

Mestrado

Ciências de Enfermagem

**DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO
COM DOENTES AFÁSICOS**

JOANA PATRÍCIA LOURENÇO SALGUEIRO

M
2014



JOANA PATRÍCIA LOURENÇO SALGUEIRO

DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES AFÁSICOS

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Carlos Sequeira

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira pela disponibilidade, pela sua prontidão em todos os momentos, pelo acompanhamento e orientação.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri pela disponibilidade, pelo incentivo e pela ajuda sempre prestada.

A todos os enfermeiros por terem participado no estudo e cuja disponibilidade tornou viável a realização deste estudo.

A todos os meus amigos, escuteiros e não escuteiros, pelo apoio e pelos conhecimentos partilhados.

À Gina pela amizade, pelas horas de trabalho em equipa, pelo apoio dado nos momentos mais críticos e por saber questionar no momento certo.

À minha amiga de sempre e para sempre, Rita Barros, por todo o apoio naqueles momentos menos bons, pela grande ajuda na orientação do trabalho, pela paciência e pela persistência.

À minha família por sempre me incentivar a ir mais além. Obrigada pelo apoio e pelo carinho.

Aos meus pais por serem a minha âncora e o meu exemplo de vida. Obrigada pelo amor, pelo carinho e pela paciência.

Ao meu irmão Miguel por estar sempre aqui mesmo estando mais longe. És o meu orgulho.

Ao André pelo carinho, pela compreensão, pela preocupação, pela paciência e pela partilha de muitos momentos..

Por último queria demonstrar o meu maior e mais sincero agradecimento à minha amiga Natália... Por todos os momentos de partilha, por todas as horas de estudo, por todos os telefonemas e mensagens, por toda a força, pela preocupação, pelas discussões e dúvidas, pelas lágrimas e pelos sorrisos o meu muito obrigada!!

Muito Obrigada a todos.

RESUMO

A comunicação é uma necessidade do ser humano que visa o desenvolvimento do processo de socialização de cada indivíduo. O ato comunicativo processa-se de forma interdependente, pois os intervenientes em interação afetam-se mutua e simultaneamente, envolvendo feedback. É através da comunicação que nos adaptamos e nos ajustamos ao mundo das pessoas e das coisas que nos rodeiam.

A comunicação é muito importante no cuidar da pessoa, sendo o fundamento da relação enfermeiro-doente. Se existir uma comunicação com intencionalidade terapêutica haverá uma melhor assistência ao doente e dessa forma, os momentos de ansiedade e stress decorrentes do processo de hospitalização serão atenuados.

Determinadas doenças afetam a capacidade de comunicar o que condiciona a relação enfermeiro-doente pois impede que o doente exprima o que pensa e o que sente. Perante esta limitação devem ser utilizadas estratégias de comunicação verbal e não-verbal que facilitem a compreensão da mensagem entre o enfermeiro e o doente.

O presente estudo tem como objetivos: - identificar as dificuldades de comunicação dos enfermeiros com doente afásico; - identificar as atividades de diagnóstico utilizadas pelos enfermeiros para avaliação da afasia; - identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros para comunicar com doentes afásicos.

O estudo é delineado num método quantitativo, utilizando como método de colheita de dados um questionário. A amostra é constituída por 110 Enfermeiros dos serviços de Medicina, Neurologia, Neurocirurgia, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais e Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina de um Hospital do Norte.

Pelos dados que emergiram desta investigação concluímos que a maioria dos enfermeiros sente dificuldade em comunicar com doentes afásicos e constata-se que quando comunicam com doentes com alterações da comunicação sentem mais dificuldades em compreender a comunicação oral do doente e em perceber o seu feedback relativamente à mensagem.

Os enfermeiros referiram também outras dificuldades como a carência de tempo, espaço e de instrumentos de comunicação, lidar com a ansiedade pessoal e com a ansiedade do doente, intervir na família e identificar as estratégias adequadas.

Os enfermeiros devem aperfeiçoar as suas competências em comunicação para melhorar a qualidade dos cuidados. Desta forma é importante utilizar estratégias adequadas e promover uma comunicação com maior potencial terapêutico.

Relativamente à comunicação com os doentes afásicos, os enfermeiros enumeram vários fatores para melhorar a comunicação, nomeadamente a necessidade de mais formação sobre comunicação, mais investigação nesta área, maior envolvimento com família, utilização regular de estratégias de comunicação em função das alterações apresentadas pelos doentes, ter mais material de apoio e meios tecnológicos disponíveis para comunicar com estes doentes, ter melhores condições no serviço e articular melhor com terapeutas da fala.

Palavras-Chave: Comunicação; Comunicação em enfermagem; Afasia; Dificuldades de comunicação.

ABSTRACT

Communication in a human need which encloses the development of the socialization process of each individual. The communicative act takes place in an interdependent manner, as the individuals in interaction affect each other simultaneously, in a process involving feedback. It is through communication that we adapt and adjust to people and things around us.

Communication is very important in people care, being the foundation of the nurse-patient relationship. If there is a communication with therapeutic intent there will be a better care to the patient and thus the moments of anxiety and stress arisen from the hospitalization process will be mitigated.

Certain diseases affect the ability to communicate, and this may condition the nurse-patient relationship as it prevents the patients from expressing what they think and what they feel. Due to this limitation, strategies of verbal and nonverbal communication that facilitate comprehension of the message between the nurse and the patient should be used.

The present study aims at: - identifying communication difficulties of nurses with aphasic patients; - identifying diagnostic activities implemented by nurses for aphasia assessment; - identifying the interventions performed by nurses to communicate with aphasic patients.

The study is outlined in a quantitative method, using a questionnaire as data collection method. The sample includes 110 nurses from the Medicine, Neurology and Neurosurgery departments, stroke unit and intermediate care unit of a Northern Hospital.

The data emerging from this research study concluded that most nurses find it difficult to communicate with aphasic patients. It appears that when communicating with patients with impaired communication they feel the most difficulty in understanding oral communication of the patient and in realizing his feedback on their messages.

The nurses also reported other difficulties such as lack of time, space and communication tools, dealing with personal and patient's anxiety, intervening with the family and identifying appropriate strategies.

Nurses must improve their communication skills to improve the quality of patient care. It is thus important to use appropriate strategies and promote communication with greater therapeutic potential.

In relation to communication with aphasic patients, the nurses enumerated several factors to improve communication namely the need for more training on communication,

more research in the area, greater involvement with families, regular use of communication strategies in line with patients' specific alterations, to have more support material and available technological resources to communicate with these patients, to have better conditions within the departments and to better coordinate with speech therapists.

Keywords: Communication; Communication in nursing; Aphasia; Communication difficulties.

ABREVIATURAS

% - Percentagem

ANA – American Nurses Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAAL – Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa

BDAE – Boston Diagnostic Aphasic Examination

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

n – frequências absolutas

N – número total de indivíduos

p. – página

PAL – Pshycholinguistic Assessment of Language

PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português

PAL-PORT – Bateria de Avaliação Psicolinguística da Linguagem (Versão Portuguesa)

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina

ÍNDICE

Introdução.....	14
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1.1. Comunicação.....	19
1.1.1. Comunicação Não-verbal	21
1.1.2. Fatores que Influenciam a Comunicação.....	25
1.2. Comunicação: Um Instrumento Fundamental nos Cuidados de Enfermagem..	28
1.3. O Papel do Enfermeiro na Comunicação Terapêutica	31
1.4. Linguagem.....	37
1.5. Afasias.....	40
1.5.1.– Classificação das Afasias.....	43
1.5.2.– Baterias de Testes de Avaliação da Afasia	47
1.6. Comunicação Comprometida: Intervenções de enfermagem.....	51
1.7. Da Problemática ao Objetivo do Estudo.....	59
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	62
2.1. Tipo de Estudo.....	63
2.2. População e Amostra.....	64
2.3. Instrumento de Colheita de Dados.....	65
2.4. Colheita e Tratamento dos Dados.....	67
2.5. Considerações Éticas	69
III. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	71
3.1. Apresentação e Análise de dados.....	72
3.2. Discussão	102
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	125
ANEXO I – Questionário	126

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração e da Comissão Ética Hospital	138
ANEXO III – Consentimento livre e esclarecido dos participantes	141

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. – REPRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	20
FIGURA 2. – ÁREAS CEREBRAIS DE BROADMANN	39
FIGURA 3. – DISTRIBUIÇÃO DAS ESPECIALIDADES DOS ENFERMEIROS DA AMOSTRA (N=21)	74
FIGURA 4. – DISTRIBUIÇÃO DAS PÓS-GRADUAÇÕES DOS ENFERMEIROS DA AMOSTRA (N=20)	74
FIGURA 5. – IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS (N=110) .	75
FIGURA 6. – FORMAÇÃO SOBRE COMUNICAÇÃO DURANTE O CURSO (N=107)	76
FIGURA 7. – IMPORTÂNCIA DA ATUALIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS (N=108)	76
FIGURA 8. – PERCEÇÃO INDIVIDUAL DA DIFICULDADE NA COMUNICAÇÃO (N=107)	80
FIGURA 9. – AMOSTRA QUE SENTE DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA DE BROCA (N=107)	82
FIGURA 10. – AMOSTRA QUE SENTE DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA DE WERNICKE (N=106)	84
FIGURA 11. – AMOSTRA QUE SENTE DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA GLOBAL (N=107)	86
FIGURA 12. – IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AFASIA: OUTRO MÉTODO (N=109) .	89
FIGURA 13 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: GERIR AMBIENTE	90
FIGURA 14. – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: OTIMIZAR A COMUNICAÇÃO	93
FIGURA 15 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: INSTRUIR SOBRE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	97

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. – TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA.....	34
QUADRO 2. – ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO (STEFANELLI).....	35
QUADRO 3. – TIPOS DE AFASIA.....	46
QUADRO 4. – INTERVENÇÕES E AÇÕES DE ENFERMAGEM	54
QUADRO 5. – CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	73
QUADRO 6. – FORMAÇÃO ESPECÍFICA NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO.....	75
QUADRO 7. – IMPORTÂNCIA DA ATUALIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO	77
QUADRO 8. – ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO VERBAL.....	79
QUADRO 9. – ASPETOS PRIVILEGIADOS NA COMUNICAÇÃO RECETIVA.....	79
QUADRO 10. – ASPETOS PRIVILEGIADOS NA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA	79
QUADRO 11. – FATORES QUE CONDICIONAM A COMUNICAÇÃO	80
QUADRO 12. – PRINCIPAIS DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS	81
QUADRO 13. – DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA DE BROCA (MOTORA)	82
QUADRO 14. – DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA DE WERNICKE (SENSITIVA)	85
QUADRO 15. – DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA GLOBAL.....	87
QUADRO 16. – FATORES DIFICULTADORES DA COMUNICAÇÃO.....	88
QUADRO 17. – IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AFASIA.....	89
QUADRO 18. – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: GERIR AMBIENTE	90
QUADRO 19. – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: OTIMIZAR A COMUNICAÇÃO	91
QUADRO 20. – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: INSTRUIR SOBRE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	96
QUADRO 21. – INTERVENÇÕES REALIZADAS COM A FAMÍLIA	98
QUADRO 22. – ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO	98

QUADRO 23. – OUTRAS ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO	99
QUADRO 24. – SUGESTÕES PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO COM DOENTES COM AFASIA	100

INTRODUÇÃO

Comunicar é uma função intrínseca ao ser humano que promove as relações que se estabelecem entre duas pessoas assim como todo o processo de socialização de cada indivíduo. A comunicação está constantemente presente na vida de um indivíduo. Se por um lado as pessoas precisam de comunicar para se relacionar, também é impossível não comunicar.

O processo de comunicação é então um processo de interação no qual partilhamos com os outros mensagens, ideias, sentimentos e emoções, permitindo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, respondem tendo em consideração as suas crenças, valores, história de vida e cultura. A comunicação é uma condição indispensável para o desenvolvimento da pessoa e para uma vivência harmoniosa consigo mesma, com os outros e com o meio. É comunicando que transmitimos os nossos sentimentos, ideias e atitudes.

Pereira (2008) refere que, através da troca de informações que ocorre durante a comunicação, a pessoa regula o seu comportamento e portanto a comunicação tem função de permitir a nossa adaptação no mundo dos homens e das coisas que nos rodeiam. Assim quando comunicamos não trocamos apenas informação mas determinamos comportamentos e atitudes.

Tudo possui um valor de mensagem e nesse sentido a comunicação acontece em todas as situações e não apenas quando é intencional, consciente ou bem sucedida. Alves (2003:59) afirma que *“a impossibilidade de não comunicar faz com que todas as situações entre duas ou mais pessoas sejam comunicativas e interpessoais”*.

A comunicação verbal e a comunicação não-verbal complementam-se no processo complexo da comunicação. A comunicação verbal é muitas vezes utilizada quando temos uma conversa presencial ou pelo telefone com alguém, quando escrevemos uma carta ou mesmo através de mensagens eletrónicas. Nestas situações estamos a enviar uma mensagem a outro que irá produzir uma resposta. Mas para além da comunicação verbal existe a comunicação não-verbal que possibilita a comunicação e a relação com os outros através de gestos, movimentos corporais, atitude/comportamentos.

A comunicação não-verbal é condicionada por diferentes fatores nomeadamente pela aparência pessoal, características físicas, vestuário ou adereços, que também são indicadores de bem-estar físico, personalidade, cultura, religião. A expressão facial, particularmente os olhos são uma ajuda importante na interpretação de mensagens, uma

vez que revelam emoções e transmitem a disponibilidade para comunicar. A postura, a marcha, os gestos podem transmitir ideias por vezes difíceis de serem descritas por palavras, emitem mensagens ou podem enfatizar as palavras.

Na enfermagem, a comunicação é um instrumento essencial para estabelecer uma relação com o cliente e assim melhorar a prestação de cuidados. Numa primeira abordagem podemos considerar que a comunicação é uma necessidade fundamental da pessoa que, quando está comprometida ou alterada, pode influenciar o desenvolvimento da pessoa. Por outro lado sabemos que a comunicação é a essência do relacionamento humano e portanto as relações são influenciadas pela forma de comunicar. A comunicação como *“um instrumento básico do cuidado em enfermagem (...) está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas”* (Pontes, Leitão e Ramos 2008:313).

Na sua prática, o profissional de saúde atua como recetor, pela apreensão das mensagens significativas das doenças tentando responder às necessidades individuais de cada doente, mostrando atenção, compreensão e ajuda terapêutica.

Deste modo, a comunicação supõe estabelecer um processo no qual o profissional de saúde e o doente atendem o que dizem e validam os respetivos significados. O objetivo básico da comunicação em saúde consiste em ajudar o doente a concretizar as perceções do que necessita, a negociar e desenvolver, em conjunto, as possíveis estratégias de ajuda que podem ser levadas a cabo.

Os enfermeiros, como sendo os profissionais de saúde que usufruem de mais tempo com seus clientes têm uma posição privilegiada no que concerne à relação estabelecida com estes. Segundo o enquadramento conceptual da enfermagem considerado pela Ordem dos Enfermeiros (2001:8) *“o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) ”*, tendo em conta os valores, crenças e contexto nos quais as pessoas vivem e se desenvolvem. A relação terapêutica que posteriormente se estabelece é caracterizada pela parceria do enfermeiro com o cliente no respeito pelas suas capacidades e pelo seu papel, auxiliando-o a ser um elemento ativo no seu projeto de saúde. Essa relação não é possível se não houver uma interação e uma troca verbal ou não-verbal de ideias, comportamentos ou informações. Desta forma consideramos que o processo de comunicação é essencial na prestação de cuidados.

Por vezes, a comunicação entre enfermeiro-cliente é dificultada devido a diferentes condicionantes, designadamente fatores externos (ex. ruídos ambientais), fatores

internos do enfermeiro (poucas competências desenvolvidas nesta área) e fatores internos do cliente (défice de audição; défice de visão; alteração da comunicação).

Os profissionais de saúde que diariamente lidam com clientes com alterações da comunicação são confrontados com dúvidas, incertezas e dificuldades que condicionam a intervenção prestada ao cliente. Do outro lado encontra-se o cliente ansioso, frustrado por sentir que fala mas ninguém o compreende, que ouve mas o que lhe dizem não tem sentido, sendo que só lhe resta conformar-se com essa situação e isolar-se. Neste sentido, este trabalho tem como base a importância da comunicação entre enfermeiro-cliente, considerando a situação específica em que o cliente tem alterações da comunicação, e pretende identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação com estes doentes.

As alterações da comunicação são manifestações frequentes de patologias cerebrais e podem ser visíveis na perturbação na capacidade do cliente se expressar e/ou na capacidade deste de compreender o outro.

A afasia é um distúrbio da comunicação verbal associada a lesões cerebrais, que pode manifestar-se verbal, gestual, visual ou graficamente. As alterações do sistema cognitivo como a memória, a capacidade de ação, o reconhecimento de objetos podem aparecer como sintomas associados à afasia, mas não são a sua causa (Stemmer & Schönle in Kukowski, 2001).

Segundo Lányi, Geiszt & Magyar (2006) o número de afásicos nos EUA é estimado em 1 milhão, ou seja, 1 em 250 clientes, sendo mais comum do que doença de Parkinson ou distrofias musculares. Em termos largos estes indivíduos, são caracterizados por apresentarem dificuldades em traduzir os pensamentos em palavras e/ou perceber as palavras que os outros dizem.

As afasias são caracterizadas em diferentes categorias, dependendo de diferentes autores. Na classificação habitual são apresentados 8 tipos de afasia: afasia Broca, afasia de Wernicke, afasia de condução, afasia global, afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical mista e afasia anómica.

Na presença de doentes afásicos, a comunicação fica prejudicada e por vezes torna-se difícil comunicar verbalmente, num discurso fluente e adequado ao cliente. A angústia, desespero e raiva do cliente em não conseguir expressar o que pretende e a nossa desilusão por não entender aquele discurso repetitivo e impercetível foram fatores relevantes na escolha do tema da pesquisa.

Face a estas considerações é propósito deste estudo *identificar as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doente afásico*. Se os enfermeiros intervirem de forma adequada e eficaz sem qualquer obstáculo, os clientes terão maior probabilidade de ter uma melhor adaptação à sua limitação e uma reabilitação mais facilitada.

Para a realização deste trabalho definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as atividades de diagnóstico utilizadas por enfermeiros para avaliação da afasia;
- Identificar as intervenções realizadas por enfermeiros para comunicar com doentes afásicos.

O estudo irá ser delineado num método quantitativo, utilizando como método de colheita de dados um questionário que foi aplicado aos Enfermeiros dos serviços de Medicina, Neurologia, Neurocirurgia, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) dum Hospital do Norte.

Esta dissertação divide-se em duas partes: o enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico faz-se uma contextualização da problemática da comunicação, da comunicação dos enfermeiros com doentes afásicos considerando o problema da afasia e as baterias de teste existentes para sua avaliação. Ainda nesta fase conceptual são apresentados os objetivos e as questões de investigação.

Na segunda parte é apresentado o enquadramento metodológico desta dissertação. Define-se o tipo de estudo e método de colheita de dados, a população que é estudada e descreve-se o tratamento e análise dos dados.

Por último são discutidos os resultados obtidos e são descritas as considerações finais.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. COMUNICAÇÃO

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.”

(Phaneuf, 2005:23)

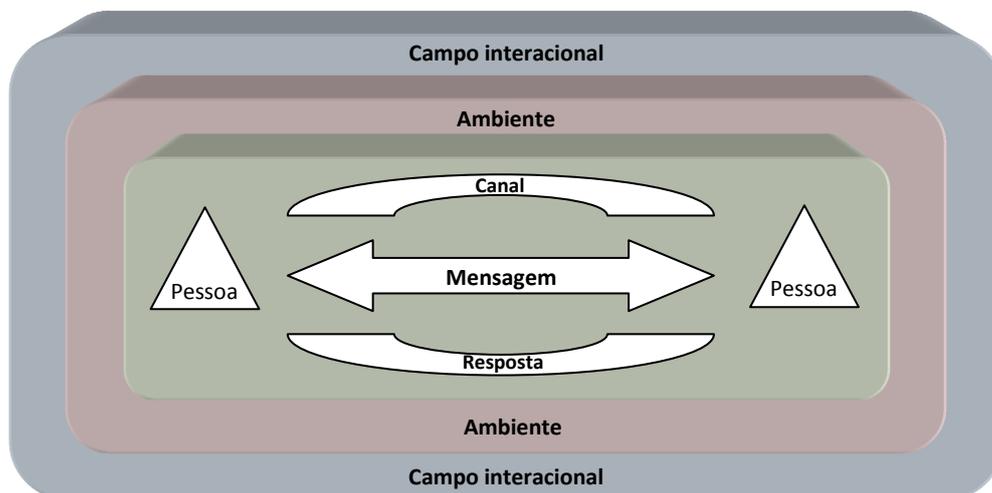
Comunicar é uma condição da vida humana e de ordem social, que condiciona as relações que se estabelecem entre duas pessoas. No seu contexto social o indivíduo tem a necessidade de comunicar, uma vez que é interdependente de outras pessoas. Através da troca e partilha de informação é possível compreender as opiniões, sentimentos e emoções sentidas pela pessoa e criar laços significativos com ela. Desta forma, com o intuito de estabelecer relações e desenvolver todo o seu processo de socialização, o indivíduo tem necessariamente que comunicar.

Qualquer comportamento é potencialmente uma forma de comunicação; é inexequível não exibir comportamentos. Comunicamos quando falamos, quando sorrimos ou choramos, quando gesticulamos ou mesmo quando usamos um adereço especial estamos a transmitir mensagens. Comunicamos até quando nos recusamos a comunicar, sendo impossível não comunicar. Watzlawick, Beavin & Jackson (1993:45) referem que *“todo o comportamento, numa situação interacional tem valor de mensagem, isto é, é comunicação, segue-se que, por muito que o individuo se esforce, é-lhe impossível não comunicar. Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem”*.

A comunicação é um processo dinâmico, interdependente onde participam vários elementos que permitem o desenvolvimento do ato de comunicar. O processo de comunicação inicia-se com o emissor, que é quem concebe uma mensagem com informação e tem necessidade de a transmitir a outra pessoa, o recetor. As mensagens são enviadas verbalmente através das palavras e na transmissão não-verbal através da expressão do olhar e da face, bem como da linguagem corporal. Estas mensagens são informações que têm em consideração o ambiente de quem a produz (os pensamentos, valores e experiências anteriores) e que são então enviadas por meio de canais como fala, escrita, gestos. O recetor, por sua vez, interpreta e filtra a mensagem selecionando a informação pertinente de acordo com os seus princípios, valores e ideais, enviando a

resposta ao emissor. Nesta interação a comunicação flui nos dois sentidos e assim o emissor e recetor vão alternando os seus papéis, isto é, o emissor que inicialmente envia uma mensagem recebe quase que simultaneamente uma resposta do recetor. Este não se limita a receber mensagem sem emitir resposta, havendo portanto feedback.

Figura 1. – Representação do Processo de Comunicação



Fonte: Adaptado de Stefanelli (1993) in Stefanelli e Carvalho (2005, p.30)

Comunicar compreende a ideia de partilhar e também de transferir a informação entre dois ou mais sistemas. A mensagem é a unidade de comunicação e a interação entre indivíduos ocorre quando se dá troca de mensagens (Mesquita, 1997)

Na definição de Adler & Towne, (2002:7) a *“Comunicação é um processo transacional contínuo, envolvendo participantes que ocupam ambientes diferentes, mas superpostos, e criando relacionamentos através do intercâmbio de mensagens, muitas das quais são afetadas por ruídos externos, fisiológicos e psicológicos”*. Assim, quando as pessoas interagem umas com as outras, comunicam entre si trocando informações. O processo de comunicação é então um processo através do qual partilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar comportamentos e atitudes das pessoas, que agem de acordo com as suas crenças, valores, cultura. Esse intercâmbio de mensagens, de partilha, de pensamentos e fundamentos exerce influência nas pessoas envolvidas e permite a cada indivíduo construir a sua imagem, a imagem do outro e do mundo que o rodeia.

Para que a comunicação seja eficaz existem determinados pressupostos a ter em consideração, tais como: o recetor tem que estar recetivo à comunicação e reagir à mensagem enviada; o emissor e o recetor devem partilhar um mesmo código (mesma língua) para o processamento de descodificação das mensagens; o emissor e o recetor devem ter uma relação bilateral; a mensagem recebida deve conter um significado e

portanto conduzir a um ato cognitivo; deverá haver flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental; o esquema de comunicação não pode ser separado do ambiente em que se realiza (Bitti & Zani, 1997 citado por Alves, 2003). Tudo o que rodeia o processo de comunicação, nomeadamente o contexto, o ambiente, os participantes, o tipo de atividade e a linguagem vão influenciar a comunicação.

Ramos (in Lopes [et al.], 2009:69) partilha ideias importantes sobre a comunicação afirmando que esta *“permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as organizações, entre a sociedade e a cultura e, ainda, entre o indivíduo e a saúde/doença. A comunicação é assim um fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantém as relações entre os membros de uma mesma cultura ou sub cultura.”*

Segundo Phaneuf (2005) a comunicação situa-se em dois planos: o plano cognitivo que se relaciona com a informação dos factos e acontecimentos e o plano afetivo que diz respeito às emoções e sentimentos e é mais traduzido no comportamento não-verbal. Uma verdadeira comunicação só é possível quando as duas pessoas em questão se encontram no mesmo plano. Numa situação em que o emissor exterioriza a sua tristeza e o recetor lhe responde com uma informação, a comunicação não é eficaz.

Na hierarquia de contextos de comunicação, Littlejohn (1988) considera que existem 4 contextos: interpessoal, pequeno grupo, organizacional e massa. A comunicação interpessoal ocorre num contexto de interação face-a-face, que visa o estabelecimento de relações humanas. Por essa razão é a comunicação mais privilegiada na área dos cuidados.

1.1.1. COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

A comunicação tem duas formas: verbal e não-verbal. A forma verbal da comunicação é expressa pela linguagem falada (emissão de palavras e sons) ou escrita (registo de observações, informações ou ideias) enquanto que a comunicação não-verbal envolve as manifestações de comportamento não expressas por palavras como gestos, movimentos, postura corporal, expressões faciais, contacto físico, aparência e o tom de voz, suspiros, risos, gritos e qualidades de voz (Adler & Towne, 2002; Phaneuf, 2005).

Os comportamentos não-verbais são mais espontâneos, não pensamos tanto neles e nem são tão controlados como os comportamentos verbais. A comunicação não-verbal traduz de um modo geral o impacto daquilo que se diz através das palavras, mas por

vezes os sinais não-verbais podem revelar emoções e sentimentos que não queríamos revelar. A conceituada autora e teórica que abordou com toda a clareza a relação de ajuda, Lazure (1994:105), refere que *"a linguagem não-verbal diz-nos tanto, ou mais, que a linguagem verbal. Ela reforça, contradiz ou colora a linguagem verbal. É a linguagem não-verbal que na maior parte das vezes traduz estados de alma "* e que *"a linguagem corporal, não sabe mentir porque a maior parte das vezes é involuntária e pode ser inconsciente"*.

A comunicação não se refere somente às palavras, mas também à vertente não-verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde é produzida. Desta forma, os aspetos não-verbais da fala (como o tom da voz, o timbre, o ritmo) e a linguagem corporal (postura, gestos, olhar, aparência) tornam-se determinantes nas interações interpessoais. Phaneuf (2005:28) examinando a investigação de Albert Mehrabian menciona que *"somente 7% das nossas comunicações seriam traduzidas em palavras, 38% sê-lo-iam pelas características da voz (timbre, volume, entoação), e 55% pelo resto do corpo (olhar, mímica e gestos)"*.

Adler & Towne (2002) consideram que compreender mensagens não-verbais é uma parte importante da competência comunicativa. Os mesmos autores descrevem as várias características da comunicação não-verbal:

- todo o comportamento não verbal tem valor de comunicação até mesmo o comportamento involuntário transmite uma mensagem logo é importante estudá-lo;
- a comunicação não-verbal é moderada pela cultura e alguns comportamentos não-verbais têm significado diferente de uma cultura para a outra, dando origem a mal entendidos interculturais;
- a comunicação não-verbal é primariamente relacional pois transmite melhor as nossas emoções e projeta mais facilmente a nossa imagem;
- a comunicação não verbal e a comunicação verbal estão interligadas em todos os atos de comunicação. Em algumas situações complementam-se e noutras a comunicação não-verbal pode até contradizer a comunicação verbal;
- a comunicação não-verbal é ambígua e tem tantos significados que por vezes se torna difícil ter a certeza da interpretação correta.

A comunicação não-verbal é classificada em 4 parâmetros: cinésica ou linguagem do corpo, proxémica, paralinguagem e tacésica (Santos & Shiratori, 2005). Segundo a terminologia de Silva (citado por Araújo, 2011) as características físicas e os fatores do meio ambiente também são considerados importantes na comunicação não-verbal.

Cinésica diz respeito à linguagem do corpo, à sua posição e movimento. É caracterizada pela orientação do corpo, postura, gestos, expressões faciais e pelo olhar. Este termo foi criado por Ray Birdwhistell, mentor da Escola de Palo Alto e grande estudioso da fala e dos sinais emitidos pelo corpo durante as interações.

O corpo na sua totalidade pode transmitir mensagens, assim como a postura corporal que adotamos em determinadas situações. Quando nos viramos diretamente para uma pessoa estamos a demonstrar interesse enquanto se ficarmos de lado estamos a evitar envolvimento. Por vezes até podemos estar próximas de várias pessoas (ex. num elevador) mas sem intenção de estabelecer comunicação (Adler & Towne, 2002). A postura é outra forma de comunicação não-verbal. Uma postura erguida e firme habitualmente indica que a pessoa tem uma boa autoestima. Quando a pessoa anda devagar, com a cabeça baixa, encurvada e ombros caídos pode apontar para uma pessoa triste, desanimada sendo um alvo mais fácil de intimidar (Adler & Towne, 2002).

Brêtas, Lima & Yamaguti (in Brêtas & Gamba, 2006:20) afirmam que *“o nosso corpo fala e o utilizamos como meio de expressão, servindo-nos de gestos, mímicas corporais para transmitir informações.”* Os mesmos autores referem que as nossas expressões faciais e os movimentos corporais têm um significado específico dentro dum determinado contexto, tempo e espaço em que acontecem.

A expressão facial é uma fonte de informação no que diz respeito às emoções vivenciadas pelo indivíduo, uma vez que o rosto é a parte do nosso corpo que melhor emite um sinal não-verbal. As mímicas faciais acompanham as nossas palavras, dando ênfase ao significado da informação. O nosso rosto por si só dá-nos informações sobre a idade, sexo e raça da pessoa.

Os olhos que são um meio importante na interpretação de mensagens podem ser muito reveladores, sendo por isso considerados as “janelas da alma”. Olhar alguém nos olhos geralmente é sinal de envolvimento enquanto desviar constantemente o olhar reflete a sua vontade de evitar estar em contacto o outro. Por outro lado os olhos comunicam dominação ou submissão. Em determinadas situações baixar os olhos significa que a pessoa cedeu e em algumas ordens religiosas os subordinados devem manter os olhos baixos quando abordam um superior (Adler & Towne, 2002).

A proxémica estuda a forma como as pessoas usam o espaço físico dentro do processo de comunicação. Edward Hall, outro estudioso da escola de Palo Alto, utilizou o termo “proxémica” para identificar os fatores envolvidos na distância que o indivíduo mantém do outro na interação. Cada pessoa tem uma área invisível de espaço pessoal que é território individual e quando é ultrapassada porque alguém invadiu esse espaço a pessoa começa a sentir-se pouco à vontade. A distância física no processo de comunicação depende da relação dos intervenientes, do momento vivido e dos objectivos

da interação. A distância pode ser íntima (com pessoas que estão próximas de nós em termos emocionais); pessoal (contactos pessoais em publico); social (comunicação que ocorre no mundo profissional); pública (usada por vezes em contexto de sala de aula) (Adler & Towne, 2002).

Araújo (2011:45) afirma que *“A paralinguagem refere-se ao modo como falamos, a qualquer som produzido pelo aparelho fonador e utilizado no processo de comunicação”*. Esta é caracterizada pela entoação da voz, o ritmo do discurso, a velocidade com que as palavras são ditas, o suspiro, o gaguejar, o riso, o choro.

As características da voz têm um efeito sobre o significado da mensagem podendo expressar entusiasmo ou inquietação e são muitas vezes afetados pelas emoções. Uma pessoa triste tem um padrão vocal com fala mais contida, num ritmo lento e num tom baixo enquanto uma pessoa entusiástica fala mais rápido num tom de voz mais agudo. A voz também pode denunciar o nervosismo, por exemplo quando o indivíduo tem que fazer uma comunicação e aparentemente está calmo mas quando começa a falar a voz falha ou por vezes sai num tom mais alto.

O termo táctica é usado para descrever o estudo do toque e das suas características. O contacto físico pode comunicar várias mensagens (social, amizade, agressividade, etc.) e é capaz de provocar alterações neuromusculares, glandulares e mentais, através dos elementos sensoriais. Na saúde o toque é um tema muito importante, *“não apenas em seu carácter técnico e instrumental, mas também como forma de oferecer apoio e demonstrar afeto.”* (Araújo, 2011:46).

A aparência física e o vestuário são aspetos que oferecem também grande quantidade de informação sobre o indivíduo. Uma apresentação cuidada, aparência limpa indica que a pessoa se sente bem consigo própria e que gosta de se apresentar bem aos outros. Quando o indivíduo se sente mais deprimido, com menos saúde não tem vontade de se manter apumado. Pessoas com uniformes (ex. policia, enfermeiros, bombeiros) tendem a ter mais influência sobre os outros.

A consciencialização e a valorização das mensagens não-verbais são fundamentais em todos os processos, uma vez que ajudam a eliminar ou a diminuir as barreiras, que impedem o desenvolvimento pessoal e uma comunicação eficaz (Pereira, 2008). Podemos afirmar que os sinais não-verbais são elementos facilitadores da comunicação, na medida em que nos ajudam a identificar a forma mais adequada de nos relacionarmos com cada pessoa.

1.1.2. FATORES QUE INFLUENCIAM A COMUNICAÇÃO

Uma comunicação eficaz ocorre quando a mensagem transmitida pelo emissor chegou ao recetor, foi interpretada corretamente e o recetor respondeu de forma significativa à mesma mensagem. Uma vez que o processo de comunicação opera como um sistema aberto pode ser influenciado por determinados fatores, nomeadamente fatores ambientais (formalidade, distancia física, privacidade, ruído, calor), fatores intrapessoais (domínio da linguagem, desenvolvimento individual, valores, cultura), espaço pessoal (status, posição, características físicas), aparência física e vestuário (postura, idade, movimento corporal, adornos) (Riley, 2004).

“Entre outras variáveis, há o enfermeiro e o paciente, a linguagem usada, o ambiente ou contexto, a disponibilidade de ambos e o senso de oportunidade do profissional.” (Stefanelli e Carvalho, 2005:35).

O ambiente físico condiciona a comunicação na sua forma e no seu nível, isto é, quando estamos num local com muitas pessoas, com muito ruído, num ambiente socialmente ativo não estão reunidas condições para uma conversa intimista, mas por sua vez torna-se um ambiente propício para conviver socialmente. Num ambiente mais calmo e tranquilo o processo de comunicar pode ser facilitado dado que não há ruídos que deturpem ou alterem as mensagens transmitidas e por outro lado respeita a privacidade do doente, promovendo proximidade entre enfermeiro-doente. Como afirmam Stefanelli e Carvalho (2005:37) *“A comunicação é influenciada pelo contexto em que as pessoas se comunicam, podendo estimular ou inibir a interação entre os envolvidos”*.

Sabendo que o ambiente pode interferir na expressão de ideias do paciente o enfermeiro deve promover as melhores condições dentro da realidade vivida em cada serviço, mantendo a segurança, conforto e privacidade do doente. Por vezes a presença de ruídos da enfermaria, a proximidade entre camas e a presença de pessoas estranhas são fatores que condicionam o paciente a expressar o que sente e o que pensa. As mesmas autoras (Stefanelli e Carvalho, 2005:37) referem que *“Quando interrogamos o paciente em local onde há proximidade com outras pessoas, a resposta que obtemos, em geral, é bem diferente da que receberíamos em um local acolhedor e que permitisse respeitar a privacidade do paciente”*.

Confirmando as concepções descritas pelos autores anteriormente referidos, Silva (2010) identifica 4 barreiras apontadas por Freire (1999) que podem dificultar o processo de comunicação:

- barreiras físicas – relacionadas com a patologia do doente e com o seu estado de consciência;

- barreiras psicológicas – emoções e sentimentos do utente; crenças e valores do enfermeiro/utente diferentes;
- barreiras socioculturais – relacionadas com a cultura dos intervenientes, nomeadamente do utente;
- barreiras linguísticas – enfermeiro/utente falam línguas diferentes; comprometimento das capacidades de linguagem do doente.

Como é relatado anteriormente os próprios elementos que compõem o processo de comunicação são também fatores que condicionam a comunicação. Se uma das pessoas intervenientes tem alterações do desenvolvimento da fala (por défices neurológicos ou por condições do contexto familiar e social) e as capacidades para comunicar estão modificadas ou reduzidas, o processo de comunicação estará também alterado.

O bem-estar emocional dos intervenientes também condiciona a comunicação. Se há emoções que facilitam a comunicação como o conforto, o bem-estar, há outras como o nervosismo ou o medo que impedem a pessoa de se exprimir e de interpretar corretamente a mensagem.

Cada indivíduo interpreta e percebe os acontecimentos de acordo com a sua experiência de vida e de acordo com os seus conhecimentos pelo que, num processo de interação entre duas pessoas podem existir diferenças de compreensão havendo assim uma barreira à comunicação. A cultura, os valores e o estrato social influenciam o modo como as pessoas se relacionam entre si e cada cultura tem determinados padrões acreditados que influenciam a expressão de pensamentos e ideias e que devem ser compreendidos nas relações interpessoais. No que diz respeito à transmissão de emoções, as normas e padrões socioculturais poderão ser uma barreira uma vez que algumas atitudes e expressividade de emoções não são bem aceites por todas as pessoas, como por exemplo o toque. O toque que transmite afeto e apoio emocional, em algumas culturas não é consentido e até poderá ser considerado um atrevimento (Alves, 2003).

Os intervenientes do processo de comunicação têm que falar a mesma língua para ambos compreenderem o significado das mensagens trocadas. Um estrangeiro que se encontra sozinho num país que não conhece até pode comunicar utilizando gestos e símbolos mas se procura uma informação mais complexa ou uma relação com outros torna-se mais complicado exprimir o que sente porque o recetor não usa o mesmo código e não consegue interpretar a mensagem.

Se uma das pessoas tem um vocabulário rico e mais específico o recetor pode não compreender o que lhe é dito. Numa situação entre enfermeiro e doente é da responsabilidade do profissional de saúde adequar o seu vocabulário à pessoa em questão tendo em consideração o seu país de origem, o seu grau de escolaridade, as

suas crenças e valores. “O enfermeiro deve usar um vocabulário que possa ser compreendido pelo paciente e valer-se do máximo de clareza possível ao empregar as palavras, o tom e a inflexão da voz na organização das ideias expressas” (Stefanelli e Carvalho 2005:36/37).

Em suma, “A comunicação é um processo interpessoal complexo que envolve trocas verbais e não-verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos. Podemos considera-la como um acto de partilha e que se for eficaz vai produzir sempre mudanças. Não se fica simplesmente pelo conteúdo, mas transmite também os sentimentos e as emoções” (Alves, 2003:59).

1.2. COMUNICAÇÃO: UM INSTRUMENTO FUNDAMENTAL NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

“O cuidado é um ato profissional do enfermeiro e se expressa no relacionamento interpessoal; é por meio dessa interação que o plano e a comunicação terapêutica são efetivados.

A comunicação terapêutica permite a interação entre enfermeira e paciente e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência”.

(Pontes, Leitão e Ramos, 2008:316)

A relação entre enfermeira e doente tem-se modificado ao longo dos tempos. Com a humanização da enfermagem o doente deixou de ser visto como uma doença ou como um número de cama e passou a ser visto como um todo, de forma individualizada. Desta forma os enfermeiros começam por identificar as necessidades básicas de cada doente para poder intervir sobre elas. O paciente torna-se um membro ativo dos cuidados e é através das relações estabelecidas que o enfermeiro consegue identificar os principais problemas e necessidades do doente. Pontes, Leitão e Ramos (2008:313) mencionam que *“É pela comunicação estabelecida com o paciente, que se pode compreendê-lo holisticamente, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir”.*

No seu modelo conceptual Henderson considera que a função de *comunicar com os outros* é uma das 14 necessidades básicas da pessoa que tem várias dimensões. A sua dimensão biológica é visível nas diferentes formas de expressões verbais e não-verbais, tais como a forma de deambular, o vestuário utilizado, a postura corporal etc. Quanto à dimensão fisiológica, na comunicação verbal está implícito a articulação, a fonação e o movimento da mão quando escreve; a comunicação não-verbal compreende a aptidão física para movimentar o corpo, para fazer gestos e para alterar as expressões faciais. As dimensões psicossocioculturais manifestam-se pelo conteúdo expresso pelo indivíduo, designadamente sentimentos, ideias, atitudes. Assim, a forma como determinados grupos sócio-culturais exprimem determinadas emoções, é influenciada pela aceitação tanto da forma como do conteúdo (Adam, 1994).

Também Peplau na sua Teoria das Relações Interpessoais (1952) considera a comunicação terapêutica o ponto crucial da enfermagem psiquiátrica e de grande importância para a enfermagem em geral. Braga (2004:70) refere que, para Peplau, a

“comunicação é um processo interpessoal terapêutico e significativo, que funciona em cooperação com os outros processos humanos, a fim de tornar alcançável a saúde dos indivíduos e sociedade”.

A comunicação é considerada como uma das componentes centrais da área de saúde. Comunicação, saúde e enfermagem são três conceitos que se interpõem de tal forma que não se pode falar em saúde e enfermagem sem nos reportarmos à comunicação (Stefanelli e Carvalho, 2005).

A comunicação é um fator elementar na profissão de enfermagem, necessário para estabelecer uma relação empática entre enfermeiro-cliente e, dessa forma, otimizar os cuidados de enfermagem. O enfermeiro usa a comunicação em todas as ações realizadas com o doente, seja para informar, orientar, apoiar, executar alguma atividade ou atender as necessidades básicas. A comunicação é também uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aprimorar o saber-fazer profissional.

Briga (2010:13) afirma que *“a comunicação representa a base e o fundamento para as relações enfermeiro/doente, constituindo dessa maneira um instrumento básico para a profissão. É o suporte de todas as ações dos enfermeiros, pois é através da comunicação com o doente, que o compreendemos como um todo, a sua visão do mundo, maneira de pensar, sentir e tomar decisões.”* Phaneuf (2005) refere também que a principal ferramenta terapêutica que a enfermeira dispõe é a comunicação uma vez que lhe permite conhecer a personalidade da pessoa bem como o ambiente de vida e a concepção do mundo. Por outro lado a comunicação enfermeiro-doente tem como objetivo motivar o doente a conformar-se com a doença e aceitar o seu tratamento.

Stefanelli e Carvalho (2005) mencionam 6 afirmações que são essenciais para que o enfermeiro adquira competência em comunicação: a comunicação é o eixo integrador entre os cuidados, ensino e pesquisa em enfermagem; permite ao enfermeiro exercer a profissão como ciência e arte; favorece a integração do ser pessoa com o ser profissional; é a essência do cuidado humano; é fundamental na educação em saúde; é essencial à saúde da pessoa.

Nos cuidados, a comunicação entre enfermeiro e doente é interpessoal. O enfermeiro deve ter aptidão para dar atenção, o que pressupõe uma atitude de compreensão e ajuda ao seu semelhante para a satisfação das suas necessidades (Alves, 2003).

Na relação interpessoal, o enfermeiro atua como emissor e recetor e deverá aprender a transmitir mensagens assertivas e responsáveis e a descodificar adequadamente as mensagens de clientes e colegas. Deverá ser capaz de interpretar com segurança os pedidos que lhe são feitos e tomar decisões responsáveis acerca de como responder assertivamente. *“A partir da interação enfermeiro/cliente, progride-se*

para um nível terapêutico em que o enfermeiro propõe actividades direccionadas para objectivos que ajudem o cliente a sentir-se à vontade para partilhar ideias e sentimentos. Com a prática os enfermeiros conseguem delimitar a interação social e manter um ambiente agradável e propício que ajuda o cliente a sentir-se confortável partilhando ideias e sentimentos” (Elkin, Perry & Potter, 2005:26).

A comunicação terapêutica entre enfermeiro e doente tem como finalidade identificar e atender as necessidades de saúde do doente, proporcionando oportunidades de aprendizagem, fomentando a autoconfiança e segurança do doente. Stefanelli e Carvalho (2005:64) definem comunicação terapêutica como *“competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia.”*

De acordo com Silva (2010) numa comunicação terapêutica o enfermeiro deve acolher e escutar os seus clientes com toda a sua sensibilidade, utilizando várias técnicas. É importante o enfermeiro usar o toque para reconfortar e apoiar o utente, o espaço delimitado pelo utente deve ser respeitado pelo enfermeiro e é essencial ter em atenção a expressão do olhar e da face para saber o que o utente quer transmitir.

Quando o enfermeiro aborda o doente utilizando comunicação terapêutica a aceitação do doente quanto à realização de procedimentos e à sua condição de saúde é maior, diminuindo assim as situações de ansiedade e de stress. A comunicação é então um instrumento importante pois permite ao enfermeiro construir uma relação com a pessoa e sua família tendo como intuito a assistência na recuperação do doente promovendo o bem-estar deste. Sabendo que um dos objetivos do enfermeiro é tornar o doente mais autónomo, é importante o uso da comunicação terapêutica para ajudar a pessoa a transitar da dependência para a independência, dentro das suas possibilidades e limitações.

Em síntese, *“Conhecendo a importância da comunicação terapêutica e suas influências no restabelecimento da saúde dos pacientes, deve-se avaliar se esta ocorre, de modo que se considere relevante a realização de uma reflexão sobre as interfaces desse cuidado ao cliente hospitalizado, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação”* (Mourão [et al.] 2009:143).

1.3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

“A pessoa em estado de doença está particularmente vulnerável, e a enfermeira que entra em contacto com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos.”

(Phaneuf, 2005:24)

No processo de comunicação o enfermeiro deve sempre ter uma ideia clara do que quer transmitir, pelo que a linguagem deve ser acessível e compreensível para o recetor. O enfermeiro deve conhecer o doente e assim adequar o seu vocabulário para que a pessoa/família o consigam compreender.

A relação significativa que o enfermeiro estabelece com o cliente assenta em princípios da comunicação, com aptidões e atitudes específicas nomeadamente a escuta ativa.

A forma como o enfermeiro se comporta, aquilo que diz ou faz poderá afetar o comportamento do paciente, pelo que o profissional deve estar consciente da sua singularidade como ser humano e como ela interfere na competência comunicacional e na comunicação com o outro. Por outro lado o enfermeiro deve estar atento às características do doente, deve saber interpretá-las, avaliando a forma como estas influenciam o comportamento do doente. A cultura é um fator importante que o enfermeiro não pode suprimir na comunicação uma vez que interfere no modo de ser e no modo de comunicar (Stefanelli e Carvalho, 2005).

No seu modelo, Jacques Chalifour (citado por Alves, 2003) refere que o enfermeiro deve, em primeiro lugar, ter um profundo conhecimento de si mesmo, das suas motivações e limitações de modo a ser capaz de implicar-se na relação de ajuda quando presta cuidados, utilizando os seus recursos pessoais. O autoconhecimento das suas necessidades e sentimentos e a auto compreensão torna o enfermeiro mais autêntico. Chalifour salienta ainda que o enfermeiro deve ter também habilidades ligadas às funções de contacto nomeadamente o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo e os meios de comunicação.

Stefanelli e Carvalho (2005:34) afirmam que *“o enfermeiro tem de conhecer o repertório do paciente, sua bagagem cultural e de vida, ou seja, entre outros elementos, seu vocabulário, seu linguajar, escolaridade, origem e expectativas, para que o*

significado das ideias veiculadas no processo de comunicação possa tornar-se comum.” Só assim o enfermeiro consegue ajudar o doente a reestruturar as suas ideias e conduzir a um processo de mudança que proporcione melhores condições de saúde e qualidade de vida. Ao planear os cuidados o enfermeiro deve considerar a sua individualidade e a do cliente, atendendo às características de cada um, incluindo as experiências individuais, cultura, percepções, nível de desenvolvimento e padrões de comunicação utilizados (Leininger, 1988 citado por Gouveia 2002).

O ambiente é um fator condicionante da própria comunicação, nomeadamente o ambiente físico, uma vez que se houver muito ruído a comunicação fica comprometida. Um ambiente calmo e acolhedor, sem ruídos, sem outras pessoas à volta é o mais adequado e promove a interação entre enfermeiro-doente. Quando um ambiente é familiar ao doente este sente-se mais acolhido e está mais recetivo. Nem sempre a enfermaria é o local mais apropriado para uma boa comunicação e nas alturas adequadas o enfermeiro poderá ter necessidade de ter uma conversa mais próxima num local mais calmo. *“O enfermeiro deve procurar um local adequado, dispor do tempo para facilitar a comunicação de acordo com a situação e as necessidades do cliente”* (Elkin, Perry & Potter, 2005:27).

A postura e disposição das pessoas durante a interação podem condicionar a comunicação. O enfermeiro deve ter em consideração: o tempo do contacto, as posições físicas e as distancias que ocupam durante a relação. O enfermeiro não deve assumir uma postura altiva de quem orienta e comanda a conversa, pelo contrário, é seu dever ouvir com atenção e concentrar-se: assimilar, analisar quem nos fala e então responder (de forma educada e equilibrada). O facto de orientarmos o corpo na direção do doente e falarmos de frente para o doente demonstra um sinal de interesse para com o doente. Não ter preconceitos nem emitir juízos de valor em relação ao nosso cliente é uma forma de o enfermeiro considerar a individualidade do outro e respeitar os seus valores, crenças e comportamentos. Elkin, Perry & Potter (2005:27) afirmam que *“Mesmo que o enfermeiro não concorde com o cliente deve aceitar o direito que têm às suas opiniões. É preferível evitar discutir com os clientes. O enfermeiro apenas manifesta a compreensão do que os clientes estão a comunicar, sem concordar nem discordar...”*.

A disponibilidade é um fator primordial para se estabelecer uma boa comunicação. Um enfermeiro que inicialmente mostra disponibilidade para com o doente mas não dá ao doente a atenção merecida, quando é solicitado pode condicionar o processo de comunicação. Sabendo que o enfermeiro não presta cuidados exclusivamente a um doente (e sua família) é essencial que este organize as suas atividades diárias e planeie o momento mais adequado para dedicar a sua atenção a cada doente e sua família reduzindo as interrupções e mostrando a sua disponibilidade. Uma atitude calma, o dar

atenção ao doente, o sentar-se ao lado do doente, são aspetos que demonstram a disponibilidade do enfermeiro para estar e para falar com o doente.

Henderson (2007:8/9) confirma que *“a capacidade de se sentir próxima do doente é característica das melhores enfermeiras. Se estas querem “pôr-se na pele do doente” têm de saber ouvir, têm de ser sensíveis à comunicação não-verbal, e encorajar os doentes a expressar os seus sentimentos de todas as formas. Esta análise do significado das palavras, dos silêncios, das expressões e movimentos do doente, é uma constante. É uma arte fazê-lo de forma discreta que não interfira com o desenvolvimento de uma relação enfermeira-doente, natural e construtiva”*.

Considerando as palavras anteriores, enfermeiro deve valorizar e dar importância à comunicação não-verbal do doente, nomeadamente a expressão facial, o tom de voz, o seu discurso, o comportamento e a sua postura uma vez que a comunicação não-verbal dá muitas informações sobre o doente.

Através da expressão facial o enfermeiro consegue quantificar a dor que o doente tem, se este está triste ou se está alegre, se está ansioso com algum tratamento ou se já está adaptado à situação. O tom de voz baixo e lento poderá indicar que o doente está deprimido e pelo contrário quando está contente eleva o tom de voz e até fala mais rápido.

Os diferentes contextos podem determinar o comportamento da pessoa. Assim o doente quando fica hospitalizado tem determinados comportamentos adequados à sua condição de doente. Os comportamentos inadequados como a agitação, a confusão são ponderados na avaliação realizada pelo enfermeiro pois podem ter vários significados como agravamento da patologia, presença de dor, retenção urinária, privação de substâncias, entre outros.

A postura do doente poderá demonstrar o seu estado emocional e também a sua intenção e disponibilidade para estabelecer comunicação. Um doente com postura erguida, apumada geralmente indica que tem equilíbrio emocional e uma notável autoestima. Por outro lado um doente deprimido, com falta de autoestima apresenta habitualmente uma postura encurvada, com cabeça baixa.

Desta forma é importante que o enfermeiro identifique os meios de comunicação não-verbal que os clientes possam utilizar e deve também saber o significado de cada método para se estabelecer o processo comunicativo (Santos & Shiratori, 2005). Os mesmos autores referem que quando a equipe de enfermagem consegue comunicar com o cliente impossibilitado de expressar-se verbalmente, passa a interagir com ele, possibilitando uma melhor relação enfermeiro-doente e assim poderá diminuir o stress, a angústia, a ansiedade, a tristeza e a depressão que o doente sentia por não conseguir interagir com as pessoas que o rodeiam.

As estratégias de comunicação são instrumentos que facilitam o processo terapêutico e permitem que o doente descreva as suas experiências, cooperando com os profissionais (Stefanelli e Carvalho 2005).

Riley (2004) descreve as técnicas de comunicação terapêutica apontadas por Sundee [et al.] (1998) para implementar o processo de enfermagem e promover uma relação de ajuda entre enfermeiro-cliente.

Quadro 1. – Técnicas de Comunicação Terapêutica

Técnica	Valor terapêutico
Escuta	Comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica com o seu interesse pelo cliente.
Silêncio	De forma não verbal o enfermeiro comunica ao doente a sua aceitação.
Orientação	Ajuda o cliente a sabe o que se espera dele.
Comentários abertos	Permite ao cliente selecionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir.
Redução da distância	Comunica de forma não-verbal que o enfermeiro que estar próximo do cliente.
Consideração	Demonstra a importância do papel do cliente na relação.
Recapitulação	Solicita a validação da interpretação da mensagem pelo enfermeiro.
Reflexão	Tenta demonstrar ao cliente a importância das suas próprias ideias, sentimentos e interpretações.
Clarificação	Demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o cliente.
Validação consensual	Demonstra o desejo do enfermeiro em compreender a comunicação do cliente.
Focalização	Orienta a conversa para o tópico de importância.

Síntese	Ajuda o cliente a separar o material relevante do irrelevante; serve como revisão e termo da relação.
Planificação	Reitera o papel do cliente na relação.

Fonte: Sundee [et al.] (1998, p.113) in Riley (2004, p.32)

A autora Stefanelli também considera várias estratégias de comunicação terapêutica e divide-as em 3 grupos: de expressão, de clarificação e de validação.

As técnicas de expressão, como o nome indica, estimulam e facilitam a expressão verbal de pensamentos e sentimentos vivenciados. Estas técnicas são utilizadas numa aproximação inicial para conhecer o doente e identificar quais as áreas problemáticas. As estratégias de clarificação são utilizadas para compreender e clarificar as mensagens que o doente envia. As estratégias de validação permitem confirmar se o significado das mensagens é comum aos dois participantes, enfermeiro e doente (Stefanelli e Carvalho 2005)

Quadro 2. – Estratégias de Comunicação (Stefanelli)

GRUPO	ESTRATÉGIAS
Expressão	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Ouvir reflexivamente; ↳ Usar terapêuticamente o silêncio; ↳ Verbalizar a aceitação; ↳ Verbalizar o interesse; ↳ Usar frases com sentido aberto ou reticentes; ↳ Repetir comentários ou últimas palavras ditas pelo paciente; ↳ Fazer pergunta; ↳ Devolver a pergunta feita; ↳ Usar frases descritivas; ↳ Permitir ao paciente que escolha o assunto; ↳ Colocar em foco a ideia principal; ↳ Verbalizar dúvidas; ↳ Dizer não; ↳ Estimular a expressão de sentimentos subjacentes; ↳ Usar terapêuticamente o humor.

Clarificação	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Estimular comparações; ↪ Solicitar ao paciente que esclareça termos incomuns; ↪ Solicitar ao paciente que precise o agente de ação; ↪ Descrever os eventos em sequência lógica.
Validação	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Repetir a mensagem do paciente; ↪ Pedir ao paciente para repetir o que foi dito; ↪ Resumir o conteúdo da interação.

Fonte: Stefanelli e Carvalho (2005, p.78-102)

Concluindo, Start & Larai (1998 citados por Riley, 2004:9) afirmam que *“a comunicação é um veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica; é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo crítica para o sucesso das intervenções de enfermagem; é a própria relação, sem a qual, é impossível a relação terapêutica enfermeiro/cliente/família.”*

1.4. LINGUAGEM

“Faço dizer aos outros aquilo que não posso dizer tão bem, quer por debilidade da minha linguagem, quer por fraqueza dos meus sentidos.”

Michel Eyquem de Montaigne

A linguagem é a função cerebral da receção e da produção de sons próprios ou fonemas que se agregam em unidades mínimas dentro das palavras que por sua vez se organizam em frases, segundo regras gramaticais (Garcia e Coelho, 2009). Habib (2000:241) define a linguagem *“como o conjunto dos processos que permitem usar um código ou um sistema convencional que serve para representar conceitos ou comunicá-los e utiliza um conjunto de símbolos arbitrários e de combinações destes símbolos”*.

Muitas vezes os conceitos “fala” e “linguagem” são utilizados como sinónimos e é importante diferencia-los. A linguagem é uma funcionalidade ampla, característica dos seres humanos e possibilita a comunicação entre os homens nas suas diferentes formas de expressão (a fala, a escrita, a gestual e até mesmo a linguagem de sinais). Por sua vez a fala é definida como *“a produção oral da palavra e está na dependência dos elementos do SNC e SNP que conduzem (feixes piramidais, últimos nervos cranianos motores) e coordenam (últimos nervos cranianos sensitivos, cerebelo) as ordens que, partindo dos centros cerebrais da linguagem, alcançam o aparelho fonador que tem como elemento fundamental a laringe e como elementos acessórios o aparelho respiratório e as várias estruturas da cavidade bucal”* (Garcia e Coelho, 2009:57/58).

A linguagem compreende toda a representação que da palavra advém e as próprias ideias antes de se transformarem em sons. Para a produção da linguagem está pressuposto que diversas componentes estejam íntegras, especificamente a componente comunicativa (intenção, interesse, motivação para a comunicação), a componente pensamento para a construção da mensagem que se quer transmitir, a componente linguagem que permite a verbalização e a componente motor da fala formado pela respiração, fonação e articulação (Stemmer & Schönle in Kukowski, 2001).

Habib (2000) refere que em qualquer linguagem se identificam três elementos específicos: *a forma*, que envolve os sons e a sintaxe que permite utilizá-los; *o conteúdo*, que representa o significado ou semântica da linguagem; e *o uso*, que representa o conjunto das circunstâncias sociais e o contexto da comunicação linguística.

Assim como outros elementos, a linguagem tem um conjunto de propriedades particulares que a caracterizam: utiliza sistema de regras gramaticais que permite estabelecer relações entre diferentes símbolos constitutivos da linguagem; é criativa, uma vez que é capaz de criar novas formas e compreender infinitamente diversas combinações, desde que estas utilizem os símbolos e as regras da língua natal; é significativa e interpessoal, na medida em que a sua razão de ser é a comunicação, ou seja, a interação entre os indivíduos (Habib, 2000).

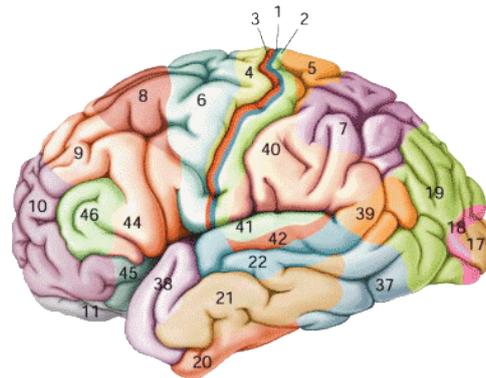
O uso da linguagem nas suas diferentes formas permite ao homem exprimir o que sente, nomear objetos, descrever ações e permite interação entre pessoas conduzindo à socialização do indivíduo uma vez que através da fala, dos gestos e da escrita nos relacionamos com outras pessoas, transmitindo e recebendo informação, conduzindo a possíveis mudanças. Por outro lado a linguagem proporciona ao indivíduo forma de se situar na sua própria história e cultura na medida em que cada povo tem a sua história e determinados valores, costumes e ideais que são preservados através da linguagem.

A atividade da linguagem envolve a participação de todo o encéfalo, desde as estruturas elementares do tronco cerebral às redes sinápticas complexas do córtex cerebral, concentrando-se em dois pólos: um pólo recetivo que comporta a audição e a visão, a compreensão da linguagem falada e da linguagem escrita; um pólo expressivo que comporta a fonação e também a escrita.

A área de Broca é a área motora que está situada na extremidade posterior da circunvolução frontal inferior (áreas 44 e 45) e que assegura o controlo fonético da expressão. A zona de Heschl é a área recetiva com duas regiões intimamente ligadas que constituem a zona central da linguagem: uma delas ocupa a área temporal postero-superior, a área de Wernicke (área 22) e o giro de Heschl (áreas 41 e 42) e controla a perceção da linguagem falada; a outra região ocupa o giro angular (área 39) do lobo parietal inferior (anteriormente às áreas recetoras visuais) e atua na perceção da linguagem escrita (Figura 2.).

O feixe arqueado, estrutura subcortical pertencente ao processo da linguagem, trata-se de um grupo de fibras brancas que ligam grosseiramente a área de Wernicke à área de Broca, enviando informações da primeira para a segunda (Habib, 2000; Ortiz, 2005).

Figura 2. – Áreas Cerebrais de Broadmann



Fonte: Liga de Neurocirurgia (2005)

Os hemisférios cerebrais não interferem de forma igual na linguagem. O hemisfério cerebral esquerdo é dominante para a linguagem nos destros, apesar do hemisfério direito ter algumas capacidades linguísticas como compreensão de palavras e frases curtas e também a expressão.

O distúrbio da função da linguagem traduz sempre uma anormalidade do cérebro, dependendo da *“integridade da região anatômica que engloba as regiões receptoras primárias dos lobos temporal e occipital (e as suas áreas de associação nos lobos parietal e temporal) e as áreas motoras do lobo frontal inferior do hemisfério cerebral dominante”* e envolve *“a compreensão, a formulação e a transmissão de ideias e sentimentos, pelo uso de sinais, símbolos, sons e gestos convencionalizados e seu ordenamento sequencial segundo as regras aceitas da gramática”* (Adams, Victor & Ropper, 1998:315). Portanto os distúrbios da linguagem podem afetar a linguagem falada (causando afasia), a compreensão da linguagem escrita (alexia) e /ou a capacidade de escrever (agrafia).

São descritas por outros autores perturbações do comando motor da fala que condicionam também a comunicação entre enfermeiro-doente, nomeadamente as disartrias e as disfonias. A disartria é uma *“perturbação motora do discurso, da articulação verbal e resulta da falta de força, da alteração do tônus ou da coordenação dos músculos envolvidos na fala”* (Martins citado por Ferro e Pimentel, 2013:3) e pode ser causado por doenças como esclerose múltipla, doença de Parkinson, miastenia gravis, lesão SNC (Carpenito-Moyet, 2009). A disfonia manifesta-se muitas vezes por “voz nasalada”, com fala apertada ou sussurrante, dependendo dos músculos que são afetados.

Quando ocorrem lesões cerebrais e as áreas da linguagem são afetadas, poderá ocorrer um comprometimento parcial ou total da função da linguagem e conseqüentemente prejudicar a forma de comunicação do indivíduo.

1.5. AFASIAS

A linguagem é uma função característica do ser humano. Para comunicar e relacionar-se com outras pessoas o indivíduo tem que usar a linguagem em diversas formas como falar, escrever e até mesmo utilizar o gesto como forma de comunicação. As capacidades de expressão, compreensão e de leitura são também parâmetros componentes na área da linguagem. Quando algum elemento da linguagem deixa de funcionar corretamente como consequência de lesões cerebrais podemos então ponderar o diagnóstico de afasia.

A afasia designa-se por uma perda parcial ou total das habilidades da linguagem após lesões encefálicas, muitas vezes sem perda de capacidades cognitivas e de habilidades de utilizar os músculos da fala (Bear, Connors & Paradiso, 2008).

O estudo científico da afasia remota de 1770 quando Johann Gesner na sua teoria moderna sobre a afasia definiu este conceito como “*a incapacidade de associar imagens ou ideias abstratas com seus símbolos verbais de expressão*” (Bear, Connors & Paradiso, 2008:620), atribuindo a afasia à lesão encefálica resultante de doença. Na sua pesquisa o médico alemão constatou que, na afasia, a capacidade cognitiva se pode manter intacta mas a expressão verbal por vezes é perdida. Posteriormente foram realizadas várias investigações que deram o seu contributo ao estudo da afasia, nomeadamente as de Bolotov (1789), a de Franz Joseph Gall que sustentava que, em casos de lesões cerebrais onde a fala era perdida mas outras capacidades mentais se mantinham, existia uma região específica utilizada para a linguagem, os estudos de Jean Baptiste Bouilland (1825) e Simon Alexandre E. Aubertin (1861) que defendiam a ideia de que a fala era especificamente controlada pelos lobos frontais (Bear, Connors & Paradiso, 2008; Sousa, 2005).

A primeira descrição de um quadro afásico foi feita em 1861 pelo neurologista francês Pierre Paul Broca que estudou um paciente com alteração dos comportamentos emissivos (quase incapaz de falar) e compreensão relativamente preservada. Quando examinou o cérebro do paciente concluiu que este tinha uma lesão nos lobos frontais, mostrando relação entre lobo frontal do hemisfério esquerdo e linguagem (Bear, Connors & Paradiso, 2008). Broca defendia, nesse tempo, que a parte posterior da terceira circunvolução frontal era a sede da faculdade da linguagem articulada e em 1865 apontou a assimetria funcional dos hemisférios quando constatou que as lesões estavam lateralizadas ao hemisfério esquerdo (Habib, 2000).

Em 1873, o estudo de Karl Wernicke (neurologista alemão) demonstrou que uma lesão no lobo temporal esquerdo (entre o córtex auditivo e o giro angular) também comprometia a fala, observando portanto que existem duas áreas da linguagem, uma frontal e outra temporal, ligados por fibras associativas. Wernicke introduziu o conceito de afasia sensorial que ocorre na sequência de lesões que atingem a primeira circunvolução temporal esquerda e que se descreve por uma linguagem abundante mas confusa e incompreensível (Habib, 2000). Com Wernicke outros neurologistas começaram a delimitar as diferentes áreas de processamento da linguagem no cérebro.

Em Portugal, em 1888, Alberto Cid desenvolveu uma dissertação inaugural sobre “Aphasia e suas formas” e nela mencionou a definição de afasia de Legroux: síndrome caracterizado pela diminuição ou perversão da faculdade normal de exprimir as ideias por sinais convencionais, ou de compreender estes sinais, não sendo impeditivo a persistência dum certo grau de inteligência e a integridade dos aparelhos sensoriais, nervosos e musculares que servem para a expressão ou percepção destes sinais.

No final do séc. XX a afasia era caracterizada *“pela alteração de processos linguísticos de significação de origem articulatória e discursiva (nesta incluídos aspectos gramaticais) produzida por lesão focal adquirida no Sistema Nervoso Central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não se associarem a alterações de outros processos cognitivos”* (Coudry, 1988 citado por Ortiz, 2005:50).

Atualmente o Conselho Internacional de Enfermeiras define o conceito de Afasia como *“Cognição comprometida: Defeito ou ausência da função da linguagem para usar e compreender as palavras”* (Conselho Internacional de Enfermeiras 2011:38).

Ainda Lourenço e Mendes (2008) definem afasia como um distúrbio na capacidade de interpretar e formular estímulos de linguagem, secundário a lesão cerebral, onde a expressão e compreensão escrita e a expressão e compreensão oral estão afetadas em intensidade variável. Concluindo, a afasia é distúrbio que afeta a linguagem, a nível da percepção e/ou expressão, condicionando e prejudicando a capacidade do indivíduo para comunicar.

Desta forma deve suspeitar-se que uma pessoa está afásica quando o seu discurso é estranho tanto a nível da compreensão, uma vez que utilizam palavras sem sentido nem significado pois têm dificuldade em encontrar a palavra certa e construir frases, como a nível da fala quando as palavras saem com dificuldade e é complicado perceber o que diz, ou até mesmo ininteligível.

A causa mais comum de afasias em idade adulta é o Acidente Vascular Cerebral do hemisfério dominante, em 80-85% dos casos. Os restantes casos devem-se a tumores cerebrais, encefalites, meningites, traumatismos crânio-encefálicos e a processos degenerativos (Lourenço e Mendes, 2008; Stemmer & Schönle in Kukowski, 2001).

A severidade e a extensão da afasia dependem, entre outros fatores, da localização e dimensão da lesão cerebral, da competência linguística previamente adquirida e da personalidade da pessoa que sofre de afasia.

A afasia não é um conceito unidimensional, existindo diversas classificações dependendo dos diferentes autores. A maioria dos autores dá ênfase à localização anatomofisiológica, outros enfatizam a etiologia e recentemente alguns associaram o critério de localização a sintomatologia.

A classificação das afasias depende da competência do doente em desempenhar determinadas funções que devem ser avaliados através de baterias de teste. Nesta classificação está implícito a avaliação das características do discurso espontâneo, do desempenho na capacidade de nomeação dos objetos, na capacidade de repetição das palavras e na capacidade de compreensão de ordens simples (Garcia e Coelho, 2009).

Quando avaliamos o discurso espontâneo do doente devemos considerar vários fatores, tais como a quantidade de palavras, o esforço necessário para falar, a articulação verbal das palavras bem como o comprimento das frases, a música do discurso, o conteúdo informativo, características gramaticais e presença de parafasias (troca de sons nas palavras) (Garcia e Coelho, 2009).

Um discurso fluente é caracterizado por frases de comprimento normal, com um ritmo e melodia normais, com boa articulação e é produzido sem esforço. Apesar desses fatores positivos, este discurso tem frequentemente um débito de palavras aumentado mas pouco conteúdo informativo devido à falta de substantivos e uso de palavras incorretas.

Nos discursos fluentes é possível encontrar o jargão (em que são utilizadas palavras que não fazem parte da língua portuguesa, nem de qualquer outra língua, os neologismos), são também utilizadas parafasias semânticas (troca de palavras por outras que também existem), os circunlóquios (rodeia o assunto para suprimir a falta dos nomes) e as pausas anómicadas (pausas frequentes para encontrara a palavra correta) (Leal e Martins, 2005).

Por outro lado o discurso é não fluente quando o cliente tem dificuldade em falar e, portanto o débito de palavras é reduzido, produzido lentamente, com esforço e constituído sobretudo por substantivos isolados ou frases curtas sem sentido gramatical (Garcia e Coelho, 2009).

O mutismo (não produz som mas quer comunicar), a utilização de expressão estereotipada (produz sempre a mesma palavra), a produção de palavras ocasionalmente corretas (especialmente formas do discurso automático, palavras de conteúdo emocional), as frases telegráficas (discurso sem elementos de ligação gramaticais) e os

erros de articulação são diferentes manifestações do discurso não fluente (Leal & Martins, 2005).

Outro parâmetro fundamental é a nomeação dos objetos, que é avaliada mostrando objetos de uso habitual (chaves, caneta, moeda) ao doente, pedindo para este os identificar. Se o doente revela muita dificuldade para identificar o objeto é possível dar uma pequena ajuda e iniciamos a palavra para que o doente a complete. Apesar de todos os doentes com afasia fazerem erros de nomeação, é necessário avaliar se o fazem sempre ou se é apenas parcial.

A repetição verbal é testada pedindo ao doente que inicialmente repita palavras curtas, frequentes e os números. Seguidamente palavras mais complexas e compridas e por últimos tentar a repetição de frases completas. Em algumas afasias o cliente tem tendência a repetir constantemente aquilo que o examinador lhe diz (Leal e Martins, 2005).

De forma a avaliar a compreensão são dadas ordens verbais simples ao cliente para que ele as execute, ou fazer perguntas de resposta fácil (sim/não). Pode também pedir-se ao doente para identificar, apontando os objetos. A compreensão pressupõe a capacidade do cliente para se expressar de forma motora pois se o cliente tiver incapacidade de realizar movimentos e lhe pedirmos para nos apertar a mão ele não vai responder adequadamente à ordem. Segundo Leal e Martins (2005) é habitual os clientes terem melhor compreensão do discurso fluído sobre um determinado tema do que compreender as ordens que lhe são dadas.

A capacidade de leitura bem como a capacidade de escrita devem também ser parâmetros a avaliar. Para avaliar a capacidade de leitura do doente escrevem-se palavras em letra maiúscula num papel e depois pedimos ao doente para apontar as palavras que vamos verbalizando. A capacidade para ler em voz alta e a capacidade de compreensão do que está escrito também devem ser avaliadas, mas separadamente. No que diz respeito à escrita é necessário avaliar a escrita do nome, escrita por cópia e por ditado (primeiro palavras, depois frases mais completas) e a escrita espontânea (Leal e Martins, 2005).

1.5.1.– CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS

De acordo com os parâmetros evidenciados anteriormente são identificados oito grandes quadros afásicos: afasia Broca, afasia de Wernicke, afasia de condução, afasia global, afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical mista

e afasia anômica (Adams, Victor & Ropper, 1998; Habib, 2000; Ortiz, 2005; Ardila 2008; Mineiro [et al.] 2008).

A *afasia de Broca* (ou afasia motora) corresponde ao primeiro quadro clínico descrito de afasia, caracterizada por uma linguagem expressiva não fluente, ou seja, há lentificação na fala, com pausas longas e dificuldade em articular as palavras. As frases são curtas, com utilização de palavras isoladas, nomeadamente substantivos (não utilizam artigos, pronomes e conjunções), não conseguindo constituir uma frase com significado gramatical (agramatismo) (Bear, Connors & Paradiso, 2008).

Na maioria dos clientes que apresentam afasia motora é visível uma grave disfunção na escrita, muitas vezes associado à parésia da mão direita. A compreensão da linguagem encontra-se preservada ou pode ser levemente afetada e o cliente consegue compreender frases sintaticamente simples e ordens verbais simples. No entanto se as frases forem demasiado complexas são encontradas deficiências na compreensão.

A nomeação de objetos bem como a repetição de palavras encontram-se comprometidas, mas se forem utilizados substantivos familiares estas capacidades poderão ser concretizadas. Na forma mais grave da afasia o cliente fica mesmo sem capacidade para ler em voz alta (Ardila, 2008).

Na maioria dos casos a afasia de Broca é consequência de uma lesão isquémica afetando o hemisfério esquerdo. As lesões ocorrem na parte anterior da zona da linguagem, comprometendo a área de Broca, no terço posterior da terceira circunvolução frontal esquerda (Cambier, Masson & Dehen 2005).

Quando Karl Wernicke apresentou o estudo sobre pacientes que tinham uma fala fluente, com ritmo e entoação normais mas com descrições requintadas e utilização de palavras irreconhecíveis (erros que o doente não reconhece), foi denominada essa alteração como *afasia de Wernicke* (Colaço, 2008).

Na afasia de Wernicke (ou sensitiva) a compreensão está gravemente comprometida pois os doentes têm dificuldade em compreender palavras isoladas. A compreensão escrita encontra-se também afetada, mas não necessariamente no mesmo grau que a compreensão oral. A fala é produzida sem esforço com articulação e entoação apropriadas mas muitas vezes é desprovida de significado, até as próprias palavras costumam ser mal formadas ou inadequadas (parafasia) (Ortiz, 2005).

Por vezes ao tentar nomear um objeto não conseguem encontrar o nome apesar de conseguirem repeti-lo se este for ditado. As tarefas de repetição e denominação encontram-se assim prejudicadas e o cliente tem incapacidade na leitura e na escrita (o ato de copiar é lento e algumas vezes aparecem sobreposição das letras e fragmentos de palavras).

As afasias de Wernicke que ocorrem após AVC têm um bom prognóstico, recuperando as alterações da linguagem ao longo do tempo (Adams, Victor & Ropper, 1998; Habib 2000). As lesões que provocam este tipo de afasia incidem na área de Wernicke propriamente dita, no lobo temporal (na primeira circunvolução temporal esquerda), e no lóbulo parietal inferior (Habib, 2000).

Na *afasia de condução* a produção do discurso é fluente, apesar dos clientes serem hesitantes na escolha das palavras. A fala é espontânea mas estão frequentemente presentes parafasias com transposição de fonemas (utilização de fonemas e sílabas incorretas). A compreensão de material verbal encontra-se aparentemente normal ou com alterações leves. Alguns autores referem que este tipo de afasia se assemelha à afasia de Wernicke mas contrariamente a esta, na afasia de condução os clientes têm um claro conhecimento dos erros, tentando autocorrigir-se durante o discurso (Habib 2000; Ortiz, 2005).

Por outro lado a afasia de condução apresenta uma grave alteração envolvendo a repetição no contexto da linguagem fluente (caraterística marcante deste tipo de afasia) com a nomeação também prejudicada (Ortiz, 2005). Esta afasia deve-se a lesões que afetam a condução da informação da área de Wernicke para a área de Broca, uma vez que interrompem o feixe arqueado (Habib, 2000).

A *afasia global* é a forma mais grave de afasia consequente a uma lesão extensa que afeta grande parte da área da linguagem no hemisfério cerebral dominante e envolve um comprometimento severo da produção da linguagem e da compreensão verbal e escrita (Mineiro [et al.] 2008). Os clientes com afasia global praticamente não produzem discurso. Por vezes conseguem pronunciar algumas palavras estereotipadas (expressões comuns ou cliché) e imitar ações simples (Ortiz, 2005). É possível que compreendam palavras simples mas não conseguem compreender ordens, nomear objetos nem repetir o que lhes é dito.

Nas *afasias transcorticais motoras* o cliente apresenta uma linguagem espontânea muito lentificada e reduzida (não fluente). O cliente não consegue iniciar uma conversa e apenas produz umas sílabas ou palavras. A capacidade de repetição e articulação encontram-se preservadas bem como a compreensão. Na escrita pode observar-se uma falta de iniciativa mas a leitura está normal ou pouco afetada (Ortiz, 2005).

As lesões responsáveis por este tipo de afasia situam-se no lobo frontal esquerdo, e dizem respeito à substancia branca que liga o córtex frontal aos gânglios da base e à área de Broca (Habib, 2000).

As *afasias transcorticais sensoriais* caracterizam-se por um discurso fluente com parafasia e anomias onde a repetição se encontra relativamente preservada. Nesta afasia ocorre uma perturbação da compreensão da linguagem oral e da escrita. O cliente

consegue repetir frases e fazer algumas leituras sem, no entanto compreender o seu significado (Ortiz, 2005). A lesão que desperta estas afasias deixa ileso a área de Wernicke, no entanto esta fica desconectada das áreas vizinhas (Habib, 2000).

Nas *afasias transcorticais mistas* a repetição encontra-se bem conservada apesar de ocorrer com falhas. Nesta afasia existe uma grande limitação da linguagem espontânea associada a uma má compreensão da linguagem (Stemmer & Schönle in Kukowski, 2001). Habitualmente todas as atividades da escrita ficam afetadas num grau elevado. As lesões extensas das áreas circundantes às áreas da fala conduzem ao isolamento destas e surgem as afasias transcorticais mistas.

Afasia anômica é caracterizada por uma perturbação ao nível lexical da linguagem, em que os clientes têm dificuldade em produzir substantivos e verbos e a sua capacidade de nomeação de pessoas ou objetos foi perdida (Ortiz, 2005). O discurso é fluente embora vazio, com muitos termos indefinidos. A compreensão, repetição e leitura geralmente estão preservadas ou apenas levemente comprometidas (para estruturas mais complexas) (Habib, 2000; Stemmer & Schönle in Kukowski, 2001). A afasia anômica foi associada a lesões do lobo temporal (Almeida in Sá, 2009).

Quadro 3. – Tipos de Afasia

	Discurso	Compreensão	Nomeação	Repetição
Afasia Broca	Não Fluente	Intacta	Perturbada	Perturbada
Afasia Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Afasia Condução	Fluente	Intacta	Perturbada	Perturbada
Afasia Global	Não Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Afasia Transcortical Motora	Não Fluente	Intacta	Perturbada	Intacta
Afasia Transcortical Sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Intacta
Afasia Transcortical Mista	Não Fluente	Perturbada	Perturbada	Intacta
Afasia Anômica	Fluente	Intacta	Perturbada	Intacta

Fonte: Adaptado de Garcia e Coelho (2009)

1.5.2.– BATERIAS DE TESTES DE AVALIAÇÃO DA AFASIA

A correta avaliação de um doente afásico torna-se um instrumento fundamental para o diagnóstico, prognóstico e tratamento da afasia.

Durante muito tempo a publicação e utilização de testes para avaliação das afasias esteve relacionado à necessidade de caracterizar o tipo de afasia que o paciente apresentava, de acordo com a classificação clássica (Ortiz, 2005).

Ao identificar corretamente as manifestações que o doente apresenta, bem como as relações que existem entre elas, o profissional tem uma intervenção mais adequada, melhorando as funções utilizando todos os recursos disponíveis.

A avaliação deve identificar a natureza e a extensão da afasia, as competências comunicativas residuais, o impacto no indivíduo e sua família, a situação psicossocial individual e o bem-estar geral (Sousa, 2005).

Ortiz (2005) considera que na avaliação das afasias temos a avaliação formal e a informal. A avaliação formal é caracterizada pela utilização de instrumentos fechados como testes que avaliam o desempenho de determinados parâmetros e posteriormente são rigorosamente aplicados e analisados de acordo com as normas dos seus autores. Se por um lado a utilização de testes permite a sua aplicação ao longo do tempo, acompanhando a evolução do paciente, por outro lado a maioria dos testes só pretende avaliar tarefas metalinguísticas (compreensão oral, gráfica, cópia, ditado, leitura, repetição) desvalorizando a investigação da competência comunicativa do cliente. Alguns autores optam por utilizar testes para afasia e por vezes tentam criar novos instrumentos, outros autores questionam a sua utilidade.

A avaliação informal caracteriza-se pela aplicação de instrumentos informais que são criados sem nenhum critério específico, a partir do que queremos avaliar. A avaliação informal é realizada através de entrevistas a familiares, utilização de objetos concretos do dia-a-dia, que facilitam a compreensão do paciente. Esta avaliação pode tornar-se incompleta e ser incapaz de mostrar as alterações da linguagem e como elas interferem na vida do cliente (Ortiz, 2005).

Existem várias baterias de testes que foram desenvolvidas por diferentes autores e que partilham as mesmas características *“1º - comparam e diferenciam o desempenho linguístico em diferentes domínios, como expressão e compreensão; 2º - os resultados permitem um diagnóstico sindromático, pondo cada doente numa categoria diagnóstica exclusiva”* (Leal, 2003:131 citado por Sousa, 2005:11).

A utilização de baterias de testes para doentes afásicos deve ser adaptada à população em questão, considerando variáveis como cultura e linguística. Sabendo que a maioria dos pesquisadores utilizam recursos de outras culturas torna-se necessário

traduzir e adaptar a bateria ao contexto cultural do seu país, tendo em consideração a linguística, minimizando os erros.

No contexto português a bateria mais frequentemente utilizada é a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL, de Damásio de 1973). Outras escalas têm sido estudadas e adaptadas para a língua portuguesa como a PALPA-P (Provas de Avaliação da Linguagem e Afasia em Português de Castro, Caló e Gomes 2006); a PAL-PORT (Psycholinguistic Assessment of Language – Bateria de Avaliação Psicolinguística da Linguagem Versão portuguesa, de Festas [et al.] 2006) (Pestana [et al.], 2008).

Em 2008 Pestana, Maia, Leite e Silva realizaram um estudo piloto de tradução e adaptação da Bateria de Avaliação de Afasias e Perturbações Relacionadas, da versão espanhola da Bateria de Evaluacion de la Afasia y de Transtornos Relacionados (Goodglass, 2005) adaptada pelos autores Garcia-Albea, Sánchez-Bernardo e del Viso, (1996), a partir da versão em inglês da Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) de Goodglass 1983, e que inclui o Boston Naming Test (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 1983).

BAAL – Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (Damásio 1973)

A necessidade de uma bateria teste para avaliar as afasias é importante uma vez que em Portugal, apesar de estarem a ser estudadas outras escalas, temos apenas a BAAL, que se inscreve na linha da neuropsicologia clássica.

Trata-se de um conjunto de provas que avalia 8 áreas da linguagem: nomeação, repetição, fluência, compreensão, escrita, leitura, uma escala de avaliação do discurso espontâneo e uma versão do Token test. O objetivo fundamental é *“caraterizar o doente segundo o tipo de afasia (Broca, Wernicke, condução, etc.) e não é possível relacionar os resultados obtidos pelo doente com qualquer teoria do funcionamento linguístico, ficando assim excluída a possibilidade de um estudo detalhado dos processos linguísticos que se encontram intactos e dos que se encontram alterados”* (Festas [et al.], 2006:3).

A BAAL considera as dimensões da produção e da compreensão da linguagem, excluindo processos e componentes responsáveis pelos níveis de processamento linguístico. O programa de intervenção estabelecido será muito geral uma vez que determinados défices só são identificados num estudo psicolinguístico específico. (Festas [et al.], 2006).

PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português (Castro, Caló e Gomes, 2007)

A PALPA-P foi adaptada da bateria original PALPA (Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia) de Kay, Lesser e Coltheart (1992).

Esta bateria é constituída por 60 provas psicolinguísticas que avaliam vários parâmetros como a nomeação (através de imagens), a discriminação auditiva, a repetição de palavras, a compreensão de palavras e frases, a memória, o conhecimento das letras, a consciência fonológica e as competências da leitura e da escrita (Mineiro [et al.], 2008).

A bateria é composta por: um manual que apresenta o enquadramento teórico e as normas das provas; 4 cadernos de estímulos (processamento fonológico, leitura e escrita, semântica de palavras e imagens, compreensão de frases); folhas de registo e cotação para cada prova; folha de respostas para as provas que o indivíduo tem que responder por escrito.

Segundo Mineiro [et al.] (2008) a PALPA-P avalia bem a nomeação, repetição e compreensão, mas outros aspetos da linguagem como as metáforas, os sentidos figurados ou as expressões idiomáticas (expressões populares) não são considerados.

PAL-PORT - Bateria de Avaliação Psicolinguística da Linguagem – Versão Portuguesa (Festas, Leitão, Formosinho, Albuquerque, Vilar, Martins, Branco, André, Lains, Rodrigues, Teixeira, 2006)

A PAL-PORT é uma bateria que se baseia num modelo psicolinguístico e por outro lado dá-nos medidas em tempo diferido e em tempo real. Tem como suporte a PAL e das provas retiradas da PAL são rigorosamente respeitadas as variáveis psicolinguísticas seguidas pelos autores, mas a elaboração das provas teve em conta as características da língua portuguesa.

Segundo Festas [et al.] (2006) a PAL-PORT terá trinta e cinco provas (28 provas da PAL e mais sete que abrangem os níveis discursivo e prosódico da linguagem) implementadas num programa para PC. Estas podem ser divididas em provas ao nível lexical, ao nível morfológico e ao nível frásico e em cada um destes níveis, podemos, ainda, considerar as provas segundo o tipo de tarefas em que estão incluídas: compreensão oral, compreensão escrita, produção oral e produção escrita.

As sete provas que foram acrescentadas pretendem avaliar: “*a ativação da representação da identidade das letras, o processamento do discurso, o processamento da informação entonacional e a difusão da ativação em redes semânticas*” (Festas [et al.], 2006:7).

BDAE – Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass & Kaplan 1983)

O Boston Diagnostic Aphasia Examination é uma das baterias que para além de permitir encontrar as diferenças qualitativas entre os vários tipos de afasia, “*visa a descrição da natureza de cada síndrome conforme o nível de defeito linguístico*” (Sousa

2005:12). Esta bateria foi publicada por Goodglass e Kaplan em 1972 e revista em 1983 por Goodglass e em 2001 e na sua terceira edição BDAE-3 pelo mesmo autor. A sua aplicação é realizada em indivíduos com idade superior a 16 anos e tem a duração de 90 minutos a forma completa e entre 40 a 60 minutos a forma curta.

A BDAE é constituída por 5 partes onde a pontuação de cada uma é transformada em percentil, e posteriormente irá obter-se um gráfico com o perfil do desempenho (Sousa, 2005). Segundo Radanovic, Mansur & Scaff (2004) a escala é dividida em sete temas com determinados sub-testes, nomeadamente a compreensão oral, expressão oral, repetição, nomeação, leitura, compreensão escrita e escrita.

O BDAE avalia a linguagem do cliente em diversas áreas: escala de severidade, compreensão auditiva (discriminação de palavras, identificação de partes do corpo, ordens), expressão oral (repetição de palavras e frases, leitura de palavras, agilidade oral, nomeação de animais), compreensão da linguagem escrita (denominação de letras e palavras, emparelhamento palavra-imagem, associação fonética) e escrita (forma de escrita, recordação de símbolos escritos) (Pestana [et al.], 2008).

Habitualmente estas baterias não são utilizadas como instrumento único de avaliação devido às suas limitações. De forma a estarmos informados das alterações de comunicação do cliente bem como das suas necessidades é fundamental recolher outros dados através de entrevistas informais ao próprio cliente, familiares ou a outras pessoas próximas.

1.6. COMUNICAÇÃO COMPROMETIDA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

“Para os enfermeiros, a comunicação com o paciente é considerada fundamental, não apenas para a identificação de sinais, sintomas e problemas físicos, mas também para o desenvolvimento de uma interação terapêutica. Entender a comunicação humana como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência torna-se fundamental para o acontecimento desse processo.”

(Pontes, Leitão e Ramos, 2008:316)

A comunicação é o alicerce para o estabelecimento da relação de cuidado entre o enfermeiro e o cliente que envolve troca de percepções, pensamentos e emoções. É através da comunicação que o doente demonstra os seus sentimentos, as suas preocupações, os seus interesses, as suas necessidades e a partir daí o enfermeiro pode intervir e planificar os seus cuidados.

Mourão [et al.] (2009:144) realçam que, através da comunicação desenvolvida com o doente, a enfermeira identifica as suas necessidades, informa o doente sobre procedimentos e outras situações que ele quer saber, desenvolve o relacionamento do doente com outros doentes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, promove a educação em saúde, a troca de experiências e a mudança de comportamentos.

Como pudemos constatar são diversos os fatores que podem influenciar a comunicação tais como o ambiente externo, os antecedentes socioculturais, o nível de conhecimento, etc. e temos também outros fatores que alteram o processo de comunicação como os distúrbios na capacidade de falar, na capacidade de compreender a linguagem escrita e falada, perda da acuidade auditiva, perda da acuidade visual.

Nas afasias a capacidade de falar e/ou de compreender mensagens pode estar comprometida e, por sua vez, a comunicação encontra-se comprometida. Carpenito-Moyet (2011:96) define *comunicação prejudicada* como um “estado em que o indivíduo apresenta, ou está em alto risco de apresentar, dificuldade para trocar pensamentos, ideias, desejos ou necessidades com outros”. Pretende-se neste capítulo enunciar as intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da comunicação, nomeadamente com doentes afásicos.

A afasia é uma das sequelas mais incapacitantes para o indivíduo uma vez que compromete a sua vida pessoal e social. A pessoa afásica que tem um fraco desempenho comunicativo tem uma participação familiar mais limitada, ou porque não

consegue expressar-se da melhor forma ou porque não consegue compreender as ideias que lhe são transmitidas. A sua vida profissional poderá também ficar comprometida se o indivíduo não apresenta capacidades suficientes para desempenhar adequadamente o seu papel no seu emprego. Estas situações causam sentimentos de isolamento, frustração e incapacidade (Parente [et al.], 2007).

Se um indivíduo, por qualquer razão, não pode satisfazer sozinho a necessidade de comunicação, o enfermeiro deve ajudá-lo a expressar-se e a encontrar novas formas de expressão. O enfermeiro deve criar condições para compreender o cliente, identificando as dificuldades em comunicar com estes clientes e utilizar as estratégias adequadas.

O papel que o enfermeiro desempenha é fundamental no acompanhamento e recuperação do doente afásico, *“são objetivos da enfermagem facilitar a capacidade de compreensão e expressão do doente, bem como reduzir a frustração deste, relacionada com a incapacidade de comunicar. O papel do enfermeiro visa essencialmente ajudar o doente e a família a superar o melhor possível esta situação.”* (Parente [et al.], 2007:57). Desta forma as intervenções realizadas devem ser adequadamente implementadas e realizadas para que os sentimentos de angústia, desespero e raiva do cliente sejam eliminados ou minimizados.

A intervenção deverá iniciar-se o mais cedo possível e é importante o reconhecimento preciso dos défices para formular objetivos específicos e desenvolver estratégias adequadas ao doente, considerando os seus fatores familiares, sociais, escolares, afetivos, etc. (Almeida in Sá, 2009).

Numa primeira etapa é necessário avaliar vários aspetos que poderão influenciar o processo de comunicação:

- avaliar o estado neurológico da pessoa (doentes confusos têm um discurso desorientado e poderão ter dificuldades na comunicação);
- determinar o idioma falado e os fatores culturais do indivíduo (se o enfermeiro e o doente não falarem no mesmo idioma não conseguem compreender-se);
- avaliar a capacidade do doente para ler e escrever (um indivíduo analfabeto terá dificuldade em responder a algumas questões se estas forem escritas);
- avaliar capacidades cognitivas e motoras (doente com atraso no desenvolvimento poderá ter a comunicação comprometida);
- avaliar qual o tipo de afasia que o doente apresenta (para intervir mais eficazmente);
- avaliar as capacidades auditivas e visuais do doente (quando estas capacidades estão diminuídas há alterações na comunicação).

O ambiente externo é um fator que influencia a comunicação, especialmente em contexto hospitalar. Quando estamos num ambiente familiar e que conhecemos, num

meio calmo, sentimo-nos mais seguros e conseguimos comunicar sem dificuldade. Por outro lado quando estamos hospitalizados estamos frágeis, num ambiente estranho com pessoas que não conhecemos, pelo que é importante o enfermeiro proporcionar um ambiente tranquilo e criar um ambiente de aceitação e privacidade para comunicar com a pessoa. Assim o enfermeiro deve:

- diminuir as distrações externas;
- falar distinta e claramente, de frente para a pessoa;
- usar tom de voz normal, falar calmamente, utilizando frases curtas;
- incentivar a pessoa a falar lentamente, enunciando as palavras com cuidado e com boa dicção;
- adiar a conversa quando o doente estiver cansado.

Neste processo da comunicação o enfermeiro tem um papel ativo. Deve ter e demonstrar disponibilidade ao doente e estar concentrado para compreender a pessoa afásica. Quando o doente tem dificuldade em expressar-se o enfermeiro pode ensinar técnicas para melhorar a fala e assim ser mais fácil a compreensão.

Para que a comunicação possa acontecer de forma eficaz “*a enfermeira deve escutar, falar quando necessário, oferecer abertura para realização de perguntas, ser honesta, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades*” (Mourão [et al] 2009:144).

Por vezes os doentes afásicos ficam frustrados, ansiosos e sentem revolta por não conseguirem transmitir as mensagens através das palavras, de dizer como se sentem ou como foi o dia...Por outro lado se não compreendem a mensagem que lhes é transmitida ficam nervosos e desiludidos com eles próprios. A afasia tem um efeito negativo na auto estima e na auto imagem. É importante dar tempo ao doente para se conseguir expressar e encontrar a palavra certa. Estratégias como utilização de fotografias, desenhos e utilização de gestos são uma boa forma de estimulação e comunicação. Deve abordar-se o problema da frustração e sentimentos de revolta com o doente e dar-lhe espaço para este aceitar as suas novas condições. É também essencial tornar o doente um membro ativo na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde e nos seus cuidados.

Em determinadas situações é necessário referenciar o doente para ser orientado pelo terapeuta da fala, uma vez que este utiliza técnicas especializadas para adaptação e recuperação da comunicação.

No Manual de Diagnósticos de Enfermagem de Carpenito-Moyet (2009:203/205) foi considerado o diagnóstico *Comunicação Prejudicada* relacionada a efeitos da afasia sobre a expressão ou a interpretação, bem como as suas intervenções e ações específicas que são enunciadas seguidamente.

Quadro 4. – Intervenções e Ações de Enfermagem

Usar técnicas que estimulem a expressão verbal	
➤ Fazer um maior esforço para entender a pessoa	<ul style="list-style-type: none">✓ Ter tempo suficiente para ouvir.✓ Reformular as mensagens em voz alta para comprovar o que foi dito.✓ Reconhecer que a mensagem foi entendida, sem grande preocupação com a pronúncia imperfeita.✓ Ignorar erros e palavrões.✓ Não fingir compreender a mensagem se isso não ocorreu.✓ Observar indicadores não-verbais para comparação.✓ Dar tempo à pessoa para responder; não interromper; fornecer palavras apenas ocasionalmente.
➤ Ensinar técnicas para melhorar a fala	<ul style="list-style-type: none">✓ Solicitar que a pessoa fale lentamente e que pronuncie cada palavra com clareza.✓ Encorajar a utilização de frases curtas.✓ Explicar quando as palavras não estão a ser entendidas.✓ Sugerir respirar fundo antes de começar a falar e incentivar um ritmo lento.✓ Solicitar que a pessoa escreva a mensagem ou desenhe uma figura se a comunicação verbal for difícil.✓ Incentivar a pessoa a concentrar-se na formação das palavras.✓ Utilizar perguntas dicotômicas (de resposta: <i>sim</i> ou <i>não</i>).✓ Concentrar-se no presente; evitar tópicos abstratos, emocionais ou longos.

<p>➤ Explicar benefícios dos exercícios diários da fala. Consultar um terapeuta da fala para exercícios específicos</p>	
<p>Reconhecer as frustrações e os progressos do indivíduo</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abordar o problema da frustração devido a incapacidade do indivíduo em comunicar e explicar que é necessária paciência tanto para o enfermeiro quanto para a pessoa que quer falar. ✓ Manter atitude calma e positiva. ✓ Tranquilizar. ✓ Manter sentido de humor. ✓ Permitir o choro. ✓ Dar oportunidades à pessoa para tomar decisões sobre os cuidados. ✓ Proporcionar métodos alternativos de auto-expressão (cantar; dançar; escrever; pintar).
<p>Identificar os fatores que promovem a compreensão</p>	
<p>➤ Avaliar a capacidade auditiva e o funcionamento do aparelho auditivo (se indicado)</p>	
<p>➤ Avaliar a capacidade visual e encorajar a pessoa a usar óculos (se indicado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar à pessoa que vendo melhor, aumentará a compreensão do que está a acontecer em volta dela. ✓ Olhar para a pessoa enquanto fala de forma a projectar a voz na sua direcção.
<p>➤ Proporcionar iluminação suficiente e diminuir distrações</p>	
<p>➤ Falar quando a pessoa estiver pronta para ouvir</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter contato visual. ✓ Captar a atenção da pessoa com um toque e uma mensagem verbal.

<p>➤ Modificar sua fala</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falar lentamente, enunciar com clareza. ✓ Usar palavras comuns, sem infantilizar. ✓ Não mudar de assunto rapidamente, nem fazer perguntas múltiplas e sucessivas. ✓ Repetir ou reformular solicitações. ✓ Não aumentar o volume de voz (exceto se a pessoa tiver deficit auditivo). ✓ Adequar comportamento não-verbal e comportamento verbal. ✓ Tentar usar as mesmas palavras para as mesmas tarefas. ✓ Fazer um registo das palavras na cabeceira da cama para dar continuidade. ✓ Permitir que a pessoa complete frases à medida que alcança progressos.
<p>➤ Usar vários métodos de comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar papel e caneta, quadro com letras do alfabeto, computadores. ✓ Usar mímica (piscar olhos, acenar com a cabeça). ✓ Apontar. ✓ Usar cartazes e figuras. ✓ Mostrar o significado das expressões. ✓ Escrever palavras-chave num cartão para o doente praticar enquanto se mostra o objeto.
<p>Mostrar respeito ao proporcionar cuidado</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar discutir as condições da pessoa na sua presença. ✓ Alertar os outros profissionais de saúde para adesão ao plano de cuidados. ✓ Falar com pessoa sempre que estiver com ela.

Iniciar as orientações para a saúde e encaminhamentos (se necessário)

- ✓ Ensinar técnicas de comunicação e abordagem repetitivas às pessoas próximas.
- ✓ Encorajar a família a partilhar sentimentos em relação aos problemas de comunicação.
- ✓ Explicar as razões para as emoções instáveis e de irreverência da pessoa.
- ✓ Explicar a necessidade de incluir a pessoa nas tomadas de decisão familiares.
- ✓ Consultar um terapeuta da fala para iniciar tratamento.

Pontes, Leitão e Ramos (2008:313) referem que planejar, determinar objetivos e selecionar as intervenções apropriadas são etapas essenciais à elaboração do plano de cuidados assim como à prestação de cuidados qualificados de enfermagem.

Nos últimos tempos tem-se desenvolvido um conjunto de sistemas, ajudas técnicas e estratégias de intervenção, designados por comunicação aumentativa e alternativa (CAA) que substituem e/ou aumentam a comunicação verbal nos pacientes que têm dificuldades em comunicar (Almeida in Sá, 2009). Na CAA utilizam-se diferentes formas de comunicação como o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, o uso de pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, até o uso de sistemas sofisticados de computador com voz sintetizada.

De acordo com o descrito anteriormente, Carpenito-Moyet (2011:99) identifica as seguintes intervenções:

- usar computador, papel e lápis, sinais com mão, piscar os olhos, acenar com cabeça;
- fazer cartazes com figuras ou palavras/expressões utilizadas com maior frequência;
- encorajar a pessoas a apontar, usar gestos e mímica.

Poslawsky [et al.] (2010) na sua revisão sistemática consideram que os enfermeiros utilizam 3 tipos de intervenções em doentes com afasia após AVC. No primeiro grupo, são aplicados exercícios de leitura de palavras e frases, exercícios de compreensão e exercícios de semântica/fonologia. Na comunicação aumentativa e alternativa promove-

se a utilização de signos gestuais, signos gráficos como pictogramas, quadros com alfabeto. Por último e mais inovadora é a utilização do computador como meio de comunicação. Existem já programas de computador específicos que têm vários símbolos que o doente pode selecionar e uma vez que o programa também dispõe de vozes digitalizadas, o doente pode ouvir a frase que pretende.

Para além dos profissionais de saúde, a família é um meio importante para a reabilitação da comunicação dum doente afásico pois pode ser o único apoio social deste, pelo que esta deve estar envolvida no seu plano de cuidados. A família consegue descodificar os gestos, as expressões dos pacientes, dar informações essenciais aos cuidados de enfermagem. Por outro lado a informação dada à família sobre as alterações da comunicação do doente, suas implicações e seu tratamento torna a família capaz de ajudar o doente a comunicar.

Machado (2004:8) no seu trabalho refere que os membros da família, especialmente os cônjuges, podem oferecer importante suporte social ao afásico, nomeadamente ajuda instrumental, encorajamento emocional e nas instruções terapêuticas.

O enfermeiro deve ajudar a família dotando-a de conhecimentos e habilidades técnicas sobre comunicação como as enunciadas anteriormente de forma a melhorar o relacionamento familiar e aumentar a autoestima de todos os membros. Pereira e Lamônica (1999) mencionam que é importante olhar para a família e descobrir suas necessidades e possibilidades para que a reabilitação do familiar que teve um AVC seja eficaz e para que sejam minimizados os seus danos.

Segundo Inaba, Silva e Telles (2005) é necessário cuidar da família: questionar sobre dúvidas que surjam, observar reações e comportamentos dos seus membros e entender as suas emoções. É importante que os cuidadores estejam bem informados sobre a alteração de linguagem e que se sintam aptos e motivados para se relacionar com os pacientes e assim contornar os problemas de comunicação.

Parente [et al.] (2007) consideram que o enfermeiro deve orientar os familiares sobre formas alternativas de comunicação, explicar os benefícios do treino de estratégias de comunicação e explicar a necessidade do doente em ter um acompanhamento por um terapeuta especializado.

A terapia da afasia não é linear e os resultados podem não ser imediatos, podendo demorar semanas, meses, ano ou nunca chegar a aparecer. O prognóstico dependerá de fatores associados à lesão (origem, extensão, topografia), fatores ligados às características da afasia (gravidade e tipo de afasia, sintomas) e fatores relacionados com o doente (idade, educação, dominância manual, outras perturbações, estado emocional, motivação) (Machado, 2004).

1.7. DA PROBLEMÁTICA AO OBJETIVO DO ESTUDO

Na sua prática profissional o enfermeiro é confrontado com questões e problemáticas inquietantes que despertam um pensamento crítico e a vontade de explorar várias problemáticas. A pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem trazem para a prática uma maior profundidade que deverá traduzir-se em melhores cuidados. O enfermeiro deve atender às mudanças que se vivenciam socialmente, nomeadamente a nível da saúde e assim deve procurar conhecimento para dar respostas práticas, criativas e inovadoras aos problemas dos cidadãos. LoBiondo-Wood & Haber (2001:4) referem que *“A pesquisa em enfermagem fornece uma base de conhecimento científico especializado que fortalece a profissão de enfermagem por antecipar e atender esses desafios que mudam constantemente e manter nossa relevância social”*.

Atualmente os enfermeiros tomam a iniciativa de investir na sua formação para adquirir mais conhecimento, crescer profissionalmente e assim prestar cuidados de maior qualidade. A investigação e a reflexão são essenciais para desenvolver conhecimentos científicos e favorecer um contínuo progresso. Através da investigação é produzida uma base científica para guiar a prática, é assegurada a credibilidade da profissão e é demonstrado o campo de acção e de conhecimento da profissão (Fortin, 2000). A American Nurses Association (ANA, 1985) (in LoBiondo-Wood & Haber, 2001:4) defende que a *“investigação científica promove responsabilidade, uma das fronteiras de uma profissão e conceito fundamental no Código de Enfermagem”*.

Fortin (2000:26) afirma que o *“objecto da investigação em ciências da enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina”*. De acordo com esta perspetiva verificamos que os problemas de investigação emergem essencialmente da prática e que após o seu estudo são divulgados os resultados/conclusões e estes são aplicados na prática. Assim foi possível construir e desenvolver o conhecimento da disciplina de enfermagem.

Com base nestes pressupostos o problema deste estudo teve origem na prática diária de cuidados de enfermagem num serviço de neurologia. Neste serviço encontram-se várias problemáticas importantes para estudos de investigação mas a área que despertou mais interesse foi a comunicação com doentes afásicos.

A comunicação é um processo dinâmico que compreende a partilha de mensagens enviadas e recebidas possibilitando a interação entre as pessoas, estabelecendo intercâmbio entre elas e o seu meio. Por ser um ato criativo na comunicação não existem apenas um emissor e um receptor, mas também uma troca de mensagens que influenciam o comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazo (Machado & Brêtas, 2006).

A comunicação é um instrumento básico nos cuidados de enfermagem e sendo parte essencial do processo terapêutico do cliente envolve a escuta activa cuidadosa e a interpretação correcta das mensagens. De acordo com a ideia anterior, Silva & Nakata (2005:676) afirmam que *“a comunicação é essencial para o relacionamento enfermeiro/paciente. Pela comunicação, o enfermeiro pode identificar os significados que o paciente atribui à doença, à hospitalização e ao tratamento cirúrgico”*. Na verdade, através da comunicação nas suas diversas formas de expressão o enfermeiro pode estabelecer um relacionamento significativo com o cliente. Mesmo quando estamos perante um cliente que não comunica verbalmente, o toque, a expressão facial, o olhar são meios de comunicação não-verbal que permitem que a mensagem seja enviada e se crie laços de uma relação.

Na presença de doentes com alterações da comunicação, que apresentam défices de expressão ou compreensão torna-se difícil estabelecer uma comunicação eficaz e por vezes é complicado dar resposta às necessidades desses doentes.

Considerando todas as reflexões descritas, acreditamos que é pertinente o enfermeiro reconhecer as suas dificuldades em comunicar com doentes afásicos para adquirir e desenvolver estratégias adequadas para comunicar.

Na fase conceptual do processo de investigação é importante identificar-se a pergunta de partida e os objectivos do estudo (Fortin, 2000).

A pergunta de partida deriva do tema e do problema de investigação e, como o nome indica, é a questão principal colocada pelo investigador no início da investigação. Segundo Quivy & Campenhoudt (2008), a questão de partida deve apresentar qualidades de clareza e de viabilidade. Considera-se como a pergunta de partida deste estudo: ***“Quais as principais dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos?”***

O objectivo do estudo é um enunciado declarativo que abrange as finalidades ou metas que o investigador pretende alcançar e contem as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 2009). Assim, o objectivo definido no estudo é *identificar as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com o doente afásico*.

Neste estudo foram delineados outros objetivos mais específicos:

- Identificar as atividades de diagnóstico utilizadas por enfermeiros para avaliação da afasia;
- Identificar as intervenções realizadas por enfermeiros para comunicar com doentes afásicos;

A mesma autora (Fortin, 2009:73) define questão de investigação como *“um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”*. Tendo em consideração esta definição e perante os objetivos propostos surgiram as seguintes questões de investigação:

- Quais as atividades de diagnóstico utilizadas por enfermeiros para avaliação da afasia?
- Quais as intervenções realizadas por enfermeiros para comunicar com doentes afásicos?

Em suma, sabendo que a comunicação é um meio fundamental para os cuidados de enfermagem e que as alterações da comunicação são frequentes em doentes internados, consideramos pertinente a realização deste trabalho para que os enfermeiros tenham consciência das suas dificuldades na comunicação e possam ultrapassá-las e, por outro lado, para que os enfermeiros possam intervir utilizando estratégias de comunicação mais adequadas a cada situação.

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDO

De forma a obter respostas às questões de investigação colocadas foram selecionados os métodos considerados mais adequados.

Este estudo é de carácter quantitativo tipo descritivo na medida em que visa obter um conhecimento mais profundo sobre a problemática da comunicação com doentes afásicos.

É um estudo quantitativo pois faz um diagnóstico da situação em causa e prevê uma análise de um contexto relevante para a prática dos enfermeiros como defende Gauthier [et al.] (1998). Fortin (2009:27) refere também que “o método quantitativo visa, sobretudo, explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos”.

Trata-se de um estudo tipo descritivo pois segundo Fortin (2009) os estudos descritivos têm como finalidade descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou classificar a informação.

LoBiondo-Wood & Haber (2001:111) referem que os estudos descritivos “colectam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde”.

Nesta perspectiva, este estudo visa identificar as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos, determinando quais os factores/ causas dessas dificuldades.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é o conjunto de pessoas, animais, eventos, ou objectos bem definido que têm características em comum e que se pretende estudar. Essa população é definida por determinados critérios de inclusão (ou critérios de selecção) identificados pelo investigador que delimitam a amostra e a tornam num grupo homogéneo (Fortin, 2009).

Neste estudo, tendo em conta que pretendemos estudar as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Enfermeiro dum Hospital Central do Norte;
- ✓ Enfermeiro que presta cuidados a doentes com afasias.

Para seleccionar a amostra a ser estudada foi utilizado o método de amostragem não probabilística acidental ou de conveniência, em que a amostra é constituída por indivíduos facilmente acessíveis, que estão presentes num determinado local, naquele momento e que apresentem as características conhecidas da população. A amostra deve ser sempre representativa da população por isso deve assemelhar-se o mais possível desta (Hicks, 2006).

Sabendo que seria difícil abordar todos os enfermeiros que prestam cuidados a doentes com afasia nos hospitais centrais do norte foi seleccionada uma amostra com enfermeiros facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão da população.

Assim, a amostra deste estudo é constituída pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo e que prestam cuidados a doentes afásicos nos serviços de Medicinas B, Neurocirurgia, Neurologia, Unidade de AVC e UCIM dum Hospital Central do Norte. Dos 8 serviços de Medicina foi escolhida uma amostra intencional de 4 serviços, B1, B2, B3 e B4.

2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados permitem obter diversas informações acerca do que queremos estudar, de forma a atingir os objectivos da investigação. De entre os diversos métodos de colheita de dados que existem o investigador deve seleccionar aquele que melhor responde aos objectivos do estudo e às questões de investigação (Fortin, 2000).

Quivy & Campenhoudt (2008) defendem que o questionário consiste no instrumento de colheita de dados mais adequado para o conhecimento de uma população, as suas condições de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões; para a análise de um fenómeno social que se pretende apreender melhor a partir de informações relacionadas com os indivíduos em questão; e ainda para permitir interrogar um grande número de pessoas, ultrapassando o problema de representatividade.

O questionário foi o instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo para obter informações junto da amostra. Este é um instrumento escrito e realizado com o objectivo de reunir dados de indivíduos acerca de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). O questionário é habitualmente preenchido pelo participante e pode ser entregue em mão ao participante ou enviado pelo correio/ e-mail. Em determinadas situações pode também ser preenchido pelo investigador como no caso do questionário face a face ou pelo telefone. Fortin (2000:249) refere que o questionário *“ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”*.

Este método de colheita de dados tem que ser claro na escrita usando corretamente as formas gramaticais de forma a que as pessoas alvo compreendam as perguntas realizadas.

O questionário utilizado no estudo (*Anexo I*) foi construído pelo investigador tendo em consideração as etapas referidas por Fortin (2009:331): *“1- determinar qual a informação a recolher; 2- constituir um banco de questões; 3- formular as questões; 4- ordenar as questões; 5- submeter o esboço do questionário à revisão; 6- pré-testar o questionário; 7- redigir a introdução e directrizes”*.

As questões são maioritariamente fechadas mas o questionário apresenta também perguntas abertas para permitir a expressão livre dos enfermeiros, para que estes possam descrever o que sentem e o que pensam utilizando as suas próprias palavras. Foram utilizadas perguntas dicotómicas (sim/não), escolha múltipla, escala de Likert.

Ao longo do questionário há um fio condutor, sendo que a I parte evidencia a caracterização sócio-demográficas e na II parte são abordados temas sobre a comunicação e em alguns desses temas foram colocadas várias questões para obter uma informação mais detalhada.

A aplicação do pré-teste a um grupo de 10 enfermeiros tornou-se um instrumento importante pois permitiu obter alguns resultados e discutir a orientação das perguntas elaboradas, validando se foram compreendidas pelos participantes.

A utilização do questionário como método de colheita de dados tem várias vantagens nomeadamente o facto de prescindir da presença do pesquisador, garantir o anonimato da pessoa que responde, ser pouco dispendioso, poder ser aplicado a um grande número de indivíduos, ter uma apresentação uniformizada e a forma das questões é igual para todos os participantes. Em contrapartida uma vez que não é presencial é um instrumento de colheita de dados com fraca percentagem de resposta e taxa elevada de questões sem resposta. Não devem ser longos demais pois poderão não ser completados ou até nem preenchidos. O questionário seleciona de certa forma o público a quem se dirige uma vez que analfabetos e invisuais não conseguem preencher um questionário.

2.4. COLHEITA E TRATAMENTO DOS DADOS

Para iniciar o processo de recolha de dados juntos dos participantes foi necessário obter as autorizações das instâncias envolvidas. Numa primeira abordagem foi apresentado o projeto e seus objetivos aos enfermeiros chefes dos serviços de Medicinas B1, B2, B3 e B4, Neurocirurgia, Neurologia, Unidade de AVC e UCIM e foi obtida a autorização dos enfermeiros chefes bem como a autorização dos diretores desses serviços. O projeto foi submetido à aprovação da Comissão de Ética do Hospital (*Anexo II*) e após a sua aprovação deu-se início à colheita de dados.

A investigadora contactou novamente os enfermeiros chefes para proceder à recolha de dados que ocorreu no período entre 1 de Junho de 2012 a 28 de Setembro 2012. O questionário foi acompanhado do consentimento informado para os participantes assinarem e de uma pequena introdução onde é referida a importância do estudo e são descritos os seus objetivos.

Após a recolha de informação os dados são tratados e analisados. À luz do paradigma quantitativo foi utilizado o software aplicativo SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 21.0, 2012, para analisar estatisticamente os dados obtidos. Esta aplicação torna a análise estatística de dados acessível para o utilizador casual e conveniente para o utilizador mais experiente. Neste estudo foram utilizadas as medidas de frequências absolutas (n) e frequências relativas (percentagens %) para análise dos dados. De forma a descobrir a existência de relação significativa entre duas variáveis (frequência das intervenções e nível de perícia) foi calculado o coeficiente de correlação para cada intervenção.

Para efectuar o tratamento da informação recolhida através das questões abertas selecionamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011:44), que define a análise de conteúdo como *“um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”*

Esta análise pretende divulgar os significados dos vários tipos de discursos baseando-se na inferência ou dedução. Seguindo a ideologia desta análise qualitativa o conteúdo das respostas dadas foi interpretado, procedeu-se à codificação dos textos

escritos pelos enfermeiros e assim os dados encontrados foram agrupados em categorias temáticas.

A informação obtida dos questionários está organizada em quadros e gráficos de forma a facilitar a leitura dos dados e otimizar a sua compreensão.

2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação realizada com seres humanos levanta sempre questões morais e éticas e cabe ao pesquisador “*tomar todas as precauções para proteger as pessoas que estão sendo estudadas de dano físico ou mental ou constrangimento*” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001:157).

Em 1897 foi constituída a Associated Alumnae Organization tendo em vista a construção de códigos de ética para a profissão de enfermagem mas só em 1975 a ANA publicou as Directrizes dos Direitos Humanos para a Enfermagem em Pesquisa Clínica e de Outra Natureza constituídas por seis itens (LoBiondo-Wood & Haber, 2001:160):

- direito à autodeterminação;
- direito de liberar-se do risco ou dano;
- alvo da aplicação;
- responsabilidades para apoiar o desenvolvimento e conhecimento;
- consentimento informado;
- participação em comités de ética em pesquisa.

Essas directrizes reflectem o código de ética aplicado à enfermagem e têm em consideração a salvaguarda dos cinco direitos fundamentais dos seres humanos.

O *direito à autodeterminação* confere à pessoa o direito de decidir livremente sobre a sua participação no estudo, bem como à sua desistência a qualquer momento em que se encontre a investigação, sem qualquer penalização. Nesse sentido a pessoa deve ser informada dos objectivos do estudo, dos procedimentos que irão ser realizados e dos benefícios/danos da investigação. O preenchimento do consentimento informado deve ser sempre obrigatório pois declara que a pessoa aceita participar na investigação (*Anexo III*). O investigador não deverá nunca influenciar a decisão da pessoa (Fortin, 2000).

Outro direito a ter em consideração é o *direito à privacidade e dignidade*, onde o participante é que decide a informação que quer dar e como a quer dar. Este direito está ligado ao *direito ao anonimato e à confidencialidade* e é respeitado quando a identidade do participante não está associada às suas respostas individuais e não é divulgada publicamente. Nenhum dos participantes deve ser identificado na apresentação dos resultados, nem mesmo pelo próprio investigador (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

As pessoas têm *direito a ser tratadas de forma justa* antes, durante e após a sua participação num estudo. No período anterior ao estudo a pessoa deve ser informada

sobre a investigação (seus objectivos, duração, métodos a utilizar), e a selecção dos participantes deve ser ligada ao problema em estudo e não por conveniência.

O quinto direito básico é o *direito à protecção* contra o constrangimento e danos e está baseado no princípio ético da beneficência. Este direito “*corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem*” (Fortin, 2000:118).

A execução da investigação realizada com pessoas depende da autorização das entidades superiores, nomeadamente da instituição. Por outro lado as pesquisas devem ser protocoladas com a comissão de ética da instituição e submetidas à sua avaliação (Fortin, 2000). Nesse sentido foram realizados todos os pedidos formais à administração do Hospital Central do Norte onde se pretendia realizar o estudo e também à Comissão de Ética do mesmo Hospital. No pedido constava o objectivo do estudo, a metodologia a ser utilizada bem como as vantagens do estudo. A investigadora foi também comunicar pessoalmente às respectivas chefias de enfermagem dos serviços de Medicinas B, Neurocirurgia, Neurologia, Unidade de AVC e UCIM o desenho e objectivos do estudo.

Com o consentimento informado os participantes na investigação foram informados por escrito do estudo, tendo sido garantida a confidencialidade. A participação no estudo foi sempre voluntária.

Ao longo do estudo estiveram sempre presentes estes princípios e as questões éticas foram analisadas sempre que surgiram.

III. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A amostra do estudo foi constituída por 110 enfermeiros pertencentes aos serviços de Medicinas B1, B2, B3 e B4, Neurocirurgia, Neurologia, Unidade de Acidente Vascular Cerebral, e Unidade de Cuidados Intermédios da Medicina.

Da análise do quadro 5. verifica-se que cerca de 77% dos enfermeiros são do género feminino e 23% do género masculino. A maioria dos enfermeiros tem idades compreendidas entre 30 a 39 anos, com uma percentagem de 46,7% e 34,6% tem idades entre 20 a 29 anos. 18,7% dos enfermeiros têm 40 anos ou mais.

Da amostra em questão 55% é solteira, cerca de 41% é casada e apenas cerca de 3% é divorciada.

A percentagem da amostra licenciada é 94,6%, havendo apenas 4 enfermeiros com mestrado (3,6%). No que diz respeito á formação profissional 66% da amostra são enfermeiros, 19% são enfermeiros especialistas e 14,5% são enfermeiros com pós-graduação. Devemos salientar que nos casos em que os enfermeiros reportaram ter tanto uma pós-graduação como completado uma especialidade (N=4) foi considerada a formação mais avançada (Enfermeiro especialista) para a classificação da formação profissional. No entanto, na descrição das pós-graduações reportadas no estudo (Figura 3.), consideraram-se todas as pós-graduações citadas (N=20).

A maioria dos enfermeiros, 62,7% trabalham há menos de 10 anos e 26,4% têm experiencia profissional entre 10 e 19 anos. Os restantes enfermeiros 10,9% trabalham há mais de 20 anos. Relativamente á experiencia no serviço atual 74,5% dos enfermeiros referem que estão no serviço há menos de 10 anos, 19,1% já trabalham no serviço entre 10 e 19 anos e 6,4% estão no serviço há mais de 20 anos.

Desta observação podemos também constatar que 51% dos enfermeiros são dos serviços de medicina. Este facto deve-se a que comparativamente aos outros serviços estudados, os serviços de medicina têm maior número de enfermeiros. Podemos também focar que 17% dos enfermeiros são da neurocirurgia, 13,6% são da neurologia, cerca de 11% são da UCIM e apenas cerca de 7% são da Unidade de AVC.

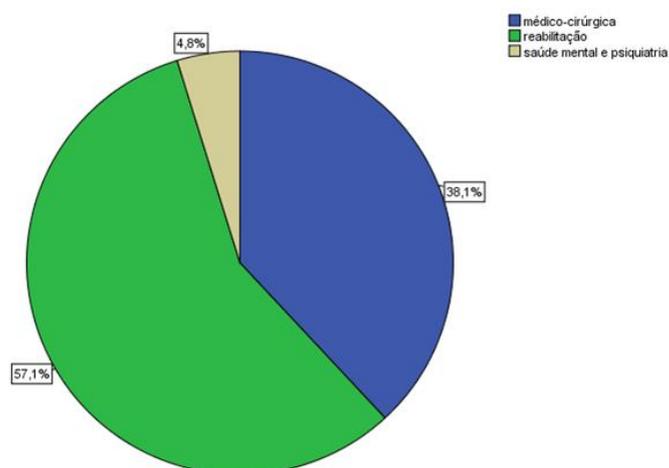
Quadro 5. – Caracterização Socio-Demográfica da Amostra

Variáveis Sócio-Demográficas	Frequências	
Género (N=109)	N	%
Masculino	25	22,9
Feminino	84	77,1
Idade (N=107)		
De 20 a 29 Anos	37	34,6
De 30 a 39 Anos	50	46,7
De 40 a 49 Anos	16	15,0
>50 Anos	4	3,7
Estado Civil (N=109)		
Solteiro	60	55,0
Casado	45	41,3
Divorciado	3	2,8
Outro	1	0,9
Habilitações Académicas (N=110)		
Bacharelato	2	1,8
Licenciatura	104	94,6
Mestrado	4	3,6
Formação Profissional (N=110)		
Enfermeiro	73	66,4
Enfermeiro Especialista	21	19,1
Enfermeiro com Pós-Graduação	16	14,5
Experiência Profissional (N=110)		
De 0 a 9 Anos	69	62,7
De 10 a 19 Anos	29	26,4
>20 Anos	12	10,9
Experiência no Serviço Atual (N=110)		
De 0 a 9 Anos	82	74,5
De 10 a 19 Anos	21	19,1
>20 Anos	7	6,4
Local de Trabalho (N=110)		
Neurologia	15	13,6
Neurocirurgia	19	17,3
Unidade AVC	8	7,3

Medicina	56	50,9
UCIM	12	10,9

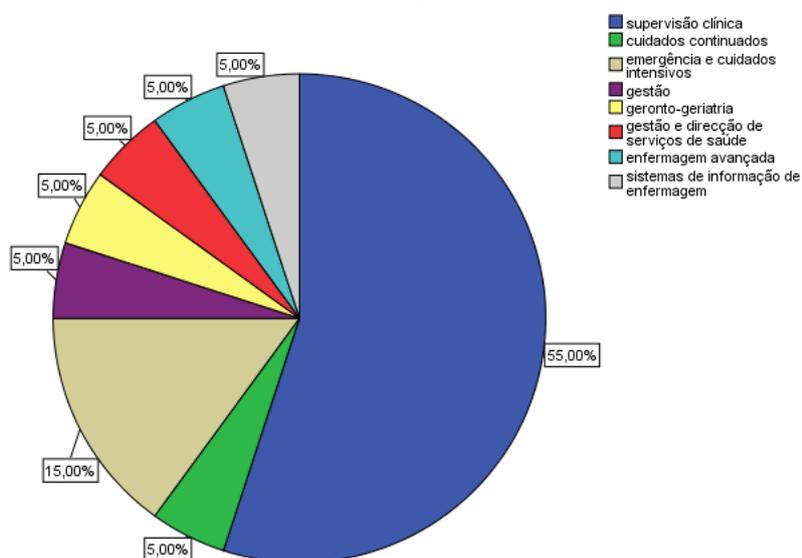
Dos 110 enfermeiros inquiridos apenas 21 são enfermeiros especialistas, sendo que 12 têm a especialidade de Reabilitação, 8 a especialidade de Médico-Cirúrgica e apenas 1 a especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Figura 3. – Distribuição das Especialidades dos Enfermeiros da Amostra (N=21)



No que diz respeito a pós-graduações podemos verificar que 20 enfermeiros têm uma pós-graduação. Analisando a figura 4. concluímos que 11 enfermeiros têm pós-graduação em supervisão clínica e 3 têm pós-graduação em emergência e cuidados intensivos.

Figura 4. – Distribuição das Pós-Graduações dos enfermeiros da amostra (N=20)



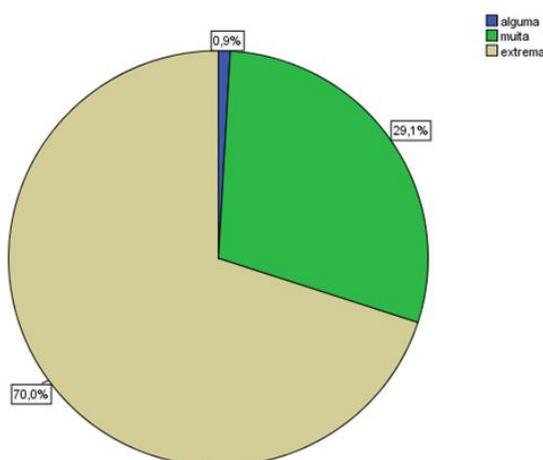
O quadro seguinte apresenta a formação específica na área da comunicação e apenas se evidencia a participação dos enfermeiros (44,5%) nas jornadas e congressos com duração mínima de 8h.

Quadro 6. – Formação Específica na Área da Comunicação

Formação Específica Comunicação	Sim		Não	
	n	%	n	%
Jornadas, Congressos (mínimo 8h) (N=110)	49	44,5	61	55,5
Cursos de curta duração (9h a 30h) (N=110)	9	8,2	101	91,8
Pós-Graduação (N=110)	5	4,5	105	95,5
Mestrado (N=110)	0	0	110	100
Outro (N=110)	4	3,6	106	96,4

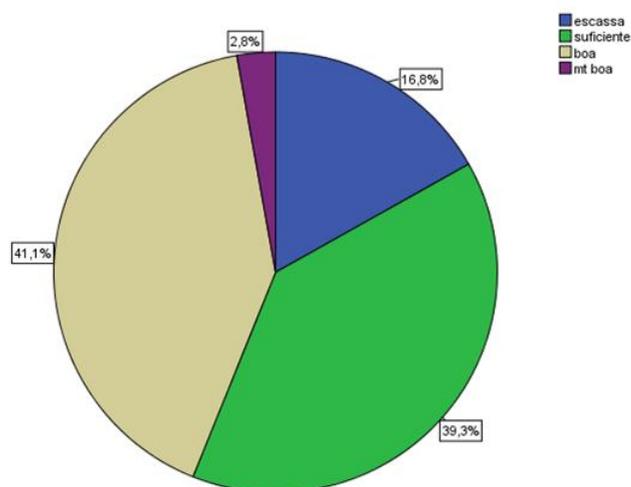
No que diz respeito à importância da comunicação podemos apurar que 70% da amostra considera que a comunicação é um fator de extrema importância na prestação de cuidados. Dos 110 inquiridos nenhum considerou que a comunicação era pouco importante ou que não tinha nenhuma importância.

Figura 5. – Importância da Comunicação na Prestação de Cuidados (N=110)



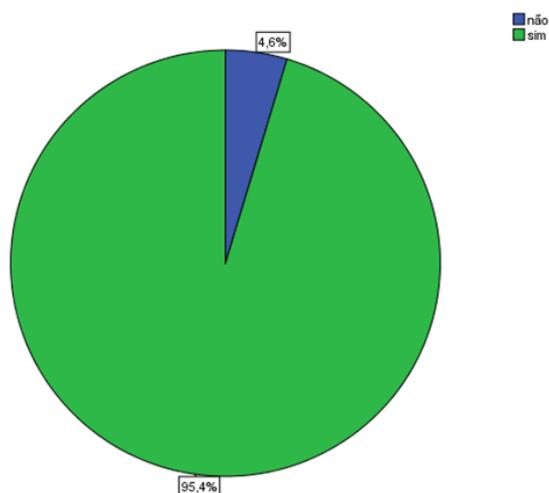
O gráfico seguinte demonstra que cerca de 44% da amostra considera que a formação sobre a comunicação durante o curso base foi boa ou muito boa. 39% dos enfermeiros considera que foi suficiente e os restantes cerca de 17% refere que foi escassa.

Figura 6. – Formação Sobre Comunicação Durante o Curso (N=107)



Num total de 108 respostas dadas, 95,4% dos enfermeiros referem que é importante a atualização de conhecimentos na área da comunicação e 4,6% acha que não.

Figura 7. – Importância da Atualização de Conhecimentos (N=108)



Segundo os enfermeiros inquiridos é importante a atualização dos conhecimentos na área da comunicação para melhorar a eficácia na comunicação e por sua vez melhorar a eficácia dos cuidados de enfermagem, para o desenvolvimento de novas capacidades como linguagem gestual, técnicas de comunicação e conhecimento de outras línguas. Outros pontos evidenciados pelos enfermeiros foi o facto de existir cada vez mais doentes com alterações a nível da comunicação e ser difícil para o enfermeiro compreendê-los.

Quadro 7. – Importância da Atualização de Conhecimentos na Área da Comunicação

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Unidade de Registo
Importância da atualização de conhecimentos na área da comunicação	Melhoria da eficácia dos Cuidados de Enfermagem		<p>“Comunicação eficaz e adequada permite melhorar os cuidados e estabelecer melhor relação empática e terapêutica” Q10</p> <p>“Para melhorar os cuidados prestados aos doentes” Q80</p> <p>“É importante saber novas técnicas de comunicação para melhorar os cuidados” Q105</p>
	Melhoria da eficácia da comunicação		<p>“Actualizar conhecimentos para uma comunicação mais eficaz” Q39</p> <p>“Para torná-la mais eficaz” Q55</p>
	Desenvolvimento de novas capacidades	Linguagem Gestual	
Outras línguas			<p>“Conhecimento de línguas alternativas como o inglês e o francês” Q19</p>

	Desenvolvimento de novas capacidades	Técnicas de comunicação	<p>“Porque estão em desenvolvimento novas técnicas de comunicação” Q59</p> <p>“Para adquirir novas técnicas de comunicação” Q106</p>
	Existência de doentes com alterações comunicacionais		<p>“Devido a existir cada vez mais alterações a nível da comunicação” Q37</p> <p>“Devido ao grande número de utentes com afasia existentes neste serviço” Q56</p>
	Supressão de dificuldades dos enfermeiros		<p>“Sinto dificuldades na compreensão dos doentes com alterações na comunicação e na identificação das afasias e definição nas estratégias” Q86</p> <p>“Dificuldades na comunicação com doentes com alterações nesta área” Q87</p> <p>“Falta de formação e conhecimentos para ultrapassar barreira dificuldades comunicação” Q87</p>

Segundo 94,5% dos enfermeiros a principal alteração da comunicação verbal que os doentes apresentam é a disartria, seguidamente da afasia com 93,6%. Apenas 35,5% dos enfermeiros consideram a disfonia como uma das principais alterações da comunicação verbal no serviço onde exercem funções.

Quadro 8. – Alterações da Comunicação Verbal

Alterações da Comunicação Verbal	Sim		Não	
	n	%	n	%
Afasia (N=110)	103	93,6	7	6,4
Disartria (N=110)	104	94,5	6	5,5
Disfonia (N=110)	39	35,5	71	64,5
Outra (N=110)	1	0,9	109	99,1

Do quadro que se segue podemos aferir que a maioria da amostra estudada privilegia estes 4 fatores quanto recebe, interpreta e reconhece mensagens do doente. Foram também evidenciados por 5,5% da amostra outros aspetos como a expressão facial, o olhar e o toque.

Quadro 9. – Aspetos Privilegiados na Comunicação Recetiva

Aspetos na Comunicação Recetiva	Sim		Não	
	n	%	n	%
Discurso verbal (N=108)	107	99,1	1	0,9
Postura corporal (N=105)	97	92,4	8	7,6
Tom de voz (N=101)	87	86,1	14	13,9
Utilização de gestos (N=105)	97	92,4	8	7,6
Outro (N=109)	6	5,5	103	94,5

Na comunicação expressiva, quando é o enfermeiro a exprimir-se, interpretar e dirigir mensagens verbais e não verbais, verifica-se que os enfermeiros dão também ênfase a estes 4 aspetos. Também foram mencionados outros fatores como a expressão facial, o olhar, o toque, a linguagem escrita e o estado de consciência do doente.

Quadro 10. – Aspetos Privilegiados na Comunicação Expressiva

Aspetos na Comunicação Expressiva	Sim		Não	
	n	%	n	%
Discurso verbal (N=103)	100	90,9	3	2,7
Postura corporal (N=99)	96	87,3	3	2,7
Tom de voz (N=99)	92	83,6	7	6,4
Utilização de gestos (N=101)	93	84,5	8	7,3
Outro (N=109)	6	5,5	103	93,6

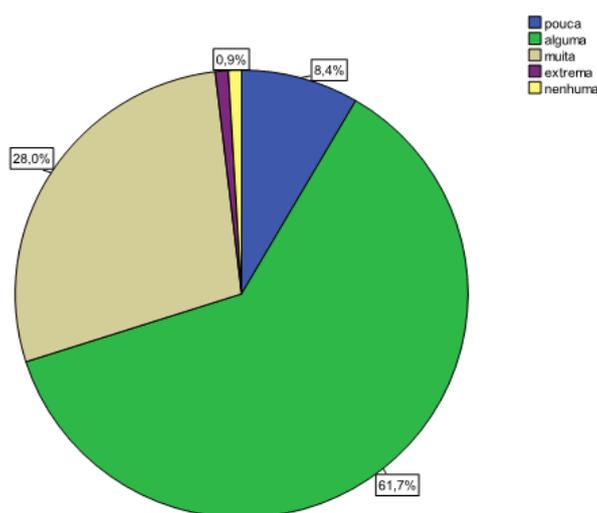
No processo de comunicação temos vários fatores que condicionam a comunicação. De acordo com o quadro podemos constatar que 99,1% da amostra considera que o estado de consciência do doente é um fator que compromete a comunicação. Podemos também verificar que a falta de tempo é considerado por 88,2% dos enfermeiros como um fator condicionante à comunicação.

Quadro 11. – Fatores que Condicionam a Comunicação

Fatores condicionantes à comunicação	Sim		Não	
	n	%	n	%
Estado de consciência do doente (N=109)	108	99,1	1	0,9
Relação enfermeiro-doente (N=99)	78	78,8	21	21,2
Falta de tempo (N=102)	90	88,2	12	11,8
Espaço físico (N=94)	56	59,6	38	40,4
Presença de outras pessoas (N=100)	74	74,0	26	26,0
Outro (N=109)	5	4,6	104	95,4

O diagrama seguinte mostra-nos que cerca de 62% da amostra refere ter a percepção de que tem alguma dificuldade na comunicação e 28% considera ter muita dificuldade.

Figura 8. – Percepção Individual da Dificuldade na Comunicação (N=107)



No quadro estão apresentadas as dificuldades sentidas quando o enfermeiro comunica com doentes com alteração da comunicação. De entre as descritas 71% referiu

que sente dificuldades em compreender o que o doente diz quando este não fala claramente e que tem dúvidas acerca da percepção do doente sobre a mensagem que o enfermeiro transmitiu.

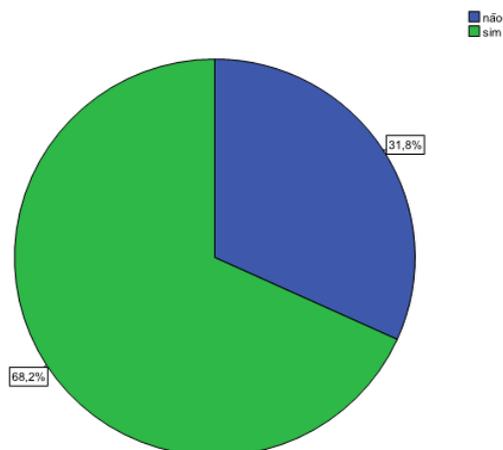
Há que salientar que 84,4% da amostra não considera a escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente como uma dificuldade sentida quando comunica com doentes com alterações da comunicação.

Quadro 12. – Principais Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros

Principais dificuldades sentidas	Sim		Não	
	n	%	n	%
Compreender a comunicação oral do doente, quando este não fala claramente (N=109)	77	70,6	32	29,4
Compreender doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos lábios (comunicação não-verbal) (N=109)	56	51,4	53	48,6
Expressar-se através da comunicação não-verbal (N=109)	50	45,9	59	54,1
Dúvida acerca da percepção do doente sobre a mensagem recebida (N=109)	77	70,6	32	29,4
Escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente (N=109)	17	15,6	92	84,4
Outra (N=109)	2	1,8	107	98,2

Os 3 gráficos que se seguem mostram a percentagem de enfermeiros que sentem dificuldade na comunicação com doentes afásicos. 68,2% dos enfermeiros afirma que tem dificuldades em comunicar com doente com afasia de Broca (ou motora), 79,2% refere que sente dificuldades em comunicar com doentes com afasia de Wernicke e 79,4% tem dificuldade em comunicar com doentes com afasia global.

Figura 9. – Amostra que Sente Dificuldades na Comunicação com Doentes com Afasia de Broca (N=107)



Podemos também constatar que as dificuldades apontadas pelos enfermeiros em comunicar com doentes com os diferentes tipos de afasia são idênticas.

Na comunicação com doentes com afasia de Broca (ou motora) os enfermeiros referem que têm dificuldade na compreensão do doente, em gerir a sua ansiedade e a ansiedade do doente, em gerir o tempo para estar disponível para o doente, em obter o material/instrumentos disponíveis para comunicar com estes doentes, em encontrar um espaço calmo com privacidade, em intervir na família e em identificar estratégias adequadas para melhorar a comunicação.

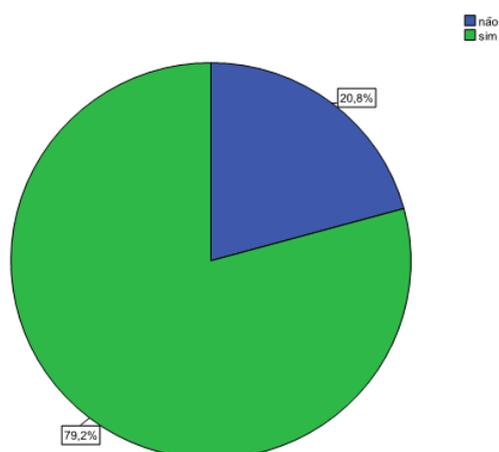
Quadro 13. – Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação com Doentes com Afasia de Broca (motora)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo
Dificuldades sentidas na comunicação com doentes com Afasia de Broca (ou Motora)	Compreensão do doente		<p>“Compreender as necessidades e desejos do doente por incapacidade de manter diálogo fluido” Q7</p> <p>“Na compreensão já que estes têm alterações motoras que lhes dificulta verbalizar corretamente” Q36</p>

	Ansiedade	Do enfermeiro	<p>“Lidar com a minha incapacidade enquanto enfermeira de os compreender” Q99</p>
		Do doente	<p>“Sobretudo lidar com ansiedade do próprio doente” Q55</p> <p>“Lidar com a ansiedade que os doentes desenvolvem por não conseguirem expressar que muitas vezes acaba por fazer com que eles se fechem” Q99</p>
	Carência	Tempo	<p>“Existir tempo para a expressão verbal do doente” Q89</p> <p>“Ter tempo para estabelecer comunicação” Q90</p>
	Carência	Instrumentos de apoio	<p>“Por vezes encontrar veículos de comunicação” Q62</p> <p>“O serviço deve ter meios de auxílio que ajudem a comunicação” Q91</p>
		Espaço/Privacidade	<p>“Existir espaço físico adequado para a expressão verbal do doente” Q89</p> <p>“O serviço deve ter condições físicas para proporcionar ambiente calmo e privacidade para o doente se expressar livremente” Q91</p>

	Intervenção na família		“No ensino à família de acordo com esta alteração” Q86 “Definir e implementar intervenções ao doente e família” Q109
	Identificação de estratégias adequadas		“Na definição de estratégias para este melhorar a comunicação” Q89

Figura 10. – Amostra que Sente Dificuldades na Comunicação com Doentes com Afasia de Wernicke (N=106)



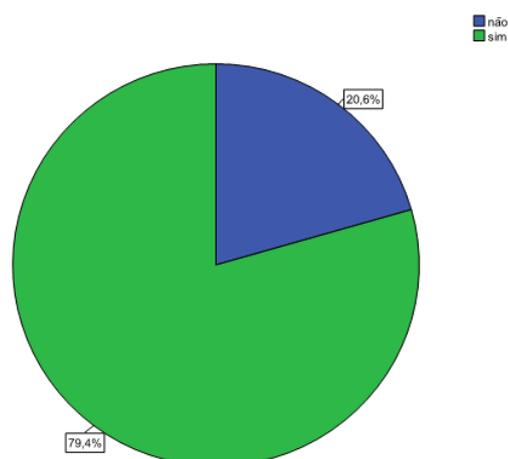
Quando questionados sobre as dificuldades na comunicação com doentes com afasia de Wernicke (ou sensitiva) os enfermeiros apontam dificuldades na compreensão do doente, na validação da mensagem pois por vezes não sabem se o doente entendeu a mensagem, em gerir a ansiedade do doente, em gerir o tempo para estar disponível para o doente, em obter o material/instrumentos disponíveis para comunicar com estes doentes, em intervir na família, em identificar o tipo de afasia e em identificar estratégias adequadas para melhorar a comunicação.

Quadro 14. – Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação com Doentes com Afasia de Wernicke (sensitiva)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	
Dificuldades sentidas na comunicação com doentes com Afasia de Wernicke (ou Sensitiva)	Compreensão do doente		“Em perceber quais os termos que os doentes querem usar e não conseguem” Q36 “Nem sempre conseguimos perceber o que o doente pretende” Q42	
	Validação da mensagem		“Até que ponto a mensagem está a ser entendida” Q62 “Ficar sem perceber se o doente entendeu o que lhe foi dito ou não” Q97 “Impossibilidade de me certificar que a minha mensagem foi realmente compreendida pelo doente” Q103	
	Ansiedade do doente		“Sobretudo lidar com ansiedade do próprio doente” Q55	
	Carência	Tempo		“Falta de tempo para ajudar na comunicação” Q84 “Ter tempo para estabelecer comunicação” Q90
		Instrumentos de apoio		“Ter meios de auxílio” Q90
Intervenção na família			“Em ajudar efetivamente a família a comunicar com o doente” Q91	

	Intervenção na família		“Definir e implementar intervenções que ajudem o doente e a família” Q109
	Identificação da afasia		“Na definição do diagnóstico de afasia e intervenções.” Q89 “Na definição do tipo de afasia, não utilização de escalas.” Q91
	Identificação de estratégias adequadas		“Na identificação de estratégias para melhorar a comunicação” Q86

Figura 11. – Amostra que Sente Dificuldades na Comunicação com Doentes com Afasia Global (N=107)



As dificuldades que os enfermeiros mencionaram na comunicação com doentes com afasia global vão de encontro às dificuldades referidas anteriormente: dificuldade na compreensão do doente, na validação da mensagem, em gerir a ansiedade do doente, em gerir o tempo para estar disponível para o doente, em obter instrumentos disponíveis para comunicar com estes doentes e em intervir na família.

Quadro 15. – Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação com Doentes com Afasia Global

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo
Dificuldades sentidas na comunicação com doentes com Afasia Global	Compreensão do doente		<p>“Percepção da intenção do doente, principalmente na fase inicial/aguda da manifestação (inadaptação do doente à situação” Q29</p> <p>“Não perceber o que o doente pretende” Q42</p> <p>“Em compreender o que pretendem” Q85</p>
	Validação da mensagem		<p>“Entender se a minha mensagem foi bem recebida” Q2</p> <p>“Perceber se os meus gestos são eficazes” Q2</p> <p>“Dúvida acerca da percepção do doente sobre a mensagem” Q47</p>
	Ansiedade do doente		<p>“Sobretudo lidar com ansiedade do próprio doente” Q55</p> <p>“Lidar com a ansiedade do doente em compreender o que lhe é dito.” Q106</p>
	Carência	<p>Tempo</p> <p>Instrumentos de apoio</p>	<p>“Ter tempo para estabelecer comunicação” Q90</p> <p>“Estes doentes exigem muito tempo para os cuidados” Q91</p> <p>“Não ter meios de auxílio que permitam estabelecer a comunicação” Q87</p> <p>“Ter meios de auxílio.” Q90</p>

	Intervenção na família		“No apoio à família e como estabelecer a comunicação” Q86 “Em definir estratégias para o doente e família para melhorar a comunicação” Q89
--	------------------------	--	---

Segundo 67% da amostra as dificuldades na comunicação com doentes com alterações da comunicação estão relacionadas com a sobrecarga de tarefas e responsabilidades do enfermeiro o que leva a uma limitação no tempo disponibilizado para comunicar com estes doentes como se observa na percentagem da escassez de tempo, 66%. Outro fator apontado é a escassa formação na área, com uma percentagem de 61%.

Por outro lado podemos verificar que os aspetos relacionados com o serviço e com a organização do trabalho são considerados fatores menos dificultadores da comunicação.

Quadro 16. – Fatores Dificultadores da Comunicação

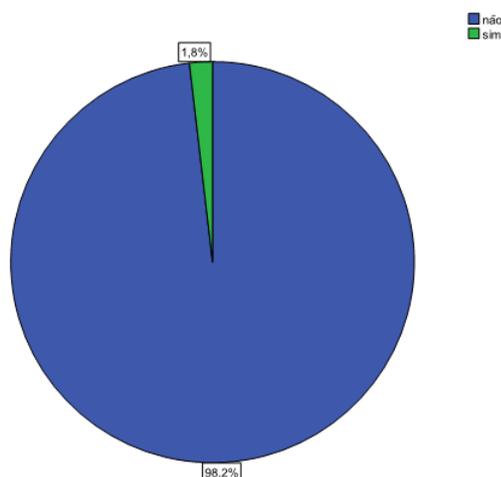
Dificuldades relacionadas com:	Sim		Não	
	n	%	n	%
Escassa formação na área (N=103)	63	61,2	40	38,8
Organização do serviço (N=103)	16	15,5	87	84,5
Estrutura da unidade (N=103)	22	21,4	81	78,6
Escassez de tempo (N=103)	68	66,0	35	34,0
Sobrecarga de tarefas e responsabilidades do enfermeiro (N=103)	69	67,0	34	33,0
Método de trabalho (N=103)	8	7,8	95	92,2
Organização de trabalho por turnos (N=103)	4	3,9	99	96,1
Outro (N=104)	4	3,8	100	96,2

Analisando o quadro 17. podemos constatar que 77,8% dos enfermeiros identifica o diagnóstico de afasia através da observação do doente, 70,5% utiliza perguntas específicas e apenas 1,1% refere utilizar sempre escala/instrumento de medida para identificar o diagnóstico.

Quadro 17. – Identificação do Diagnóstico de Afasia

Identificação Afasia	Nunca		Às Vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Observação do doente (N=108)	1	0,9	23	21,3	84	77,8
Perguntas específicas (N=105)	2	1,9	29	27,6	74	70,5
Utilização escalas/instrumentos (N=87)	78	89,7	8	9,2	1	1,1

Figura 12. – Identificação do Diagnóstico de Afasia: Outro Método (N=109)



Do quadro que se segue referente às intervenções realizadas pelos enfermeiros podemos aferir que estes dão importância à gestão do ambiente, *proporcionando um espaço físico adequado e garantindo privacidade*. Apenas 12,8% dos enfermeiros refere que raramente *proporciona um ambiente físico adequado* e 6,5% raramente *garante a privacidade*.

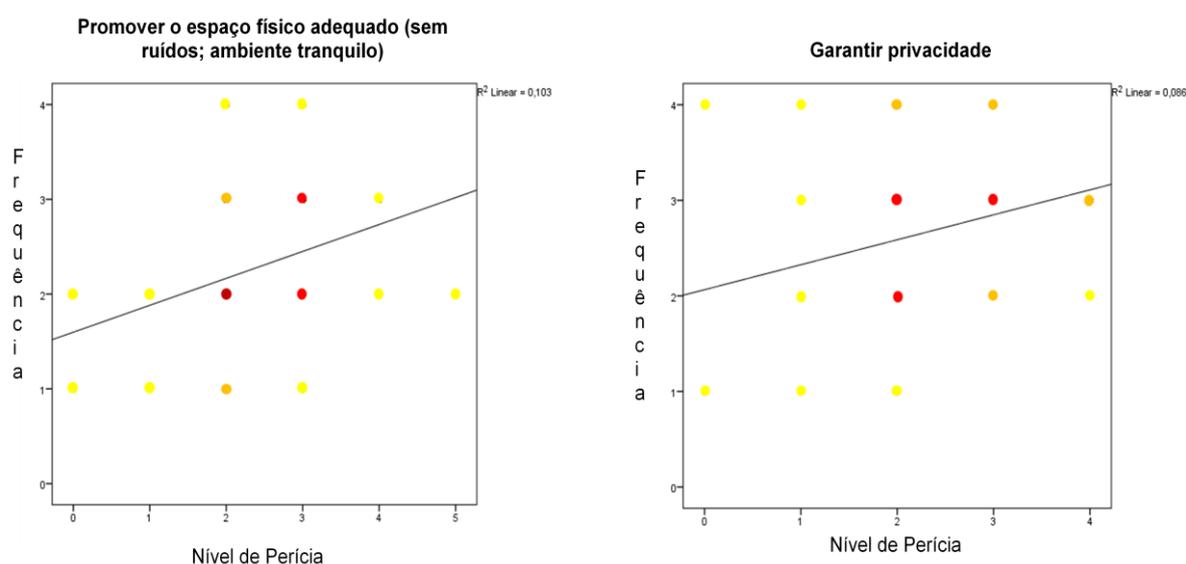
No que diz respeito ao nível perícia na realização desta intervenção a grande parte dos enfermeiros centra-se entre competente e proficiente.

Quadro 18. – Intervenção de Enfermagem: Gerir ambiente
Frequência de Realização e Nível de Perícia dos Enfermeiros

Intervenções/ Atividades	Frequência (%)					Nível de Perícia (%)					
	Nunca	Raramente	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Sempre	Iniciado	Iniciado Avançado	Competente	Proficiente	Perito	Não se aplica
Gerir ambiente											
- Promover o espaço físico adequado (sem ruídos; ambiente tranquilo) (N=109)	0	12,8	51,4	31,2	4,6	2,8	5,6	47,7	37,4	5,6	0,9
- Garantir privacidade (N=107)	0	6,5	31,8	43,9	17,8	2,8	7,5	41,1	33,6	15	0

Da análise da figura 13. fica claro que a correlação entre a frequência das intervenções e o nível de perícia é muito baixa, uma vez que o coeficiente de correlação, R^2 , se afasta consideravelmente da unidade, apresentando valor de 0,086 e 0,103.

Figura 13 – Intervenção de Enfermagem: Gerir ambiente
Correlação entre frequência de realização e nível de perícia dos enfermeiros



LEGENDA:

- ≤ 5 enfermeiros ●
- 6-15 enfermeiros ●
- 16-25 enfermeiros ●
- > 25 enfermeiros ●

A intervenção “otimizar a comunicação” tem várias atividades associadas e daqui podemos destacar que a maioria dos enfermeiros refere realizar muitas vezes ou sempre todas as atividades, exceto *mostrar imagens para o doente nomear* em que 14,8% refere nunca realizar, 45,4% refere realizar raramente e 20,4% algumas vezes e na atividade *utilizar comunicação não-verbal* onde 1,9% dos enfermeiros refere que nunca utiliza, 13,9% respondeu raramente e 40,7% algumas vezes.

Em todas as atividades a maior percentagem de enfermeiros refere sentir-se competente na sua realização. Seguidamente encontram-se as percentagens de enfermeiros que refere ser proficiente na realização das atividades. Assim como acontece com a frequência também na atividade *mostrar imagens para o doente nomear* há uma alteração no padrão, onde 16,8% dos enfermeiros diz ser iniciado e 24,3% iniciado avançado.

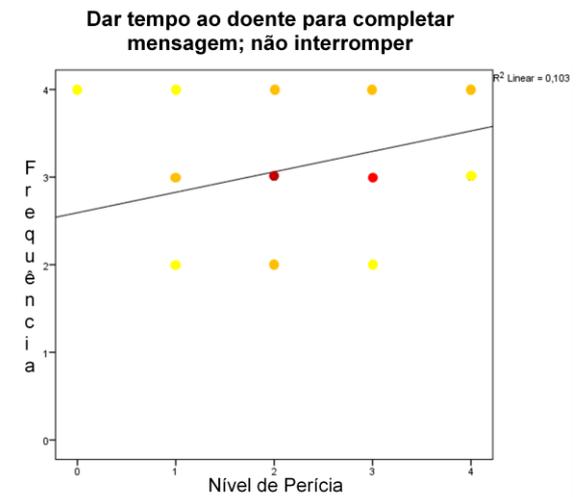
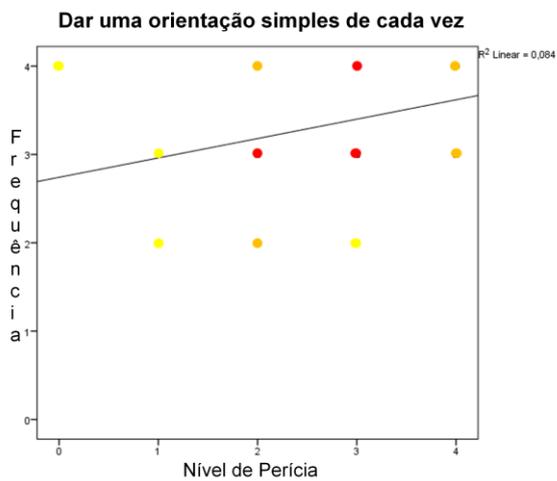
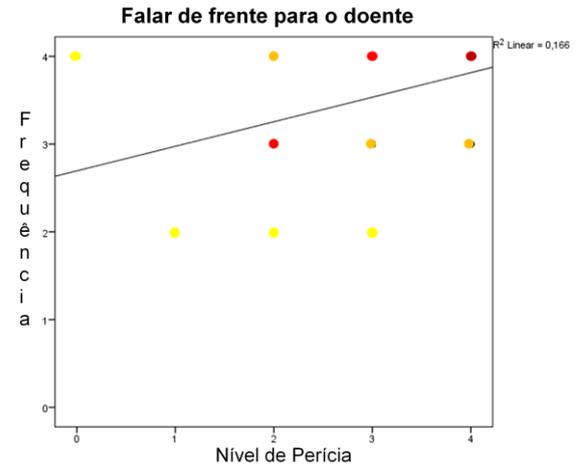
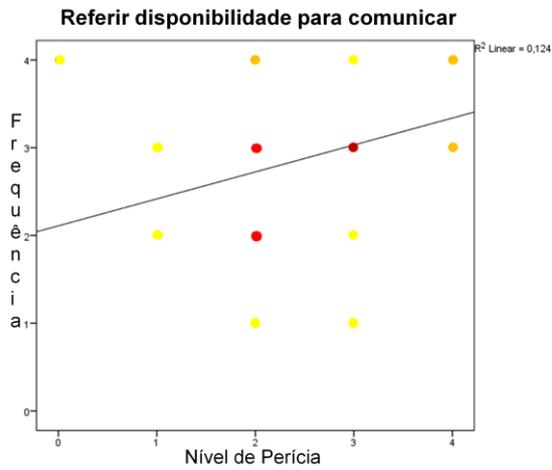
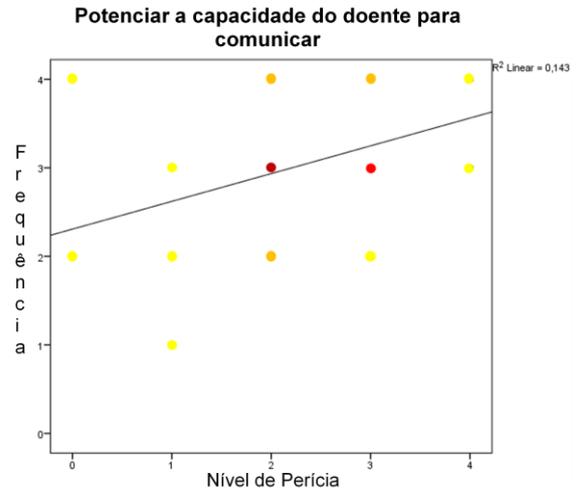
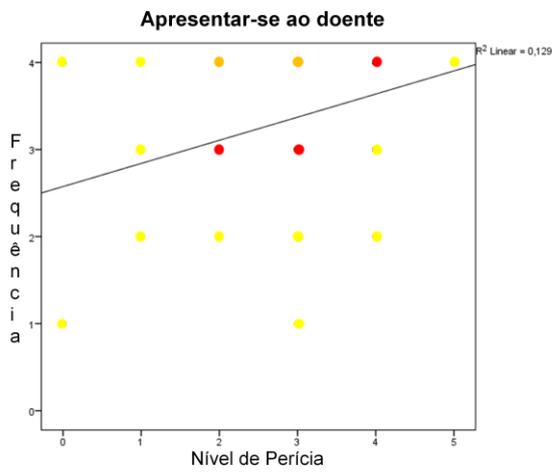
Quadro 19. – Intervenção de Enfermagem: Otimizar a Comunicação
Frequência de Realização e Nível de Perícia dos Enfermeiros

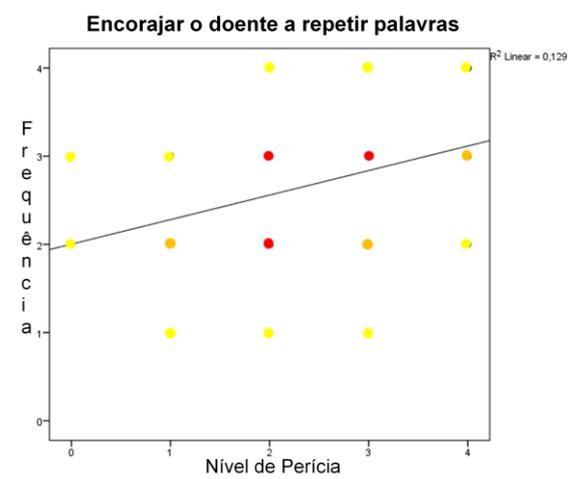
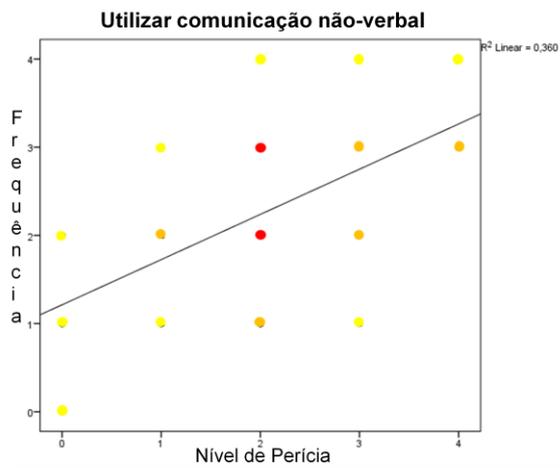
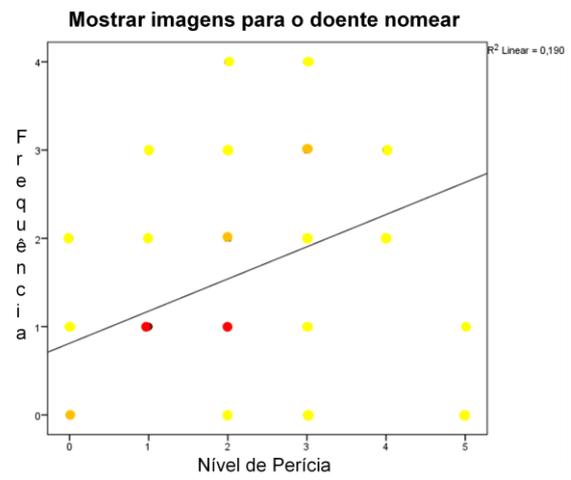
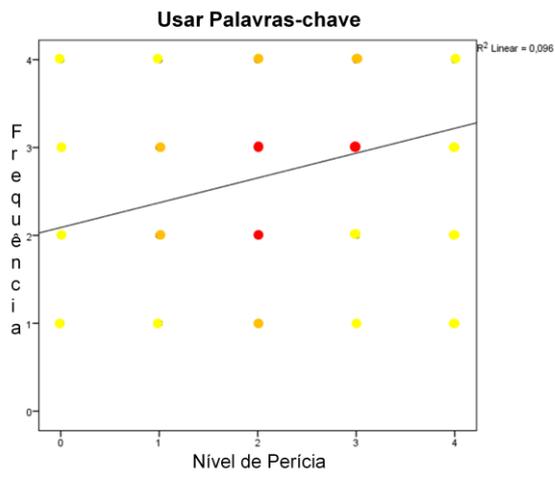
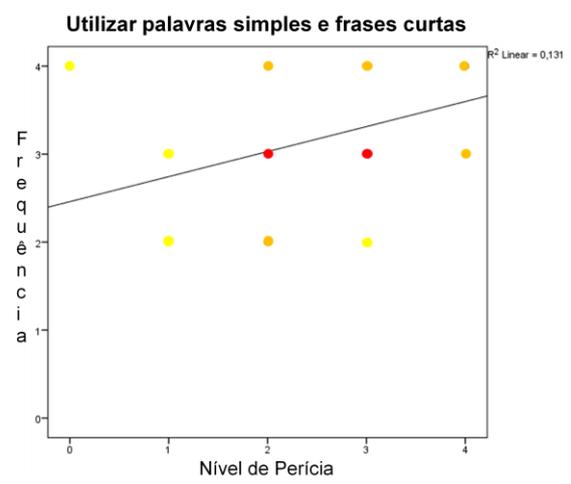
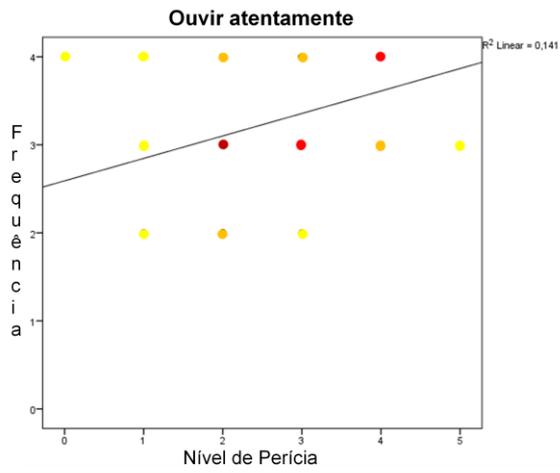
Intervenções/ Atividades	Frequência (%)					Nível de Perícia (%)					
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre	Iniciado	Iniciado Avançado	Competente	Proficiente	Perito	Não se aplica
Otimizar a comunicação											
- Apresentar-se ao doente (N=109)	0	1,8	10,1	40,4	47,7	1,9	3,7	34,6	30,8	27,1	1,9
- Potenciar a capacidade do doente para comunicar (N=109)	0	1,8	16,5	57,8	23,9	2,8	9,3	46,7	34,6	6,5	0
- Referir disponibilidade para comunicar (N=108)	0	2,8	24,1	52,8	20,4	0,9	5,7	40,6	36,8	16	0
- Falar de frente para o doente (N=109)	0	0	7,3	36,7	56	0,9	1,9	39,3	26,2	31,8	0
- Dar uma orientação simples de cada vez (N=108)	0	0	10,2	48,1	41,7	0,9	4,7	41,1	35,5	17,8	0

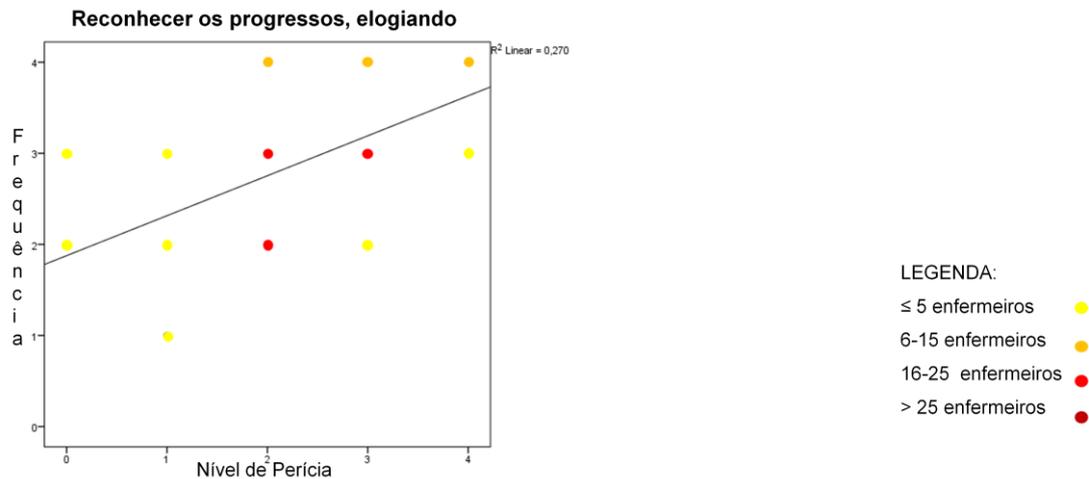
Intervenções/ Atividades	Frequência (%)					Nível de Perícia (%)					
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre	Iniciado	Iniciado Avançado	Competente	Proficiente	Perito	Não se aplica
- Dar tempo ao doente para completar mensagem; não interromper (N=109)	0	0	11,9	58,7	29,4	0,9	9,4	39,6	37,7	12,3	0
- Ouvir atentamente (N=109)	0	0	8,3	55	36,7	0,9	4,7	36,4	36,4	20,6	0,9
- Utilizar palavras simples e frases curtas (N=109)	0	0	15,6	47,7	36,7	0,9	5,6	40,2	33,6	19,6	0
- Utilizar Palavras-chave (N=108)	0	10,2	27,8	44,4	17,6	6,5	15,9	43,9	27,1	6,5	0
- Mostrar imagens para o doente nomear (N=108)	14,8	45,4	20,4	16,7	2,8	16,8	24,3	32,7	17,8	5,6	2,8
- Utilizar comunicação não-verbal (N=108)	1,9	13,9	40,7	35,2	8,3	7,5	13,1	43,9	24,3	11,2	0
- Encorajar o doente a repetir palavras (N=108)	0	3,7	35,2	52,8	8,3	1,9	11,2	50,5	25,2	11,2	0
- Reconhecer os progressos, elogiando (N=109)	0	0,9	25,7	46,8	26,6	1,9	4,7	45,8	30,8	16,8	0

Assim como aconteceu na intervenção anterior, também nas atividades desta intervenção a correlação entre a frequência e o nível de perícia é fraca pois o coeficiente encontra-se entre 0,064 e 0,360 como podemos observar nos gráficos que se seguem (figura 14.).

Figura 14. – Intervenção de Enfermagem: Otimizar a Comunicação
Correlação entre frequência de realização e nível de perícia dos enfermeiros







Na intervenção *instruir sobre estratégias de comunicação* denotamos que a maior percentagem de enfermeiros refere que ensina muitas vezes os doentes a *manipular objetos usuais* (38,5%), a *verbalizar palavras* (40,4%) e a *utilizar comunicação não-verbal* (43,1%). Podemos verificar que outra grande parte dos enfermeiros refere realizar estas atividades algumas vezes. As outras estratégias apontadas como *utilizar quadros de desenhos* e *proporcionar ao doente aporte escrito* não são realizadas com tanta frequência. 21,3% dos enfermeiros refere que nunca *utiliza quadros de desenhos*, 39,8% refere raramente, 13,9% algumas vezes, 20,4% muitas vezes e 4,6% sempre. Da amostra em questão 26,6% refere que raramente *proporciona aporte escrito ao doente*, 36,7% algumas vezes e 26,6% muitas vezes.

Assim como verificamos anteriormente também nesta intervenção a maior parte dos enfermeiros considera-se competente na realização das atividades. Constatamos que na atividade *utilizar quadros de desenhos* a percentagem de enfermeiros que se consideram iniciados é de 18,9% e de iniciados avançados é 19,8%.

Quadro 20. – Intervenção de enfermagem: Instruir Sobre Estratégias de Comunicação

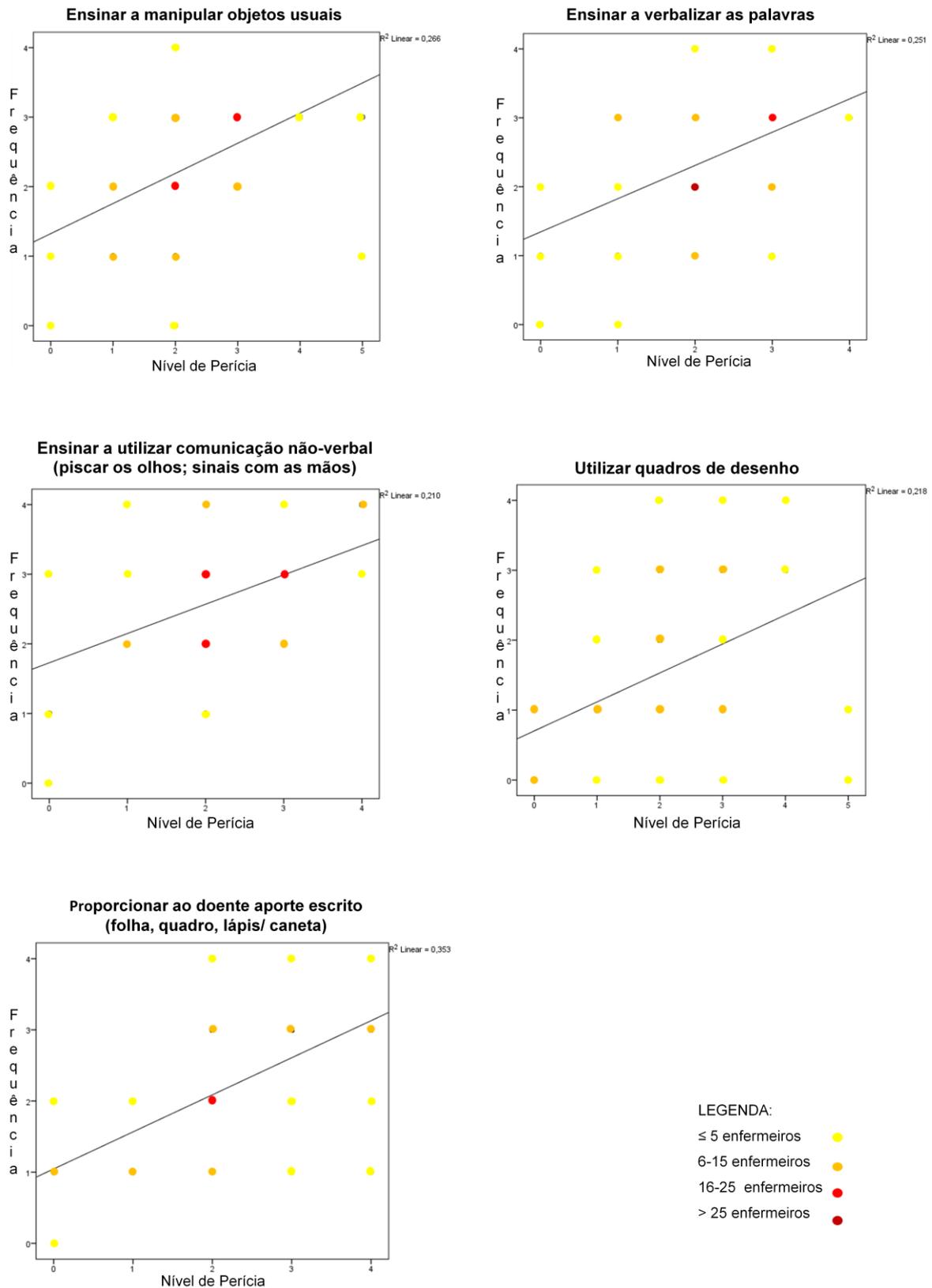
Frequência de Realização e Nível de Perícia dos Enfermeiros

Intervenções/ Atividades	Frequência (%)					Nível de Perícia (%)					
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre	Iniciado	Iniciado Avançado	Competente	Proficiente	Perito	Não se aplica
<i>Instruir sobre estratégias de comunicação</i>											
- Ensinar a manipular objetos usuais (N=109)	4,6	16,5	37,6	38,5	2,8	11,2	15,9	43	24,3	3,7	1,9
- Ensinar a verbalizar as palavras (N=109)	2,8	14,7	36,7	40,4	5,5	7,5	15,9	47,7	25,2	3,7	0
- Ensinar a utilizar comunicação não-verbal (piscar os olhos; sinais com as mãos) (N=108)	0,9	7,3	32,1	43,1	16,5	4,7	9,4	49,1	26,4	10,4	0
- Utilizar quadros de desenhos (N=108)	21,3	39,8	13,9	20,4	4,6	18,9	19,8	29,2	23,6	4,7	3,8
- Proporcionar ao doente aporte escrito (folha, quadro, lápis/caneta) (N=109)	1,8	26,6	36,7	26,6	8,3	11,2	12,1	44,9	20,6	11,2	0

Nesta última intervenção o coeficiente de correlação os valores são ligeiramente maiores, encontram-se entre 0,210 e 0,353 mas não são valores significativos para afirmar que há uma boa correlação entre a frequência e o nível de perícia.

Figura 15 – Intervenção de enfermagem: Instruir Sobre Estratégias de Comunicação

Correlação entre frequência de realização e nível de perícia dos enfermeiros



O quadro seguinte mostra-nos que cerca de 81% da amostra instrui à família estratégias de comunicação para que esta possa comunicar eficazmente com o doente com alterações na comunicação. 67% também refere orientar a família para a utilização de material de leitura e escrita para quando o doente tem dificuldades em expressar-se oralmente.

Quadro 21. – Intervenções Realizadas com a Família

Intervenções realizadas com família	Sim		Não	
	n	%	n	%
Informar sobre diagnóstico (N=109)	62	56,9	47	43,1
Instruir estratégias de comunicação (N=109)	88	80,7	21	19,3
Orientar para a utilização de material de leitura e escrita (N=109)	73	67,0	36	33,0
Outra (N=109)	5	4,6	104	95,4

Da amostra estudada cerca de 77% refere que durante o curso de Licenciatura deveria haver mais formação sobre comunicação. 54% considera que a organização do trabalho por Enfermeiro de referência será uma estratégia facilitadora da comunicação. Foram também referenciados outras estratégias por 17% da amostra, tais como formação contínua e condições do serviço como podemos verificar no quadro 23.

Quadro 22. – Estratégias para Facilitar a Comunicação

Estratégias para facilitar da comunicação	Sim		Não	
	n	%	n	%
Mais formação no curso de Licenciatura (N=107)	82	76,6	25	23,4
Organização do trabalho por Enfermeiro de referência (N=107)	49	45,8	58	54,2
Otimizar a estrutura do serviço (criar uma sala de comunicação) (N=107)	54	50,5	53	49,5
Outra (N=107)	18	16,8	89	83,2

Quadro 23. – Outras Estratégias para Facilitar a Comunicação

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo
Estratégias para facilitar a comunicação	Formação continua		“Reuniões sobre o tema” Q2 “Cursos de atualização/ formação para os enfermeiros da prestação de cuidados” Q64 “Formação contínua” Q107
	Condições do serviço	Espaço físico	“Espaço físico entre doentes serem maiores” Q57 “Ambiente mais privado (com poucas pessoas) para que o doente e enfermeiros se foquem na comunicação” Q82
Material de apoio		“Ter no serviço meios de auxílio para a comunicação (quadros, computadores).” Q87 “Existir no hospital utensílios (computadores ou outros) que facilitem a comunicação” Q109	

No último quadro estão descritas as sugestões apontadas pelos enfermeiros para melhorar a comunicação com utentes com afasia. Entre as referidas estão: mais formação e mais investigação, maior envolvimento com família, postura adequada do enfermeiro, utilizar estratégias de comunicação mais adequadas às alterações a nível da comunicação, ter mais material de apoio e meios tecnológicos disponíveis para comunicar com estes doentes, ter melhores condições no serviço e articular melhor com terapeutas da fala para uma melhor intervenção.

Quadro 24. – Sugestões para Melhorar a Comunicação com Doentes com Afasia

Dimensão	Categoria	Unidade de registo
Sugestões para melhorar a comunicação com doentes afásicos	Formação/ Investigação	<p>“Formação no contexto da prática e reciclagem dos mesmos na área da comunicação verba/não-verbal” Q23</p> <p>“Formação sobre diferentes afasias.” Q79</p> <p>“Realizar mais trabalhos de investigação em enfermagem para definir estratégias e intervenções eficazes e eficientes baseadas na evidência” Q109</p>
	Envolvimento família	<p>“Aumentar intercâmbio família/prestador de cuidados com o doente” Q29</p> <p>“Envolver a família na dificuldade no sentido de ajudarem a tranquilizar o doente em algo que o esteja preocupar” Q52</p>
	Postura enfermeiro	<p>“Melhorar postura” Q2</p> <p>“Transmitir tranquilidade e esperança na melhoria” Q52</p> <p>“Demonstrar disponibilidade” Q54</p>
	Intervenções de Enfermagem	<p>“Utilizar estratégias com uso de meios auxiliares na comunicação (quadros, computadores) Q89</p> <p>“Dar atenção à pessoa, não fazer suposições, não colocar palavras na sua boca, ser um bom ouvinte, recorrer ao humor, ter sempre à mão papel e lápis, dar tempo à pessoa” Q103</p> <p>“Instituir escalas de avaliação de afasia” Q109</p>
	Material de apoio/meios tecnológicos	<p>“Ter meios (quadros, imagens..) no serviço para dinamizar a comunicação com pessoas com afasia” Q45</p> <p>“Maior disponibilidade de recursos didáticos (livros com imagens para facilitar a comunicação) Q64</p> <p>“Existência de meios como computadores, quadros” Q91</p> <p>“Utilização de novas tecnologias (computadores...)” Q102</p>

	Condições serviço	<p>“Criar um ambiente calmo” Q32</p> <p>“Proporcionar mais tempo ao enfermeiro para este passar junto do doente para otimizar a comunicação” Q81</p> <p>“Existência de espaços físicos apropriados” Q85</p> <p>“Organização do trabalho de forma a permitir a existência do enfermeiro de referência para família e doente” Q91</p>
	Colaboração com terapeutas da fala	<p>“Usar terapeutas da fala nos internamentos e com o enfermeiro responsável do doente observar e aprender o método adequado ao doente.” Q37</p> <p>“Maior e melhor articulação com terapeutas da fala” Q64</p>

3.2. DISCUSSÃO

Ao longo deste trabalho verificamos que são vários os autores que consideram a comunicação como fator importante na prestação de cuidados e, como refere Lima [et al.] (2012:1567) “*destaca-se a comunicação como um dos instrumentos indispensáveis para o cuidado de enfermagem, que pode influenciar satisfatoriamente a qualidade da assistência, bem-estar, aprendizado e recuperação da saúde do paciente e, também, a prevenção de agravos.*” Os enfermeiros que participaram neste estudo partilham a mesma opinião, segundo 70% deles a comunicação é de extrema importância na prestação de cuidados e 29% referiram que era muito importante.

A atualização de conhecimentos na área da comunicação foi considerada importante por 95% da amostra e segundo os inquiridos permite melhorar a eficácia da comunicação e melhorar a eficácia dos cuidados, permite desenvolver novas capacidades e técnicas de comunicação, permite suprimir as dificuldades sentidas pelos enfermeiros e é importante porque existe grande número de doente com alterações da comunicação. Ramos & Bortagarai (2012:167) na sua revisão bibliográfica reforçam a ideia que “*Os profissionais da área da saúde, ... devem procurar desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente a oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva e menos solitária.*”

Souza (2010:65) refere ainda que “*por meio da educação a equipe de enfermagem pode manter-se atualizada e competente na sua prática. Este é um aspeto essencial, já que a educação e orientação influenciam mudanças de comportamento e melhoram os resultados do cuidado*”.

No processo de comunicação o enfermeiro recebe as mensagens do doente e exprime-se de determinadas formas promovendo a comunicação terapêutica. Segundo a CIPE, na versão beta 2, a comunicação é dividida em 2 vertentes: comunicação recetiva e comunicação expressiva. A comunicação recetiva é um tipo de comunicação definida como “*ação e capacidade de receber, interpretar e reconhecer mensagens e impressões verbais e não verbais por meio de linguagem escrita, falada e da linguagem dos símbolos e sinais (1999)*” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003:65) enquanto a comunicação expressiva é definida como “*ação e capacidade de se exprimir, interpretar e dirigir mensagens verbais e não verbais; uso da linguagem escrita, da linguagem falada, da linguagem dos símbolos e dos sinais (1999)*” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003:64).

Através dos dados obtidos podemos verificar que na comunicação os enfermeiros privilegiam o discurso verbal mas também dão importância à comunicação não-verbal: postura corporal, tom de voz, utilização de gestos, toque, expressão facial. Verificou-se que estes aspetos eram privilegiados quer na comunicação recetiva como na expressiva, não estando evidenciado nenhum aspeto em concreto. De acordo com a ideia atrás referida Ramos & Bortagarai (2012) mencionam que os profissionais de saúde consideram importante o conhecimento da comunicação não-verbal e da análise dos vários estudos são abordados os seguintes sinais não-verbais: o uso do espaço (distancia interpessoal), o movimento do corpo nesse espaço e a utilização do toque.

No estudo de Braga (2004) os entrevistados relatam a importância das formas de expressão que estão envolvidas na comunicação, verificando-se consciência do verbal e do não verbal na interação. Na interação enfermeiro-doente é importante estar atento a todos os sentidos, ao olhar, gestos, posturas corporais, tom de voz, adereços utilizados e diferentes atitudes para assim compreendermos melhor a pessoa.

Quando trabalhamos com pessoas experienciamos situações novas e inesperadas, com vários fatores a influenciar o processo de comunicação. No presente estudo verificamos que o estado de consciência do doente é o fator apontado por 99,1% dos enfermeiros inquiridos, a falta de tempo foi apontado por 88,2%, a relação enfermeiro-doente por 78,8% e a presença de outras pessoas por 74%. O fator considerado por menos enfermeiros (59,6%) foi o espaço físico. Por seu lado o estudo de Briga (2010) aponta os fatores perturbadores na comunicação identificados por doentes entubados endotraquealmente: fatores ambientais (provocados pelas máquinas e monitores, pela presença de luz acesa durante toda a noite, pela movimentação dos profissionais); relacionais (uso de proteções individuais como máscara); comunicação dos enfermeiros (comunicação insuficiente, não disponibilizavam tempo, adoção de atitudes menos positivas); cansaço dos doentes (falta de descanso provocado pelo barulho da unidade).

Validando os dados encontrados no nosso estudo também Finke, Light & Kitko (2008) na sua revisão sistemática considera que a maior barreira à comunicação efetiva é a percepção de que os enfermeiros necessitam de mais tempo para comunicar e cuidar de doentes com alteração da comunicação. Nesta revisão são considerados outras barreiras como o fraco acesso a ferramentas de comunicação (CAA), incapacidade do paciente para ter a atenção de um ouvinte, nível cognitivo, psicológico e alterações da comunicação do doente, falta de continuidade dos enfermeiros designados para cuidar do doente, presença dos familiares nos cuidados.

Apesar de não conseguirmos eliminar totalmente os obstáculos à comunicação é da competência do enfermeiro identificá-los e reduzi-los o máximo possível.

Grande parte da amostra revelou ter dificuldades na comunicação (88,7%) e constata-se que quando comunicam com doentes com alteração da comunicação sentem mais dificuldades em compreender a comunicação oral do doente e em saber se doente percebeu a mensagem enviada.

O estudo realizado por Zinn, Silva & Telles (2003:329) numa Unidade de Cuidados Intensivos também evidencia que *“a dificuldade em comunicar-se com paciente sedado está baseada, principalmente, na dúvida acerca da percepção do indivíduo.”*

No que diz respeito à compreensão e utilização da comunicação não-verbal é elevada a percentagem de enfermeiros que refere não ter dificuldades, o que vai de encontro ao estudo de Santos & Shiratori (2005). Nesse estudo, no discurso de uma enfermeira é visível a sua dificuldade em compreender o doente apesar de conseguir interpretar a comunicação não-verbal: *“Entretanto, o cliente apesar de toda a dificuldade, tentava utilizar-se da comunicação verbal, porém nem eu e nem a equipe de enfermagem conseguia compreender o que ele expressava. Mas através da face e do olhar percebi a grande angústia que o mesmo sentia, porém não sabia interpretar a informação que ele emitia”* (Santos & Shiratori, 2005:434).

A valorização da comunicação não-verbal como o olhar, as expressões faciais, a postura, o toque é já evidente e os enfermeiros tendem a sentir menos dificuldades em comunicar com os doentes desta forma.

Decidimos abordar separadamente no questionário as três afasias mais recorrentes, mais comuns e mais identificadas pelos enfermeiros: afasia de Broca (ou motora), afasia de Wernicke (ou sensitiva) e afasia global. Apesar da percentagem de enfermeiros que sentem dificuldade em comunicar com doentes com afasia de Broca (68,2%) ser ligeiramente inferior à percentagem de enfermeiros que sentem dificuldade em comunicar com doentes com afasia de Wernicke (79,2%) e afasia global (79,4%), as dificuldades sentidas são idênticas e foram agrupadas em categorias praticamente iguais.

Na comunicação com doentes com afasia de Broca foram descritas como dificuldades:

- compreensão do doente;
- ansiedade do enfermeiro e ansiedade do doente;
- carência de tempo, de material e de espaço/privacidade;
- intervenção na família;
- identificação de estratégias adequadas.

As dificuldades que os enfermeiros apontaram na comunicação com doentes com afasia de Wernicke foram:

- compreensão do doente;

- validação da mensagem;
- ansiedade do doente;
- carência de tempo e de material;
- intervenção na família;
- identificação da afasia;
- identificação de estratégias adequadas.

Na comunicação com os doentes com afasia global foram consideradas pelos enfermeiros as seguintes dificuldades:

- compreensão do doente;
- validação da mensagem;
- ansiedade do doente;
- carência de tempo e de material;
- intervenção na família.

Os dados apresentados vão de encontro ao estudo de Souza (2010) onde são relatadas pelos profissionais de enfermagem as seguintes dificuldades de comunicação: entender o que o paciente está a sentir ou que deseja, falta de recursos materiais adequados, interferência do familiar, falta de tempo, falta de resposta do paciente, desmotivação do paciente e irritação do paciente. Neste estudo também foi utilizado o método de observação participante e para além das descritas foram observadas pela investigadora mais dificuldades: dificuldade do profissional em se expressar, falta de recursos adequados, agitação do paciente, falta de tempo para observar melhor as respostas e pouca interação do paciente (Souza, 2010).

O estudo de Zinn, Silva & Telles (2003:331) reporta-nos também algumas dificuldades em comunicar destacadas anteriormente mas nesta situação com doentes sedados, *“se comunicar com o paciente sedado é um fenómeno difícil, seja pelo grau de sedação, pela falta de tempo, de reflexão e de estrutura da unidade; seja pela dúvida acerca da percepção do paciente sedado diante da mensagem recebida”*.

Os mesmos autores (Zinn, Silva & Telles, 2003:330) referem que *“a rotina, a escassez de tempo, e a falta de reflexão desencadeiam essa dificuldade”* [de estabelecer comunicação], o que vai de encontro aos resultados encontrados pois esses fatores também são apontados pelos enfermeiros neste estudo. Segundo 66% dos enfermeiros as dificuldades na comunicação com doentes com alterações da comunicação estão relacionadas com a escassez de tempo, 67% refere a sobrecarga de tarefas e responsabilidades do enfermeiro e 61,2% refere que essa dificuldade se deve à escassa formação na área.

Ainda Zinn, Silva & Telles (2003:330) mencionam que a “*A falta de estrutura da unidade, entendida como fator facilitador para o estabelecimento de comunicação, também é citada nos discursos.*” Este aspecto também é apontado no nosso estudo mas curiosamente apenas 21,4% dos enfermeiros refere a estrutura da unidade como um fator que dificulta a comunicação.

A importância de uma adequada avaliação da afasia é evidenciada no estudo de Leal (2009). Este estudo apesar de retratar a vivência de terapeutas da fala mostra-nos que é pertinente avaliar corretamente a afasia e as suas alterações para poder definir o objectivo da intervenção. A maioria dos terapeutas utiliza as baterias de teste na avaliação da afasia. No nosso estudo apenas 1,1% dos enfermeiros refere utilizar sempre escalas ou instrumentos para identificar afasia. Por outro lado a percentagem de enfermeiros que avalia a afasia através da observação direta é de 77,8% e 70,5% dos enfermeiros avalia através de perguntas específicas. Estas formas de avaliação também foram abordadas no estudo de Leal (2009) pois os terapeutas da fala também fazem a avaliação através de simulação em gabinetes, de testes formais e testes informais, de instrumentos desenvolvidos pelo próprio e de observação direta nos contextos da pessoa.

Finke, Light & Kitko (2008) na sua revisão referem que a principal causa da dificuldade na comunicação com doentes com alterações da comunicação decorre da falta de conhecimento e falta de treino de técnicas de comunicação aumentativa e alternativa. Assim este estudo dá ênfase à importância da CAA na comunicação com doentes com alterações severas na comunicação e foram identificadas 4 estratégias para comunicar com estes doentes: determinar o modo de comunicação usado pelo doente, dar tempo ao doente para participar na interação e comunicar, confirmar a mensagem enviada pelo doente, usar comunicação aumentativa e alternativa para suportar a compreensão.

As técnicas de CAA são também evidenciadas no estudo de Souza (2010) e são divididas em dois itens: as técnicas que utilizam sinais e partes do corpo; as que utilizam recursos materiais como quadros de alfabeto, pinturas, lápis e papel e computadores. Assim como acontece no nosso estudo também esta autora encontrou uma baixa percentagem de profissionais de enfermagem que utilizam as técnicas de CAA como o uso de quadros, imagens e abecedários para o comunicar com o doente.

Podemos então verificar que as intervenções realizadas pelos enfermeiros do presente estudo vão de encontro às estratégias de comunicação identificadas no estudo de Souza (2010) nomeadamente a utilização de gestos, comunicação verbal, uso de termos de fácil compreensão, uso de papel e caneta, toque, fala pausada, uso da lousa, abecedário, maior proximidade, falar mais alto e observação do doente. A maior parte

das estratégias apontadas fazem parte da comunicação não verbal que é o principal recurso da comunicação e permite ao indivíduo compreender não apenas o que significam as palavras mas também o que o emissor da mensagem sente.

Ao abordar os níveis de perícia considerados por Benner (2005) era nosso propósito caracterizar a amostra em questão e por outro lado perceber a relação entre a frequência da realização das intervenções e o nível de perícia. Era esperado que os enfermeiros que realizam a intervenção mais vezes estivessem mais próximos do estado de perito mas verificamos que apenas pontualmente, numa intervenção ou noutra se verifica uma relação entre a frequência da intervenção e o nível de perícia mas no geral estas variáveis são se relacionam.

A família é vista como um sistema onde os seus componentes são interdependentes e se um membro é afetado quer por doença ou até por ausência de trabalho, todo o sistema será afetado. Numa situação de doença, nomeadamente num AVC em que a pessoa lesada apresenta alterações da comunicação e/ou défices motores a família torna-se o suporte do membro doente e reestrutura os seus papéis de forma a tornar-se novamente funcional. Inaba, Silva e Telles (2005:424) referem que *“Se os cuidados são redobrados aos pacientes críticos, principalmente os com deficiência na comunicação, mesmo que temporariamente, a presença da família é muito importante para aliviar a ansiedade, o desconforto e a insegurança.”*

No presente estudo constata-se que os enfermeiros dão importância à família, tornando-a parte dos cuidados prestados. 80,7% dos inquiridos respondeu que consegue instruir estratégias de comunicação à família, 67% orienta a família para a utilização de material de leitura e escrita e 56,9% refere informar a família sobre o diagnóstico da afasia. Os dados obtidos são também abordados no estudo de Johansson, Carlsson & Sonnander (2011) realizado com terapeutas da fala que referem que as intervenções à família devem incidir em 3 componentes, nomeadamente na informação/educação sobre afasia, no suporte e aconselhamento à família e no treino de habilidades e estratégias de comunicação. Para 92% dos terapeutas da fala que participaram no estudo o principal objetivo da intervenção familiar é enriquecer a família de conhecimento sobre afasia, AVC e comunicação em geral, 48% refere que é importante melhorar a capacidade de comunicação das famílias, 23% acha que é importante promover o aconselhamento familiar (falando sobre como o doente com afasia afeta a vida familiar) e apenas 13% incentiva as famílias a apoiar o doente a realizar os exercícios.

Também Machado (2004) no seu programa de orientação para cuidadores promoveu sessões de grupo abordando vários temas, nomeadamente informações sobre afasia e AVC, deteção e observação de consequências da afasia (efeitos psicológicos,

desequilíbrios emocionais, sociais e financeiros) e discussão de amostras de comunicação que destacam estratégias positivas de interação.

Por outro lado temos o estudo de Hemsley & Balandin (2004) citado por Finke, Light & Kitko (2008) na sua revisão sistemática, que aborda a opinião dos cuidadores e referem que os enfermeiros não sabem comunicar com doentes com alterações da comunicação e não cuidam dos doentes adequadamente, os cuidadores são os intérpretes dos doentes, dão informações sobre comunicação aos enfermeiros e são eles que providenciam informação escrita sobre como comunicar com doentes com alteração da comunicação.

Segundo a maioria dos enfermeiros a melhor estratégia para facilitar a comunicação é ter mais formação no curso de Licenciatura, aspeto defendido também por Silva (2010:20) na sua revisão: *“Torna-se igualmente importante reconhecer que a aposta na formação, ainda durante os cursos ligados ao cuidado de doentes, constitui um meio privilegiado de promover a atenção dada a estes aspectos na prática clínica”*. O mesmo autor defende que é importante valorizar a comunicação e de promover a formação e o treino na área da comunicação.

Os enfermeiros consideraram também que a formação contínua e a possibilidade de ter melhores condições do serviço, a nível de espaço físico (ambiente mais calmo, mais privacidade) e de material, são estratégias que podem facilitar a comunicação. Negreiros [et al.] (2010) ressaltam a importância do investimento na educação permanente sobre comunicação terapêutica, sugerindo até que os gestores tomem em consideração este tema de forma a permitir discussão e aprendizagem dos profissionais nesta área.

Reforçando a ideia anterior, no estudo de Coelho e Sequeira (2014) constata-se que, quer o percurso profissional quer o formativo, influenciam a forma como os enfermeiros consideram a comunicação terapêutica.

Em suma, Ramos e Bortagarai (2012:166) afirmam: *“Torna-se impossível o ato de cuidar do enfermeiro...sem haver habilidades de comunicação interpessoal, considerando tal comunicação não apenas um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas uma competência ou capacidade que deve integrar a formação do profissional de saúde”*.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática da comunicação tem sido estudada por diferentes autores em diferentes perspectivas. No nosso ponto de vista a comunicação é uma necessidade para o indivíduo viver em sociedade e é fundamental no contexto da saúde, particularmente na relação enfermeiro-doente. Desta linha condutora partiu a reflexão de abordar o tema da comunicação e das suas dificuldades/limitações.

O cuidar não se restringe apenas à técnica de executar uma intervenção mas também da forma como é executada, expressa por atitudes e comportamentos, dado que o cuidar em enfermagem é sobretudo relacional. Se não valorizarmos esta dimensão podemos comprometer todo o processo de cuidar.

Pereira (2008:49) considera que a comunicação, nas suas diferentes vertentes, é *“fulcral para a compreensão das práticas dos profissionais de saúde e para um desempenho de qualidade”*. De acordo com Pupulin e Sawada (2002 citado por Silva, 2010) a qualidade nos cuidados de Enfermagem está diretamente relacionada com o desenvolvimento e otimização da capacidade de comunicação. O enfermeiro deverá conhecer o processo da comunicação, pois diariamente no desempenho das suas funções contacta e comunica com os seus clientes (indivíduo e sua família) e outros elementos da equipa multidisciplinar.

A sensibilização dos profissionais de saúde e seus superiores para a temática da comunicação em saúde é importante de forma a *“melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, de promover a equidade, de fomentar a satisfação do doente e o ajustamento psicológico à doença, de melhorar a sua adesão ao tratamento e, ainda, de reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stresse”* (Ramos in Lopes [et al.], 2009:77).

É propósito deste trabalho impulsionar nos enfermeiros a reflexão sobre a importância da comunicação terapêutica na relação enfermeiro-doente e sobre as várias estratégias de comunicação.

Neste estudo abordamos as afasias como alterações da comunicação na qual se coloca em questão todo o processo relacional uma vez que o doente tem dificuldades em expressar e em compreender a mensagem e o enfermeiro enfrenta dificuldades acrescidas para comunicar com estes doentes.

Um doente com afasia sofre a angústia para comunicar e tem dificuldades em ser compreendido. Estes doentes carecem de um tempo acrescido nos seus cuidados para conseguirem colmatar as suas limitações na comunicação, como pudemos constatar neste estudo. Inaba, Silva & Telles afirmam que (2005:424) *“A dificuldade de comunicação faz com que a necessidade de cuidados seja aumentada. O paciente ao*

enfrentar a situação de não poder se comunicar com alguém, necessita de auxílio e atenção redobrados da equipe no seu cuidado.”

Dos dados obtidos neste estudo podemos averiguar que a maioria dos enfermeiros referiu sentir dificuldade em comunicar com doentes com afasia. Apesar da percentagem de enfermeiros que tem dificuldade em comunicar com doentes com afasia de Broca ser ligeiramente inferior à percentagem de enfermeiros que sentem dificuldade em comunicar com doentes com afasia de Wernicke e na afasia global, as dificuldades sentidas são semelhantes.

Ao perguntar aos enfermeiros quais as dificuldades sentidas em comunicar com doentes com afasia de Broca, Wernicke e global foi possível dar resposta ao principal objetivo deste trabalho: *identificar as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doente afásico.*

As dificuldades mais referidas pelos enfermeiros foram:

- compreender o doente;
- conseguir validar a mensagem;
- lidar com a ansiedade do enfermeiro e a ansiedade do doente;
- ter falta de tempo, de material e de espaço/privacidade;
- implementar intervenções na família;
- identificar as estratégias adequadas;
- identificar a afasia.

Estas dificuldades descritas poderão ser minimizadas se o enfermeiro tiver tempo para estar com o doente, intervir adequadamente na afasia em questão, intervir na família e conhecer estratégias para comunicar com doentes com afasia.

Os objetivos mais específicos do nosso trabalho são também importantes pois visam *identificar as atividades de diagnóstico utilizadas por enfermeiros para avaliação da afasia e identificar as intervenções realizadas por enfermeiros para comunicar com doentes afásicos.* Nesse sentido os dados apresentados apontam que 77,8% dos enfermeiros identifica o diagnóstico de afasia através da observação do doente, olhando e falando com o doente, 70,5% utiliza perguntas específicas, para verificar em que aspeto da comunicação o doente se encontra alterado e apenas 1,1% refere utilizar sempre escala/instrumento de medida para identificar o diagnóstico.

De entre as intervenções enunciadas e utilizadas, a comunicação não-verbal tem especial destaque, pois através de gestos, do toque, da postura e até mesmo dos adereços usados, o doente afásico consegue compreender as mensagens, exprimir-se e fazer-se compreender.

Este estudo reforça também a necessidade de consciencializar os enfermeiros sobre a importância da comunicação não-verbal como instrumento a ser utilizado, possibilitando compreender as mensagens enviadas pelos doentes e assim estabelecer um melhor relacionamento e uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Salienta-se ainda a importância de realizar de forma mais efetiva algumas intervenções na comunicação com o doente afásico, designadamente a utilização de quadros com imagens e com o alfabeto, a utilização de apote escrito, a utilização de imagens para o doente nomear. Nos doentes com alterações de comunicação severas estas intervenções são essenciais para conseguir comunicar com o doente e, por outro, lado utilizar imagens para o doente nomear é também uma intervenção importante para o tratamento da afasia.

Neste trabalho considerou-se pertinente abordar os níveis de perícia/competências considerados por Benner (2005) de forma a sabermos o nível de perceção de competência referido pelos enfermeiros relativamente à comunicação. Esta autora defende que os enfermeiros com mais experiência são os que estão mais próximos do estado de proficiente ou de perito. Podemos verificar que a maioria dos enfermeiros considera-se entre competente e proficiente mas correlacionando a variável frequência com perícia não podemos afirmar que os enfermeiros que executam a intervenção mais vezes são os mais competentes.

A maioria da amostra acha pertinente haver mais formação sobre comunicação no curso de Licenciatura de Enfermagem até porque 16,8% considerou que a formação no curso foi escassa e 39,3% considerou insuficiente.

Partindo das sugestões apontadas pelos enfermeiros deste estudo, consideramos que a melhoria dos cuidados de enfermagem está relacionada com:

- a necessidade de mais/melhor formação na área de comunicação;
- a importância da investigação na área da comunicação;
- um maior envolvimento com a família do doente;
- a implementação de intervenções de enfermagem mais eficazes (na área da comunicação terapêutica);
- a disponibilidade de mais material de apoio e até meios tecnológicos;
- melhores condições do serviço;
- uma maior colaboração com terapeutas da fala.

Conjeturamos que com a realização deste trabalho e com os resultados obtidos possa haver mais formação e maior especialização na área da comunicação na prática clínica. A consciencialização das suas dificuldades desafia o enfermeiro a procurar conhecimento de novas técnicas para comunicar com doentes afásicos. Constatamos

também que este estudo é pertinente para a prática clínica na medida em que impulsiona a implementação de intervenções e estratégias adequadas para melhorar o processo de comunicação com doente afásico.

As últimas considerações fazem referência às limitações encontradas neste estudo. Ao longo da pesquisa bibliográfica foram encontrados vários documentos que abordam a temática da comunicação mas foram poucos os artigos encontrados fazendo alusão às dificuldades dos enfermeiros em comunicar com doentes com alterações da comunicação, nomeadamente afasia. Uma vez que a área da afasia é de grande importância para os terapeutas da fala, muitos dos artigos encontrados abordam a perspectiva destes profissionais.

Quando optamos por aplicar um questionário estamos conscientes das suas desvantagens sabendo que se podem tornar contingências ao estudo. No nosso estudo verificou-se que houve um grande número de enfermeiros que não respondeu ao questionário e por outro lado a imposição feita por um chefe dum serviço que apenas aceitou determinado número de questionários para serem distribuídos naquele serviço.

O método de amostragem utilizado poderá considerar-se outra limitação uma vez que a amostragem não probabilística não dá a mesma possibilidade de fazer parte da amostra a todos os elementos da população, existindo o risco de não ser representativa da população e ser menos fiável na generalização de resultados.

Assim, estamos convictos que é necessário algum cuidado quando se pretende extrapolar as conclusões encontradas neste estudo. As dificuldades encontradas neste estudo, nesta determinada amostra, bem como as intervenções realizadas por estes enfermeiros têm significado naquele contexto em questão com aquelas dinâmicas de trabalho.

Consideramos que no futuro haverá inovações nos meios de comunicação mas não podemos desvalorizar as competências humanas relacionais e o “estar com a pessoa” se quisermos proporcionar cuidados de enfermagem de excelência.

“Tudo é comunicação. A linguagem é comunicação. A personalidade é comunicação. O gesto é comunicação. Estamos mergulhados num mar de comunicação, e não se vive um instante fora dele.” (Monteiro [et al.], 2006:51)

BIBLIOGRAFIA

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Adams, R. Victor, M. & Ropper, A. (1998). *Neurologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MacGrawHill Companies, Inc.

Adler, R. & Towne, N. (2002). *Comunicação Interpessoal*. 9ª ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.

Alves, A. M. C. A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Araújo, M. M. T. (2011). *A comunicação em cuidados paliativos: Proposta educacional para profissionais de saúde*. Dissertação de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-31052011-123633/pt-br.php>.

Araújo, M. M. T. e Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade São Paulo*, 46(3), p.626-632. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>.

Ardila, A. (2008). Neuropsicología del lenguaje. In J. Ustárroz, M. Lago, & F. Unturbe, *Manual de neuropsicología* p.99-120. Barcelona: Viguera Editores, S.F.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Bear, M., Connors, B. & Paradiso, M. (2008). *Neurociências: Desvendando o sistema nervoso*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.

Braga, E. (2004). *Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem*. Dissertação de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-155511/pt-br.php>.

Brêtas, A. C. e Gamba, M. (org.) (2006). *Enfermagem e saúde do adulto*. Barueri, S. Paulo: Manole.

Briga, S. (2010). *A Comunicação terapêutica enfermeiro/doente: Perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Cambier, J., Masson, M. & Dehen, H. (2005). *Neurologia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A.

Cardoso, F. M. C. C. (2011). *O registo clínico eletrónico na avaliação da afasia por AVC*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Acedido em 13 de Outubro, 2013 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7194/1/5622.pdf>.

Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Carpenito-Moyet, L. J. (2011). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Cid, A. (1888). *Aphasia e suas formas*. Dissertação Inaugural. Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Porto, Portugal. Acedido em 5 de agosto, 2009 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16413>.

Coelho, M. T. V. e Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), p.31-38. Acedido em 24 de setembro, 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>.

Colaço, D. (2008). Afasia um problema de comunicação. *Arquivos de fisioterapia*, 1(4), p.39-45. Acedido em 5 de agosto, 2009 em <http://pt.calameo.com/read/000784499545938baa91d>.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2*. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República n.º 205 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, p.2959-2962.

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2009). *Diagnósticos de enfermagem: Intervenções, prioridades, fundamentos*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Elkin, M., Perry, A. & Potter, P. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos Clínicos*. 2ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Finke, E., Light, J. & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*. 17, p.2102-2115. Acedido em 24 de outubro, 2010 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9562d48b-7d5b-49b8-85b4-0e84cb318ea2%40sessionmgr4001&hid=4204>.

Ferreira, M. A. (2006). A comunicação no cuidado: Uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 59(3), p.327-330. Acedido em 16 de junho, 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a14v59n3.pdf>.

Ferro, J. e Pimentel, J. (2013). *Neurologia fundamental - Princípios, diagnósticos e tratamento*. 2ª ed. Lisboa: LIDEL: Edições técnicas, Lda.

Festas, I., Leitão, J. A., Formosinho, M. D., Albuquerque, C., Vilar, M., Martins, C., Branco, A., André, L., Lains, J., Rodrigues, N. e Teixeira, N. (2006). PAL-PORT – Uma bateria de avaliação psicolinguística das afasias e de outras perturbações da linguagem para a população portuguesa. In Machado, C., Almeida, L., Guisande, A., Gonçalves, M. & Ramalho, V. (eds.) *XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* p.719-729. Braga: Psiquilíbrios. Acedido em 24 outubro, 2010 em http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/ifestas/PAL_PORT.pdf

Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de investigação da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Garcia, C. e Coelho, M. H. (2009). *Neurologia clínica – Princípios Fundamentais*. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.

Gauthier, J. H. M., Cabral, I. E., Santos, I. & Tavares, C. M. M. (1998). *Pesquisa em enfermagem: Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Gouveia, M. C. (2002). *A interacção enfermeiro-cliente num serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

Hicks, C. M. (2006). *Métodos de investigação para terapeutas clínicos: Concepção de projectos de aplicação e análise*. 3ª ed. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

Hreib, K. K. (2006). Avaliação cognitiva da linguagem. In H. R. Jones Jr., *Neurologia de Netter* p.68-80. Porto Alegre: Artmed.

Inaba, L., Silva, M. & Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: Visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade São Paulo*, 39(4), p.423-429. Acedido em 24 de outubro, 2010 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008.

Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability and Rehabilitation*. 33, p.51–62. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=9562d48b-7d5b-49b8-85b4-0e84cb318ea2%40sessionmgr4001&hid=4204>.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2009) *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Kukowski, B. (dir.) (2001). *Diagnóstico diferencial de sintomas neurológicos: Tablas y resúmenes sinópticos para un diagnóstico rápido y seguro*. Barcelona: Masson.

Lányi, C. S., Geiszt, Z. & Magyar, V. (2006) Using it to inform and rehabilitate aphasic patients. *Informing Science Journal*, 9, p.163-179 Acedido em 16 agosto, 2009 em <http://inform.nu/Articles/Vol9/v9163-179SikLanyi67.pdf>.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Leal, A. P. (2009). *Avaliação da afasia pelos terapeutas da fala em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Leal, G. e Martins, I. (2005). Avaliação da afasia pelo médico família. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 21, p.359-364. Acedido em 16 de agosto, 2009 em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10154>.

Liga de Neurocirurgia (2005). Anatomia por imagens. *Sistemanervoso.com*. Acedido a 16 de agosto, 2009 em http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=7&materia_id=138&materiaver=1.

Lima, J. T. S., Oliveira, D. S. T., Costa, T. F., Freitas, F. F. Q., Alves, S. R. P. e Costa, K. N. F. M. (2012). Therapeutic and nontherapeutic communication between Nurses and hospitalized elderly citizens. *Journal of Nursing UFPE OnLine*, 6(7) p.1566-1575. Acedido em 13 de novembro, 2013 em http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2727/pdf_1327.

Littlejohn, S. W. (1988). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogban.

Lopes, J. C., Santos, M. C., Matos, M. S. e Ribeiro, O. P. (2009). *MULTICULTURALIDADE - Perspectivas da enfermagem: Contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Lopes, M. J. (2006). *A Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau - Formação em Saúde Lda.

Lourenço, C. e Mendes, R. (2008). Afasia. *Nursing*, 21(232), p.6-10.

Machado, T. H. (2004). *Eficácia de um programa de orientação para cuidadores de afásicos em população brasileira*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Acedido em 24 de outubro, 2010 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-11082005-140614/pt-br.php>.

Machado, A. C. e Brêtas, A. C. (2006). Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 59(2), p.129-133. Acedido em 16 de junho, 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a02.pdf>.

Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda.

Mesquita, R. (1997). Comunicação não-verbal: Relevância na atuação profissional. *Revista Paulista*. Educação Física. São Paulo, 11(2), p.155-63. Acedido em 16 de junho, 2009 em <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v11%20n2%20artigo7.pdf>

Mineiro, A., Caldas, A. C., Rodrigues, I. e Leal, G. (2008). Revisitando as afasias na Palpa-P. *Cadernos de Saúde*, Lisboa, 1(2), p.135-145. Acedido em 24 de outubro, 2010 em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7342/1/CS_Vol1N2%282%29.pdf.

Monteiro, A. C., Caetano, J., Marques, H. e Lourenço, J. (2006). *Fundamentos de comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Morais, G. S. N., Costa, S. F. G., Fontes, W. D. e Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), p.323-327. Acedido em 24 de outubro, 2010 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>.

Mourão, C. M. L., Albuquerque, A. M. S., Silva, A. P. S., Oliveira, M. S. e Fernandes, A. F. C (2009). Comunicação em enfermagem: Uma revisão bibliográfica. *Revista Rene*, Fortaleza, 10(3), p.139-145. Acedido em 7 de maio, 2011 em http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a17v10n3.pdf.

Negreiros, P. L., Fernandes, M. O., Macedo-Costa, K. N. F. e Silva, G. R. F. (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(1), p.120-132. Acedido em 4 de setembro, 2014 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>.

Oliveira, P. S., Nóbrega, M. M. L., Silva, A. T. e Filha, M. O. F. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), p.54 – 63. Acedido em 16 de junho, 2009 em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/861/1034>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oriá, M. O. B., Moraes, L. M. P. e Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), p.292-297. Acedido em 16 junho, 2009 em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf.

Ortiz, K. Z. (org.) (2005). *Distúrbios neurológicos adquiridos: Linguagem e cognição*. Barueri, São Paulo: Manole.

Padilha, J. M. (1999). Afasia. *Nursing*, 12(136), p.40-48.

Parente, A., Dias, S., Reis, S., Pinto, F. e Figueiredo, C. (2007). A comunicação do doente afásico. *Sinais Vitais*, 70, p.55-58.

Paula, A. A., Furegato, A. R. & Scatena, M. C. (2000). Interação enfermeiro-familiar de paciente com a comunicação prejudicada. *Revista latino-americana enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(4), p.45-51. Acedido em 7 de maio, 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12383.pdf>.

Pereira, A. e Lamônica, D. (1999). Olhando para a família do lesionado cerebral: Discutindo sua realidade. *Mimesis*, Bauru, 20(1), p.105-118. Acedido em 24 de

outubro,

2010

em

http://www.usc.br/biblioteca/mimesis/mimesis_v20_n1_1999_art_08.pdf.

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão de luto*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Peres, A. & Ciampone, M. H. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro, *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 15(3), p.492-9. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>.

Pestana, K. M., Maia, L. A., Leite, R. S. e Silva C. F. (2008). Tradução e adaptação para a língua portuguesa da bateria de avaliação de afasia e perturbações relacionadas. *Psicologia*. Acedido em 12 de agosto, 2009 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0460.pdf>.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pontes, A.C., Leitão, I. M. e Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), p.312-318. Acedido em 16 de junho, 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>.

Poslawsky, I. E., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, p.17–32. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=9562d48b-7d5b-49b8-85b4-0e84cb318ea2%40sessionmgr4001&hid=4204>.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações S.A.

Radanovic, M., Mansur L. & Scaff M. (2004). Normative data for the Brazilian population in the Boston Diagnostic Aphasia Examination: Influence of schooling. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(11) p.1731-1738. Acedido em 16 de agosto, 2009 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2004001100019.

Ramos, A. P. & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14 (1), p.164-170. Acedido em 13 de novembro, 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462011005000067&script=sci_arttext.

Reis, T., Bandeira, S., Viseu, M. e Graveto, J. (2008). Vivências comunicacionais de enfermeiros face ao doente com afasia. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17, p.64-71.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. 4ª ed. Loures: Lusociência.

Sá, M. J. (coord.) (2009). *Neurologia clínica: Compreender as doenças neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Santos, C. & Shiratori, K. (2005). A influencia da comunicação não-verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(4), p.434-437. Acedido em 16 de junho, 2009 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400010&script=sci_arttext.

Silva, A. (2010). *Relação enfermeiro doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Silva, C. D. (2009). *Um estudo das funções executivas em indivíduos afásicos*. Monografia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Acedido em 7 de maio, 2011 em http://ftp.medicina.ufmg.br/fono/monografias/2009/carladomingues_umestudo_2009-1.pdf.

Silva, M. J.(1996). Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. *Revista Latino-americana enfermagem*, 4, p.25-37. Acedido em 16 de agosto, 2009 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000700004&script=sci_arttext.

Silva, N. M. (2010). *Ruídos e interferências na comunicação médico-doente: Uma revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53416/2/Rudos%20e%20Interferencias%20na%20Comunicacao%20MdicoDoente%20Uma%20Revisao%20Bibliogrifica%20Nuno%20Silva.pdf>

Silva, W. V. & Nakata, S. (2005). Comunicação: Uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 58(6), p.673-676. Acedido em 16 de junho, 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf>.

Sousa, P. M. (2005). Afasia – Como Intervir?. *Psicologia*. Acedido em 12 de maio, 2009 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0260.pdf>.

Souza, R. (2010). *Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem na afasia após acidente vascular encefálico*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Guarulhos, Guarulhos, Brasil. Acedido em 20 março, 2014 em <http://tede.unq.br/bitstream/123456789/202/1/Dissertacao+Regina+Claudia.pdf>.

Statistical Package for Social Sciences inc., versão 21, Chicago, IL, USA, 2012.

Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. S. Paulo: Manole.

Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9, p.481-488 Acedido em 24 de outubro, 2010 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9562d48b-7d5b-49b8-85b4-0e84cb318ea2%40sessionmgr4001&hid=4204>.

Vieira, A. C., Roazzi, A, Queiroga, B. M., Asfora, R. & Valença, M. M. (2010). Afasias e áreas cerebrais: Argumentos pró e contras à perspectiva localizacionista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), p.588-596. Acedido em 13 de novembro, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n3/a20v24n3.pdf>.

Watzawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1993). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. 9ª ed. S. Paulo: Editora Cultrix.

Wong-Riley, M. (2003). *Segredos em neurociências*. Porto Alegre: Artmed.

Zinn, G. R., Silva, M. J. & Telles, S. C. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: Vivência de quem cuida. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 11(3), p.326-332. Acedido em 24 de outubro, 2010 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16542.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

*“Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação com
Doentes Afásicos”*

Orientador: Professor Doutor Carlos Sequeira

Mestranda: Joana Patrícia Lourenço Salgueiro

Junho de 2012

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
XVI MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

**“Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação com
Doentes Afásicos”**

Salgueiro, 2012

No âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, pretende-se realizar um estudo sobre **as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos**. Este estudo visa o acesso à informação sobre as necessidades em cuidados de enfermagem na área da comunicação e relação, bem como sobre as modalidades de intervenção, uma vez que a comunicação é um instrumento essencial para estabelecer uma relação com o cliente e assim melhorar a prestação de cuidados.

Este questionário é anónimo e confidencial. Não existem respostas certas ou erradas, o que nos interessa é a sua resposta que considera mais adequada.

Os dados apenas serão utilizados no âmbito desta investigação.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e participação.

Porto, Junho de 2012

Joana Salgueiro

Poderá ter acesso aos dados através do e-mail: enf.joanasalgueiro@hotmail.com

PARTE I

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____(Anos)

3. Habilitações Académicas:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Outro Especifique:_____

4. Estado Civil:

Solteiro

Casado

Divorciado

Outro

5. Formação Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista 5.2. Qual?_____

Enfermeiro com Pós-Graduação 5.3. Qual?_____

6. Experiência Profissional: _____(Anos)

7. Experiência no Serviço atual: _____(Anos)

8. Local de Trabalho:

Neurologia

Neurocirurgia

Unidade de AVC

Medicina

UCIM

9. Formação específica na área da Comunicação:

Jornadas, Congressos (mínimo 8h)

Cursos de curta duração (9h a 30h)

Pós-Graduação

Mestrado

Outro

Qual?_____

PARTE II

10. Na sua opinião, a comunicação é importante na prestação de cuidados?

Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema

11 Na sua opinião, durante o curso, a formação sobre comunicação foi:

Nenhuma	Escassa	Suficiente	Boa	Muito Boa

11.1. Na sua opinião, é importante a atualização de conhecimentos nesta área?

Sim Não

11.1.1. Se sim, especifique:

12. No serviço onde exerce funções quais são as principais alterações da comunicação verbal que os doentes apresentam:

12.1. Afasia

12.2. Disartria

12.3. Disfonia

12.4. Outra

Qual? _____

13. Na relação com um doente, que aspeto(s) privilegia na comunicação recetiva¹?

13.1. Discurso verbal Sim Não

13.2. Postura corporal Sim Não

13.3. Tom de voz Sim Não

13.4. Utilização de Gestos Sim Não

13.5. Outro

Qual? _____

¹ Entende-se por comunicação recetiva a ação e capacidade de receber, interpretar e reconhecer mensagens e impressões verbais e não verbais por meio de linguagem escrita, falada e linguagem dos símbolos e sinais (CIPE, 1999)

14. Quando comunica com o doente, que aspeto(s) privilegia na comunicação expressiva²?

- 14.1. Discurso verbal Sim Não
- 14.2. Postura corporal Sim Não
- 14.3. Tom de voz Sim Não
- 14.4. Utilização de Gestos Sim Não
- 14.5. Outro

Qual? _____

15. Refira qual/quais o(s) fator(es) que condicionam a comunicação com o doente?

- 15.1. Estado de consciência do doente Sim Não
- 15.2. Relação Enfermeiro-Doente Sim Não
- 15.3. Falta de tempo Sim Não
- 15.4. Espaço Físico Sim Não
- 15.5. Presença de outras pessoas Sim Não
- 15.6. Outro

Qual? _____

16. Qual a perceção da dificuldade na comunicação?

Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema
<input type="checkbox"/>				

17. Quais as principais dificuldades que sente quando comunica com doentes com alterações da comunicação?

- 17.1. Compreender a comunicação oral do doente, quando este não fala claramente
- 17.2. Compreender doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios (comunicação não verbal)
- 17.3. Expressar-se através da comunicação não verbal
- 17.4. Dúvida acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida
- 17.5. Escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente
- 17.6. Outra

Qual? _____

² Entende-se por comunicação expressiva a ação e capacidade de se exprimir, interpretar e dirigir mensagens verbais e não verbais; uso da linguagem escrita, da linguagem falada, da linguagem dos símbolos e dos sinais (CIPE, 1999)

18. Sente dificuldades na comunicação com doentes afásicos?

18.1. Afasia de Broca (ou motora) Sim Não

Quais? _____

18.2. Afasia de Wernicke (ou sensitiva) Sim Não

Quais? _____

18.3. Afasia Global Sim Não

Quais? _____

19. As dificuldades sentidas estão relacionadas com:

19.1. Escassa formação na área

19.2. Organização do serviço

19.3. Estrutura da unidade

19.4. Escassez de tempo

19.5. Sobrecarga de tarefas e responsabilidades do enfermeiro

19.6. Método de trabalho

19.7. Organização de trabalho por turnos

19.8. Outro

Qual? _____

20. Como identifica o diagnóstico de afasia?

20.1. Observação do doente Nunca Às Vezes Sempre

20.2. Perguntas Especificas Nunca Às Vezes Sempre

20.3. Escalas/Instrumentos de medida Nunca Às Vezes Sempre

20.3.1 Se referiu escalas/ instrumentos de medida qual utiliza?

20.4. Outro

Qual? _____

21. Refira quais as principais intervenções que realiza nos diferentes tipos de afasia e a sua perceção sobre a frequência:

Intervenções/ Atividades	Frequência				
	Nunca	Raramen te	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
21.1. Gerir ambiente:					
21.1.1.- Promover o espaço físico adequado (sem ruídos; ambiente tranquilo)					
21.1.2.- Garantir privacidade					
21.2. Otimizar a comunicação:					
21.2.1.- Apresentar-se ao doente					
21.2.2.- Potenciar a capacidade do doente para comunicar					
21.2.3.- Referir disponibilidade para comunicar					
21.2.4.- Falar de frente para o doente					
21.2.5.- Dar uma orientação simples de cada vez					
21.2.6.- Dar tempo ao doente para completar mensagem; não interromper					
21.2.7.- Ouvir atentamente					
21.2.8.- Utilizar palavras simples e frases curtas					
21.2.9.- Utilizar Palavras-chave					
21.2.10.- Mostrar imagens para o doente nomear					
21.2.11.- Utilizar comunicação não verbal					
21.2.12.- Encorajar o doente a repetir palavras					

21.2.13.- Reconhecer os progressos, elogiando					
21.3. Instruir sobre estratégias de comunicação:					
21.3.1.- Ensinar a manipular objetos usuais					
21.3.2.- Ensinar a verbalizar as palavras					
21.3.3.- Ensinar a utilizar comunicação não verbal (piscar os olhos; sinais com as mãos)					
21.3.4.- Utilizar quadros de desenhos					
21.3.5.- Proporcionar ao doente aporte escrito (folha, quadro, lápis/ caneta)					

(Tabela adaptada das intervenções propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, 2004 e no Manual de Diagnósticos de Enfermagem de Lynda Juall Carpenito-Moyet, 2011)

22. Qual a sua percepção sobre o nível de “perícia” na implementação das intervenções:

Intervenções/ Atividades	Nível de “Perícia”					
	Iniciado ³	Iniciado Avançado ⁴	Compe- tente ⁵	Proficien te ⁶	Perito ⁷	Não Se Aplica
22.1.Gerir ambiente:						
22.1.1.- Promover o espaço físico adequado (sem ruídos; ambiente tranquilo)						
22.1.2.- Garantir privacidade						
22.2.Otimizar a comunicação:						
22.2.1.- Apresentar-se ao doente						
22.2.2.- Potenciar a capacidade do doente para comunicar						
22.2.3.- Referir disponibilidade para comunicar						

³**Iniciado** - O enfermeiro não tem experiência passada sobre a situação na qual está envolvido; base de atuação assenta em teoria e normas isoladas do contexto.

⁴**Iniciado Avançado** - O enfermeiro é capaz de prestar cuidados de forma aceitável, resultado de contactos com situações reais anteriores; identifica os componentes recorrentes mais importantes para a situação, o que lhe permite formular princípios.

⁵**Competente** – O enfermeiro é capaz de fazer frente a muitos imprevistos; apercebe-se dos seus atos e deliberadamente planeia os seus cuidados estabelecendo prioridades.

⁶**Proficiente** – O enfermeiro demonstra capacidade de identificar uma relevância mutável numa situação, incluindo o reconhecimento e implementação de respostas adequadas à medida que a situação se desenvolve.

⁷**Perito** – O enfermeiro perito segue quatro princípios: domínio clínico e prática baseada na investigação; o “saber como” incorporado; vê a situação no seu todo; vê o inesperado.

(Adaptado do livro “De Iniciado a Perito” de Patrícia Benner)

22.2.4.- Falar de frente para o doente						
22.2.5.- Dar uma orientação simples de cada vez						
22.2.6.- Dar tempo ao doente para completar mensagem; não interromper						
22.2.7.- Ouvir atentamente						
22.2.8.- Utilizar palavras simples e frases curtas						
22.2.9.- Utilizar Palavras-chave						
22.2.10.- Mostrar imagens para o doente nomear						
22.2.11.- Utilizar comunicação não verbal						
22.2.12.- Encorajar o doente a repetir palavras						
22.2.13.- Reconhecer os progressos, elogiando						
22.3.Instruir sobre estratégias de comunicação:						
22.3.1.- Ensinar a manipular objetos usuais						

22.3.2.- Ensinar a verbalizar as palavras						
22.3.3.- Ensinar a utilizar comunicação não verbal (piscar os olhos; sinais com as mãos)						
22.3.4.- Utilizar quadros de desenhos						
22.3.5.- Proporcionar ao doente aporte escrito (folha, quadro, lápis/ caneta)						

(Tabela adaptada das intervenções propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC, 2004 e no Manual de Diagnósticos de Enfermagem de Lynda Juall Carpenito-Moyet, 2011)

23. Que tipo de intervenções realiza com a família?

23.1. Informar sobre diagnóstico

23.2. Instruir estratégias de comunicação

23.3. Orientar para a utilização de material de leitura e escrita

23.4. Outra

Qual? _____

24. Na sua opinião, quais as estratégias que poderiam ser adotadas para facilitar a comunicação?

24.1. Mais formação no curso de Licenciatura de Enfermagem

24.2. Organização do trabalho por Enfermeiro de referência

24.3. Otimizar a estrutura do serviço (criar uma sala de comunicação)

24.4. Outra

Qual? _____

25. Quais as suas sugestões para melhorar a comunicação com pessoas com afasia?

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DA
COMISSÃO ÉTICA HOSPITAL**



AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 22 MAR. 2010

Prof. *[Signature]*

[Signature]

Presidente do Conselho de Administração

Dr. João Oliveira Dra. Ana Lúcia Carrazo Dr. António Oliveira e Silva Enfermeira Bunita Fortes

[Signature] *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

(Administrador Executivo) (Administradora Precária) (Director Clínico) (Enfermeira Director)

A Direcção Clínica

5,3,10

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

5,3,10

[Signature]
António Oliveira e Silva
Director Clínico

Exmo. Sr.
Dr. António Oliveira e Silva
Director Clínico

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos”

Investigadora Principal: Enf.^a Joana Patrícia Lourenço Salgueiro

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 5 de Março de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

[Signature]

Dr. Pedro Brito

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Joana Patrícia Lourenço Salgueiro, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 9 / Dezembro / 2009

2010.01.29

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Joana Salgueiro
O Investigador Principal

Filipe Almeida
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

*Rectificado que foi o protocolo
presente para este estudo,*

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Filipe Almeida
2010.03.04

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

**ANEXO III – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES**

Consentimento informado

Titulo: *Dificuldade dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos.*

Investigadores: Joana Patrícia Lourenço Salgueiro com Orientação do Prof. Dr. Carlos Sequeira.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é identificar quais as dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos. Considerando a comunicação como um instrumento básico do cuidar em enfermagem torna-se um desafio trabalhar com clientes com alterações da comunicação. Para que o enfermeiro consiga delinear adequadamente as suas atividades de diagnóstico e posteriormente as suas intervenções é necessário ter presente as características específicas deste doentes e consciencializar-se das suas dificuldades e problemas em comunicar com eles.

Método: Neste sentido, o instrumento de dados a utilizar é o questionário que foi construído pelo investigador e será aplicado aos enfermeiros.

Riscos potenciais: Não haverá qualquer dano potencial para os enfermeiros que participarem no estudo.

Potenciais Vantagens: Este estudo visa o desenvolvimento da profissão de enfermagem na área da comunicação e relação uma vez que os resultados terão contributos para o enfermeiro comunicar com doentes com alteração da comunicação.

Reconheço que os procedimentos da investigação foram explicitados e tomei conhecimento da forma como vou participar no estudo. Compreendo igualmente as vantagens do estudo em questão. Tenho direito de colocar qualquer questão sobre o estudo durante a investigação e posso desistir de participar no estudo a qualquer momento sem nenhuma penalização.

Os meus direitos de anonimato e confidencialidade serão mantidos, referindo que não será publicada a minha identidade pessoal.

Pelo presente documento eu, _____
consinto a minha participação neste estudo.