

FACILIDADES E DIFICULDADES DE ENFERMEIRAS NA PRÁTICA DA COMPETÊNCIA INTERPESSOAL

Facilities and difficulties of nurses in the practice of interpersonal competence

Daniela Arruda Soares¹, Dora Sadigursky²

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo conhecer as percepções de enfermeiros acerca das facilidades e dificuldades encontradas na prática da competência interpessoal. Pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, realizada mediante entrevista semiestruturada, com 11 enfermeiros que exerciam suas atividades no Programa de Saúde da Família, no interior da Bahia. A análise do conteúdo das falas foi categorial temática. Emergiram duas categorias temáticas denominadas de facilidades e dificuldades encontradas na prática da competência interpessoal. Em relação às facilidades foram apontados a comunicação, confiança, respeito e empatia; como elementos limitadores foram apontadas a falta de comunicação, resistência à mudança, negação da doença, dificuldades de aceitação e condições inadequadas de trabalho. Considera-se que, no exercício de sua profissão, os enfermeiros não devem circunscrever-se à dimensão tecno-instrumental, mas abranger a dimensão ético-política, facilitando ações de saúde mais humanizadas e acolhedoras, geradoras de resolutividade, vínculo, responsabilização e implicação com a competência interpessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Competência Profissional; Relações Interpessoais.

INTRODUÇÃO

A despeito dos grandes avanços científicos e tecnológicos vivenciados pelo mundo hodierno no campo da saúde, os profissionais enfermeiros ainda vivenciam situações paradoxais no exercício do seu trabalho como iniquidades no acesso e na continuidade do cuidado, formação acadêmica destoante das necessidades dos usuários e dos serviços de saúde, fragmentação entre trabalho manual e

ABSTRACT

This work aimed to understand the perceptions of nurses about the facilities and difficulties encountered in the practice of interpersonal competence. It is descriptive and exploratory qualitative research, conducted through semi-structured interviews with 11 nurses who perform their activities in the Family Health Program, in Bahia. The content analysis of the speech was by thematic category. Two thematic categories emerged, denominated facilities and difficulties encountered in the practice of interpersonal competence. With regard to facilities, communication, trust, respect and empathy were identified; as limiting elements, lack of communication, resistance to change, denial, problems with acceptance, and poor working conditions were identified. It is felt that in the exercise of their profession, nurses should not be confined to the technical-instrumental dimension, but cover the ethical-political dimension, facilitating health actions more humanized and receptive, generating resolution, relationship, accountability, and involvement with interpersonal competence.

KEYWORDS: Nursing; Professional Competence, Interpersonal Relations.

intelectual, obsolescência de técnicas e criação de novas técnicas de intervenção na vida, precarização das condições de trabalho, práticas profissionais biologizantes e reducionistas.¹

Se por um lado, o setor saúde sofre os impactos do ajuste macroestrutural influenciado pelo capitalismo contemporâneo; por outro, emerge a revalorização do trabalhador multiquificado, polivalente, crítico, reflexivo, flexível, autônomo, exercendo, cada vez mais, funções abs-

¹ Enfermeira, docente do curso de Enfermagem, pertencente ao Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva. E-mail: dandani23@yahoo.com.br

² Enfermeira, professora adjunta do curso de Enfermagem, e do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA

tratas e empregando não somente as tecnologias duras, mas também as leve-duras e as leves, estas aqui representadas pelas relações interpessoais²⁻⁴ para ampliar as possibilidades terapêuticas na execução do trabalho em saúde.

É neste contexto complexo e ambivalente que o referencial das competências encontra capilaridade para se difundir, pois representa um processo que envolve a articulação gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes, valores éticos,² disponibilidade pessoal e disposição para assumir mudanças,⁵ concorrendo para uma maior sintonia com os avanços sociais, tecnológicos e com as relações humanas vigentes.

Dentre as diversas abordagens adotadas no âmbito das competências, a eleição da competência interpessoal, entendida como a habilidade de lidar eficazmente com as relações interpessoais,⁶ fundamenta-se na compreensão de que a sua prática é fruto de uma construção social, visto que as relações interpessoais são edificadas socialmente e interativamente, assim como o próprio cuidado. Portanto, o exercício dessa competência está totalmente imerso no universo cuidativo, relacional e profissional do enfermeiro, e pode agregar valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.⁵

As dimensões estudadas da competência interpessoal estão grandemente focadas na área de ensino, pesquisa e gerenciamento^{3,7-11} e, em menor proporção, na área assistencial^{4,12-13} evidenciando uma lacuna quanto a sua aplicação nos contextos de cuidados à saúde prestados por enfermeiros.

Entendendo que o setor saúde passa por modificações funcionais e estruturais, que impactam a prática dos profissionais de saúde, faz-se mister compreender o significado da prática da competência interpessoal para enfermeiros, o que pode desvelar, além dos discursos teóricos, o que acontece na micropolítica do cotidiano dos serviços de saúde, no trabalho vivo em ato, espaço para a aplicação e desenvolvimento de competências, neste caso a competência interpessoal. Assim, este estudo objetivou conhecer as percepções de enfermeiros acerca das facilidades e dificuldades encontradas na prática da competência interpessoal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. O seu desenvolvimento se deu em onze Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana, localizadas em um município do Sudoeste baiano, o qual é considerado o principal polo regional de prestação de serviços nas áreas de educação e saúde da região Sudoeste

da Bahia. As unidades foram escolhidas aleatoriamente, privilegiando-se as da zona urbana pela maior facilidade de contato.

Os sujeitos constituíram-se de onze enfermeiros que preencheram os seguintes critérios de inclusão: trabalhar nas unidades de saúde família da zona urbana do município devido a questões logísticas, facilitando o acesso; desenvolver atendimento às pessoas com diabetes; preencher o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi não probabilística, seguindo a técnica de saturação. O fechamento amostral ocorreu quando se percebeu uma saturação teórica emitida nas falas, momento em que os dados começaram a apresentar certa repetição e a inclusão de novos sujeitos foi cessada.¹⁴

Para a coleta dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, com uma questão norteadora, que versava sobre a percepção dos enfermeiros acerca das facilidades e dificuldades encontradas na prática da competência interpessoal. Este instrumento foi pré-testado com indivíduos que atenderam aos mesmos critérios de inclusão, mas que não fizeram parte da amostra.

A coleta dos dados teve a duração de três meses. Assim, as entrevistas ocorreram, geralmente, no início do expediente, nos dois turnos de trabalho, na sala de atendimento do próprio profissional, com duração de cerca de quarenta minutos e, os registros foram gravados e posteriormente transcritos literalmente. Os entrevistados foram identificados com o código ENF, seguido do número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

A análise do conteúdo das falas dos entrevistados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo categorial temática proposta por Bardin.¹⁵ Esse tipo de análise contempla três etapas: pré-análise, em que se fez uma leitura flutuante do material, constituição do corpus, preparação de materiais; a segunda etapa foi a de exploração do material, por meio da codificação dos núcleos de compreensão, seguidos de agrupamentos analógicos, por meio dos quais emergiram as categorias empíricas. Na última etapa, realizaram-se interpretações à luz do referencial teórico subjacente.

Os procedimentos éticos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde foram seguidos, sendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na análise dos dados, identificaram-se duas categorias temáticas, a saber: Categoria elementos facilitadores da prática da competência interpessoal e Categoria

elementos limitadores da prática da competência interpessoal.

Categoria elementos facilitadores da prática da competência interpessoal

Dada a diversidade de profissões, de usuários, de tecnologias, de relações interpessoais, de cenários e processos de trabalho, a atuação do profissional de enfermagem não pode prescindir do conhecimento e da mobilização de competências múltiplas para uma atuação bem sucedida.

O exercício da competência interpessoal pode ser considerado um elemento propulsor das práticas de saúde, pois a mobilização de habilidades, hábitos e atitudes interpessoais pode favorecer a interpretação de signos e significados das enfermidades para os seus portadores, concorrendo para um cuidado mais humano, integral e emancipador.⁴

A competência interpessoal traz, implicitamente, em seu bojo, a comunicação como um instrumento que se deve lançar mão para facilitar a troca de informações e estabelecer interações.¹² Isto porque elas perpassam todo o relacionamento terapêutico e servem para o compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas dentro do campo interacional¹⁶ e devem ser individualizadas, no sentido de atender às necessidades específicas de cada situação e a unicidade das pessoas.

Em consonância com o exposto, a maior parte das falas dos entrevistados demonstrou uma preocupação com o estabelecimento da comunicação como elemento facilitador da prática da competência interpessoal.

Transmitir confiança ao paciente, saber ouvir, ser atencioso e simpático, transmitir interesse em resolver o problema do outro, ser assíduo nas programações agendadas (ENF 2).

Compreensão, paciência, linguagem acessível, empatia, autoridade, conhecimento científico, estimulação dos elementos favoráveis ao relacionamento (ENF 4).

Respeito, cooperação, solidariedade, flexibilidade, união (ENF 5).

Respeito, confiança, saber ouvir, entender as limitações de cada pessoa, conhecer o contexto biopsicossocial que cada um está inserido (ENF 7).

A receptividade do profissional para ouvir, para aconselhar, para conversar e para orientar o paciente de acordo com suas necessidades (ENF 9).

Querer se comunicar, entender a mensagem, dar o feedback (ENF 10).

A comunicação constitui uma necessidade do ser humano, visto que o mesmo é um ser gregário e por meio dela se socializa. A habilidade para se comunicar permite que o homem estabeleça relacionamentos interpessoais;¹⁷ por meio dela o enfermeiro recebe o conhecimento, organiza e desenvolve suas metas de serviço.¹⁸ A comunicação viabiliza, portanto, a concretização dos relacionamentos interpessoais. É por meio dela que as pessoas colocam em comum seus pensamentos, ideias, comportamentos, que se veiculam mensagens de cunho verbal, não verbal, enfim, é através dela que ocorre a interação com o outro.

Essa interação, permeada por atos comunicativos, quando processada por atitudes conscientes, concorre para a potencialização do próprio cuidado, na medida em que valoriza o diálogo e os sujeitos envolvidos, direcionando-os ao autocuidado e à solução de problemas relativos ao processo saúde-doença, bem como aos fatores que o condicionam ou atenuam. O contrário favorecerá uma influência negativa no cuidado de enfermagem e nas relações interpessoais, transformando-se em fontes de limitações e embargos de todas as ordens.

Dentre as modalidades de comunicação, o saber ouvir foi o mais referido nas entrevistas. Essa modalidade faz parte de uma categoria maior de comunicação, que diz respeito à comunicação não verbal. A comunicação não verbal é aquela que se processa por meio da interação com a isenção de palavras. Os gestos, as atitudes, as reações compõem esse tipo de comunicação, que pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização.¹⁹

O saber ouvir, representante da linguagem do silêncio, se constitui em importante elemento diante do cuidado prestado às pessoas, pois, na atualidade, a cultura industrializada, urbana tende, atualmente, a afastar os indivíduos, a despejar os conteúdos das falas, a tratar o outro como objeto. Nesse contexto, o saber ouvir, se calar para que o outro fale e se expresse, exponha seus medos, suas dúvidas, suas expectativas, representa uma oportunidade de resgate da natureza humana e da subjetividade em sua complexidade.

No processo comunicativo, a emissão, recepção e retransmissão de mensagens constituem o *feedback*, ou seja, é a retroalimentação que emissor e receptor emitem, representando que a mensagem foi compreendida, atendida ou até mesmo não compreendida e negada. O *feedback* na comunicação interpessoal, mencionado pelo enfermeiro

10 respalda a compreensão, em profundidade, da história dos indivíduos sob seus cuidados, bem como o entendimento de como percebem e lidam com a doença, de modo que a comunicação, nesses moldes, ultrapassa os limites da superficialidade.

A confiança e o respeito foram dois elementos facilitadores da prática de competência interpessoal bastante mencionados pelos entrevistados deste estudo. Em verdade, a forma como os relacionamentos se processam, o interesse genuíno no conteúdo da fala e dos comportamentos dos indivíduos, a transmissão de confiança no que se diz e faz, e o respeito pelo o que o indivíduo é e por suas reações e atitudes vão se configurar, simultaneamente, como uma forma de relacionamento e um elemento que facilita o desenvolvimento do mesmo e a exteriorização de competência interpessoal. Isto requer comportamento expresso em forma de ações e atitudes sinceras e comprometidas ética, social e cientificamente, maneira essencial de se exercer o cuidado.

A empatia também emergiu em alguns discursos, representando a capacidade de conhecimento e sensibilização com o íntimo do outro, a fim de ajudá-lo sem, contudo, imobilizar-se obstaculizando a consecução de ajuda terapêutica.

Acho que a empatia entre as pessoas envolvidas, o conhecimento técnico, o respeito à bagagem cultural do público alvo e a relação de confiança que se tenta estabelecer (ENF 3).

Demonstrar interesse e sinceridade pelo o que o paciente diz, fazer o melhor pelo paciente (ENF 11).

A empatia para Daniel²⁰ é a capacidade de entendimento da estrutura psicológica de outra pessoa, procurando ver e sentir como se fosse o outro, tentando identificar o significado da comunicação verbal e não verbal, além de seu conteúdo manifesto, compartilhando desejos e sentimentos, mesmo que não se concorde com eles, ou que estes sejam intensos, profundos ou destrutivos. A empatia requer do enfermeiro mobilização de recursos de sua própria personalidade, no sentido de integrar-se ao problema alheio, na tentativa de se encaminhar uma solução viável para o paciente, ainda que não seja uma solução que ele tomaria para si.

Além da empatia, o conhecimento técnico foi mencionado por um enfermeiro como facilitador da execução de competência interpessoal. Naturalmente, que não existem competências que não se apoiem em conhecimentos,¹⁶ seja ele edificado com base na experiência pessoal e/ou no conhecimento cientificamente estabelecido. Por isso, a mobilização de competências incorpora conceitos

de saber e conhecimentos como todo tipo de aquisições cognitivas.²¹

Considerando a competência técnica como a capacidade de dominar tarefas, regras e procedimentos da área específica de trabalho,² depreende-se que o conhecimento técnico sobre determinadas doenças e sobre como manejá-las, de determinados sistemas e programas de saúde, por si só, não é capaz de solucionar todas as ordens de problemas e conflitos provenientes do cuidado em saúde. Ele respalda a cuidar melhor, mas se limita à superficialidade do cuidado técnico. Ademais, atuações profissionais excessivamente técnicas podem negligenciar outros elementos do trabalho em saúde como a alteridade, a humanização, a comunicação e as relações interpessoais. Por isso, há que se considerar que mesmo a dimensão técnica abarca, em seu bojo, os valores sociais, as experiências intersubjetivas, princípios morais e éticos, políticos e a variabilidade dos organismos vivos.¹

Portanto, alguns elementos devem nortear as relações interpessoais, facilitando a execução da competência interpessoal como: expressar-se sem ambiguidades, apresentar sentimentos positivos em relação ao outro (atenção, respeito, confiança, afetividade, interesse), desenvolver e fortalecer a identidade pessoal e permitir que o outro expresse a sua sem punições ou castrações, aceitar a pessoa que está sendo cuidada integralmente, e para isso, conhecer a si mesmo e se aceitar.²²

Categoria elementos limitadores da prática da competência interpessoal

Outro polo de significados atribuídos por enfermeiros acerca da prática da competência interpessoal ancorou-se nas falas que se seguem, evidenciando a presença de elementos limitadores.

Se na categoria anterior a habilidade comunicativa foi apontada como elemento facilitador da prática da competência interpessoal, a falta de comunicação foi considerada como elemento limitante desta categoria, tal como se segue nas falas abaixo.

Intransigência, falta de comunicação (ENF 2).

A falta de empatia entre as pessoas envolvidas (ENF 5).

Sofrer de surdez emocional e se fechar para novas aprendizagens que podem surgir no relacionamento (ENF 9).

Não querer se comunicar, usar termos científicos, não deixar que o outro se expresse (ENF 10).

Estudos prévios apontaram que ações comunicativas negativas de enfermeiros estão correlacionadas com reações negativas dos pacientes.^{12,23,24} Em contrapartida, quando a comunicação é eficaz, pode-se observar resultados como a melhoria no status de saúde.²⁴

A habilidade para se comunicar com outros seres humanos, entendê-los e ser entendido por eles constitui uma capacidade interpessoal essencialmente integrada à competência interpessoal. Contudo, o desgosto e a indiferença podem ser comunicados tão facilmente como o respeito e a preocupação e, a mensagem é recebida de igual forma.²⁵ Outro estudo apontou a dificuldade em dar e receber *feedback*, para mostrar sentimentos e emoções, conflitos e mal entendidos de informação entre enfermeiros como falhas na habilidade de comunicação.¹⁸

A interpretação dos signos e significados da doença e o seu entendimento como um sistema simbólico ancorado nos arranjos particulares dos indivíduos possibilitam um padrão de comunicação coerente com o conteúdo das mensagens enviadas e recebidas em uma relação interpessoal. Assim, atentar para a comunicação é responsabilizar-se mais e melhor com o cuidado à saúde que está sendo prestado, pois pode suscitar a troca de pensamentos e, por conseguinte, modificações de sentimentos e ações.

A resistência às mudanças, a negação da doença e a dificuldade de aceitar seu problema de saúde representaram outros fatores mencionados como empecilhos para o exercício da competência interpessoal.

Resistência quanto ao processo de mudança e imposição de valores quanto o que é ideal na discussão e real na prática (ENF 3).

Negação da doença, a nossa cultura assistencialista e a dificuldade do paciente exercer o autocuidado (ENF 6).

A dificuldade que o paciente tem de entender e aceitar que tem um problema de saúde crônico e que necessita de contínuo cuidado para com sua saúde (ENF 8).

É sabido que muitas abordagens dos enfermeiros são direcionadas a indivíduos saudáveis ou mais acentuadamente com condições crônicas de saúde, no sentido de adquirirem comportamentos positivos e estilos de vida menos deletérios. Nesse sentido, modificar rotinas, hábitos e estilo de vida não parece trivial, haja vista que envolve uma transformação nas condutas e comportamentos predominantes, para a incorporação de novos padrões de vida, alguns como a reeducação alimentar, cessação tabágica e ética, bem destoantes do padrão habitual de determinadas pessoas; daí, advém a resistência às mudanças e a

negação de estados de doença.

Por isso, é preciso compreender que cada indivíduo tem o seu tempo próprio de despertar para a mudança. Pensar assim é transferir para primeiro plano a preocupação máxima de que cuidar do ser humano, sujeito histórico e social, que está vivenciando algum problema de saúde, requer avaliação do contexto biopsicossocial em que está inserido, das repercussões que a doença traz para essas dimensões e, não apenas realizar um cuidado a um corpo doente, descontextualizado do seu ambiente e de sua vida.

As condições inadequadas de trabalho foram itens que também se sobressaíram como fatores limitantes na prática da competência interpessoal.

A falta constante de medicamentos, número de vagas limitadas para as consultas e exames especializados criando uma demanda reprimida e, em menor grau, a não aderência de alguns pacientes ao tratamento e, às orientações fornecidas (ENF 1).

(...) sem condições de trabalho a gente até tenta e consegue durante um certo tempo, mas depois, cai na falta de ânimo e acomodação (ENF 4).

Falta de preparo profissional, falta de incentivo e falta de estímulo (ENF 7).

A esse respeito, observa-se que elementos como a falta de medicamentos, a pouca disponibilização de consultas e exames especiais aludem a problemas nos serviços de saúde relacionados com acessos seletivos, excludentes e focalizados, havendo um descompasso entre o que diz a lei e o que de fato legitima a sociedade.²⁶ Tal situação evidencia ainda que o setor saúde sofre, de igual modo, os impactos do ajuste macroestrutural que, por um lado, busca produtividade, privatizações, terceirizações, redução de custos e, por outro, exigências de melhoria de serviços e processos.²

Não obstante, parece evidente que condições de trabalho interferem na prática da competência interpessoal, haja vista que leva a um desgaste do trabalhador e descrédito do paciente que, muitas vezes, confia e respeita o profissional, mas reconhece as falhas no sistema de saúde. Outras vezes, imputa aos profissionais as falhas do sistema de saúde, desvalorizando a ambos e concorrendo para a complicação de sua situação de saúde, por não aderirem ao plano terapêutico.

Como a produção do cuidado perpassa por uma dimensão objetiva, que abarca o corpo biológico, condições materiais de vida, familiares, comunitárias e dos serviços de saúde e, por uma dimensão subjetiva aglutinadora de experiências, percepções, interações, representações so-

ciais,²⁷ é possível perceber nestas falas como o material (condições objetivas) condiciona e interfere na dimensão imaterial (condições subjetivas) do cuidado em saúde.

No entanto, quando se fala de competência para estabelecer relacionamentos interpessoais tem-se em mente a habilidade para estabelecer interações entre duas ou mais pessoas, permeada de uma carga de emoções, sentimentos, atitudes interpessoais, empatia, comunicação, os quais denotam que fatores intrapessoais e interpessoais exercem tanta influência no cuidado, entendido sob este ponto de vista, quanto os aspectos organizacionais.

O âmago do relacionamento interpessoal denota uma troca bilateral de experiências e saberes, comportamentos e, não apenas o oferecimento de medicamentos e informações em troca de uma vida saudável. Portanto, as relações interpessoais estão mais vinculadas às pessoas em interação e cuidado que em aspectos macroestruturais, relativos ao trabalho do enfermeiro. Pensar somente no segundo é o mesmo que atribuir supremacia ao papel instrumental dos profissionais, configurando a relação interpessoal como despersonalizada, mecanizada e muito longe da almejada relação terapêutica.

Mas, mesmo diante dos cenários de trabalho em saúde precarizados, instáveis, mutantes, novas competências necessitam serem desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde, potencializando ferramentas de trabalho, que possam abarcar a subjetividade e possibilitar aos agentes das práticas o desenvolvimento de atos sanitários capazes de transformar vidas.²⁸ E é justamente por isso que o entendimento da competência interpessoal como uma tecnologia leve não pode prescindir de capacitação, de preparo e de um projeto político implicado com as pessoas, para que não dependa da boa vontade, perfil ou vocação de cada trabalhador.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da competência interpessoal segundo a ótica de enfermeiros perpassou por elementos facilitadores da sua execução, como a comunicação, confiança, respeito e empatia, assim como por elementos limitadores, como a falta de comunicação, resistência à mudança, negação da doença, dificuldades de aceitação e condições inadequadas de trabalho.

Dada a gama de elementos intervenientes no trabalho em saúde, observa-se que, na dialética deste trabalho, emergem dispositivos que o viabilizam e barreiras que dificultam a sua consecução, apontando que as competências que os enfermeiros necessitam mobilizar/desenvolver para o exercício da sua profissão não se devem circunscrever à dimensão tecnoinstrumental, focada em procedimentos e em uma perspectiva biologizante e rei-

ficadora, mas, sobretudo, devem abranger a dimensão ético-política, facilitando ações mais humanizadas e acolhedoras, geradoras de resolutividade, vínculo, responsabilização e implicação com os sujeitos envolvidos.

Trazendo à tona a percepção de enfermeiros quanto à competência interpessoal na prática pode contribuir para reduzir o fosso existente entre os discursos e as mediações necessárias entre os processos de trabalho, o ensino e o aprendizado. Oportuniza também o repensar de práticas baseadas em evidências científicas, capazes de impactar os resultados do cuidado implementado e a saúde dos sujeitos envolvidos mediante o estudo, desenvolvimento e aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes interpessoais.

Além disso, poderão servir de base para a prática e preparo de outros enfermeiros inseridos em múltiplos contextos de trabalho, especialmente no âmbito assistencial, bem como para nortear a realização de pesquisas futuras, que se debruçam sobre a avaliação desta e de outras competências no contexto do trabalho de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Heckert AL. Ética e Técnica: exercícios e fabricações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CPESC:IMS/UERJ:ABRASCO; 2008. p.213-230.
2. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Ministério da Saúde(BR). Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.5-15.
3. Domenico EBL, Ide CAC. As competências do graduando em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(4):394-401.
4. Soares DA, Sadigursky D, Soares I. Competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(4):677-83.
5. Paiva KCM, Melo MCOL. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. *Rev RAC* 2008; 12(2):339-68.
6. Moscovici F. O desenvolvimento da competência interpessoal: treinamento em grupo. 16ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2007.
7. Murani DB, Bezerra AL. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Rev*

Bras Enferm 2004; 57(4):350-56.

8. Murani DB, Costa HK, Cardoso AHA, Almeida CCOF. Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem. Rev Bras Enferm 2003; 56(5):484-87.

9. Fernandes JD, Araújo FA, Fernandes J, Reis LS, Gusmão MCC, Santana N.. Competência interpessoal nas práticas de saúde: o individual e o coletivo organizacional. Texto Contexto Enferm 2003; 12(2):201-15.

10. Ilic D. Assessing competency in evidence based practice: strengths and limitations of current tools in practice. BMC Medical Education 2009; 9(53):53-61.

11. Chaves MM, Menezes Brito MJ, Cozer ML, Alves M. Competências profissionais do enfermeiro: o método *developing a curriculum* como possibilidade na elaboração de um projeto pedagógico. Rev Enfermería Global 2010; 18(1):1-16.

12. Soares DA, Sadigursky D. Caracterização das relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa com diabetes. Saúde Coletiva 2010; 45(7):263-69.

13. Padilha DZ, Witt RR. Competências da enfermeira para a triagem clínica de doadores de sangue. Rev Bras Enferm 2011; 64(2):234-40.

14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008; 24(1):17-27.

15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.

16. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente- visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paul Enferm 2007; 20(4):410-4.

17. Santos CCV, Shiratori K. Comunicação não verbal: importância no cuidado de enfermagem. Rev Enfermería Global 2008; 12(1):1-9.

18. Pereira ER, Silva RMCA, Silva JO, Oliveira DC, Silva MA. Competência interpessoal como proposta para a gestão de conflitos no trabalho em saúde: revisão integrativa. J Nurs UFPE [on line]. 2013; 7:4918-27. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>.

19. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais. São Paulo: Loyola; 2003.

20. Daniel FL. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo: EPU; 1983.

21. Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: Ministério da Saúde (BR). Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.p.17-26.

22. Furegato ARF. Relações interpessoais na Enfermagem. Ribeirão Preto- SP: Scala; 1999.

23. Happ MB, Garrett K, Thomas DV, Tate J, George E, Houze M, et al. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. Am J Crit Care 2011; 20(2):28-40.

24. Gilbert DA, Hayes E. Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners. Nurs Res 2009; 58(4):283-93.

25. Travelbee J. Intervención em enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona. Cali: Carvajal; 1979.

26. Assis MMA, Nascimento MA, Lima WCMB, Oliveira SS; Franco TB, Jorge MSB, et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MS, organizadores. Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010. p.13-38.

27. Gerhardt TE, Riquinho DL, Rotoli. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CPESC:IMS/UERJ:ABRASCO; 2008. p.143-75.

28. Santos AM, Kochergin CN, Jesus SR, Soares DA, Assis MMA, Bispo Júnior JP et al. Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região do Sudoeste da Bahia: um olhar analizador. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MS, organizadores. Produção do cuidado no programa Saúde da Família: Olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010. p.59-82.

Submissão: outubro/2013

Aprovação: março/2014
