 1	Orienta sobre: alimentação, perigos do cigarro,	1 -	Manteve o paciente informado sobre o andamento do problema	1 -	Fede para esperar, demora para voltar e para responder a campanha	- 7	Informa o porquê estava repetindo o procedimento	1 -	Burla a normas em benefício do paciente	1 -	Acompanha a mãe do paciente até a saída da unidade	1 -	Tenta mudar a crença da paciente contra sua vontade	- 1
Delega a terceiros a resolução do problema	- 1	Atende imediatamente ao chamado	5 -	Normas do hospital	1 -	Solicita a colaboração de um funcionário	1 -	Coloca a comida fria	- 1	Investiga os padrões normais de P.A.	1 -	Solicita ao residente para conversar com o paciente na sua frente	1 -	Burla as normas do hospital	1 -	Delega a terceiros a resolução do problema	- 1
Proíbe o autoexame	- 1	Providencia rapidamente a medicação	2 -	Possibilidade de alta pedido	1 -	Leva as revisitas em mãos ao paciente	1 -	Delega a terceiros a resolução do problema	- 2			Faz questão de fazer a admissão do paciente	1 -				
Retira cigarro dos pertences do paciente sem a sua permissão	- 1	Faz exame físico	1 -	Consequências da falta de alimentação	- 1	Atende imediatamente a campanha	1 -	Pica a paciente diversas vezes	- 1			Acompanha o médico nas orientações posalta	1 -				
Justifica seu procedimento dizendo ser para o bem do paciente	- 1	Proporciona conforto e segurança	1 -	Procura incentivar a paciente a comer	1 1	Resolve o problema com rapidez	3 -	A queixa usa como justificativa os 20 anos da profissão	- 1			Responde prontamente ao chamado de ajuda do auxiliar	1 -				
Questiona sobre os interesses do paciente em falar com o médico	- 1	Pede um remédio para dor e foi informada que não havia se passado o tempo necessário ou não estava prescrito	- 2			Indica terapêutica incorreto	- 1					Orienta quanto aos problemas do cigarro, do pós-operatório cirurgia e equipe médica	3 -				
Informa sua função	- 2					Faz exame físico	1 -					Faz exame físico	1 -				
Chama a atenção na frente do paciente	- 1					Não pergunta qual medicação de uso do paciente	- 1					Delega a terceiros a resolução do problema	- 2				
						Proporcionou conforto e segurança	3 -					Informa sempre a mesma coisa	- 1				
						Acompanha o paciente até o banho	1 -					Responde o estritamente necessário	- 1				
						Observa o ingurgitamento mamário	1 -										
						Levantou um problema a parte do motivo da internação	1 -										
TOTAIS	2 8		12 3		5 2		21 2		0 15		3 0		10 4		3 0		0 6

BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS EXPRESSIVOS, POSITIVOS E NEGATIVOS, SEGUNDO A FREQUENCIA E A SITUAÇÃO EM QUE OCORRERAM.

Controle da Enfermeira	(f)		Dor	(f)		Orientação	(f)		Necessidade de ajuda	(f)		Negligência	(f)		Planejamento da assistência	(f)		Medo/tensão	(f)		dão/Carência Afetiva	(f)		Constrangimento	(f)	
	+	-		+	-		+	-		+	-		+	-		+	-		+	-		+	-		+	-
Sorri para os pacientes e/ou familiares	2	-	Senta ao lado do paciente	1	-	Chama o paciente pelo nome	1	-	Permanece ao lado do paciente	2	-	Fala que já apenas fazer uma injeçãozinha na veinha	-	1	Brinca com o paciente	1	-	Sorri, brinca	2	-	Demonstra alegria, otimismo sorri e brinca	5	-	Fica irritada	-	3
Ouve com atenção, mostra-se disponível	3	-	Dá atenção, mostra-se disponível	2	-	Deixa o paciente falar a vontade	1	-	Dá atenção, mostra-se disponível, mostra interesse	9	-	Não dá atenção satisfação, não se interessa	-	3	Deixa o paciente falar a vontade	1	-	Mostra disponível, interessado, deixa o paciente falar a vontade	7	-	Mostra disponível, interessada, deixa falar a vontade ouve com atenção	15	-	Julga a paciente durante uma conversa	-	1
Não interfere nos assuntos pessoais do paciente	1	-	Conversa com o paciente	2	-	Conversa com o paciente	3	1	Respeita privacidade, deixando-o sozinho no banheiro	1	-	Não conversa	-	4	Conversa com o paciente	1	-	Conversa com o paciente	7	-	Conversa com o paciente	10	-	Trata a paciente com frieza, indiferença, rejeita	-	3
Compreende a situação	1	-	Não se interessa, não deu atenção	-	4							Ao responder a companhia sai sem falar nada, ou diz que vai chamar o médico sem examinar	-	3				Chama o paciente pelo nome	1	-	São ausentes	-	1	Vem ao hospital extremamente bem arrumada olhando com ar de superioridade	-	1
Solicita calma e se retira	-	1	Não volta a enfermaria	-	1													Tenta resgatar seu lado espiritual	1	-	Senta ao lado do paciente	1	-	Não conversa	-	3
																		Não conversa	-	4	Faz massagem no braço após meditação	2	-	Usa de ironia para brincar com a paciente	-	1
																		Entra e sai correndo	-	1	Não conversa	-	2			
																		Não pergunta nome da paciente	-	1	Pega a mão da paciente, faz que sinte a cicatriz cirúrg.	1	-			
																		Fassa a mão na cabeça da paciente	-	1	Não sorri, são carrancudas	-	1			
TOTAIS	7	1		5	5		5	1		12	0		0	11		3	0		18	7		34	4		0	12