

O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

THE COMMUNICATION ROLE IN NURSING PROCESS TECHNOLOGIES

EL ROL DE LA COMUNICACIÓN EN LAS TECNOLOGÍAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza¹

Resumo

Trata-se de um levantamento bibliográfico de tipo descritivo, que discorre sobre a legislação que normatiza a comunicação da profissão de enfermagem e sobre livros que tratam o assunto proposto. Explicam-se as etapas do processo de enfermagem, como se estrutura a sistematização da assistência à saúde, com detalhes das cinco etapas deste processo; faz-se uma breve explanação sobre as tecnologias da saúde, sobre a comunicação e suas variantes e de que maneira ela se usa no cuidado de enfermagem. Realizou-se análise das informações coletadas na leitura, estabelecendo relações entre as variáveis processo de enfermagem, tecnologias de saúde e tipos de comunicação; isso para chegar ao objetivo proposto que foi o levantamento das tecnologias de saúde inseridas no processo de enfermagem e qual o papel da comunicação na efetividade da assistência prestada a partir destas tecnologias de saúde.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Tecnologias de Saúde. Comunicação.

Abstract

This article is a descriptive bibliographic survey that discusses the legislation that regulates the nursing profession's communication and books that deal with the proposed subject. The nursing process stages are explained, how the systematization of health care is structured, with details of the five stages of this process; a brief explanation is made about health technologies, communication, and its variants and how it is used in nursing care. An analysis of the information collected in the reading was carried out, establishing relationships between the variables of the nursing process, health technologies, and types of communication; this to reach the proposed objective, which was the survey of health technologies inserted in the nursing process and what is the role of communication in the effectiveness of the assistance provided from these health technologies.

Keywords: Nursing Process. Health Technologies. Communication.

Resumen

Esta es una revisión bibliográfica de tipo descriptivo, que discurre sobre la legislación que normaliza la comunicación de la profesión de enfermería y sobre libros que tratan el tema propuesto. Se explican las etapas del proceso de enfermería, cómo se estructura la sistematización de la asistencia a la salud, con detalles de las cinco etapas de ese proceso. Se hace una breve exposición sobre las tecnologías de la salud, sobre la comunicación y sus variantes y de qué manera ella se usa en el cuidado de enfermería. Se realizó el análisis de las informaciones recolectadas en la lectura, estableciendo relaciones entre las variables del proceso de enfermería, tecnologías de la salud y tipos de comunicación; ello para llegar al objetivo propuesto que fue identificar las tecnologías de la salud insertas en el proceso de enfermería y el rol de la comunicación en la efectividad de la asistencia prestada a partir de las tecnologías de la salud.

Palabras-clave: Proceso de Enfermería. Tecnologías de Salud. Comunicación.

¹ Enfermeira especialista MBA em Gestão Hospitalar; especialista em auditoria em saúde. Universidade Federal de Sergipe. E-mail: clari80@gmail.com.

1 Introdução

Tem-se nesse material o desenvolvimento do processo de enfermagem, a explicação sobre as tecnologias de saúde e a explanação sobre a comunicação com suas variáveis; pretende-se entender o papel da comunicação nas tecnologias de saúde que compõem a prestação da assistência de enfermagem, de acordo com a legislação que normatiza o exercício da profissão.

A comunicação está — para o bom exercício da assistência prestada pelo profissional da enfermagem — assim como o ar está para a vida (VAUGHANS, 2012).

A Resolução COFEN 358/2009 normatiza o processo de enfermagem, definindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é definido como uma sequência organizada de etapas, identificadas como levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, utilizado pelos enfermeiros para solucionar os problemas de saúde do paciente (TIMBY, 2001).

A SAE é uma metodologia científica a ser implementada na prática assistencial, para conferir maior segurança aos pacientes, melhorar a qualidade assistencial e dar-lhe maior autonomia aos profissionais de enfermagem. Ela constitui uma ferramenta que auxilia na gestão do cuidado, no sentido de organizar os recursos e dispositivos para este processo/ação acontecer de forma planejada. Assim, surge o seguinte questionamento: quais tecnologias de saúde estão inseridas no processo de enfermagem e qual o papel da comunicação na efetividade da assistência prestada a partir destas tecnologias de saúde

2 Metodologia

Neste estudo foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, realizada em livros relevantes da área de abrangência, bem como em artigos contidos no Google Acadêmico sobre o assunto. Revisou-se também a legislação que respalda e guia o exercício da profissão. Fez-se uma análise qualitativa dos dados coletados e a explanação dos resultados encontrados.

3 Análise e discussão dos dados

3.1 Processo de enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto a método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (GARCIA, 2017).

A Lei nº 7.498/86 regulamenta o exercício profissional da enfermagem; o Art. 11 apresenta as atividades privativas do enfermeiro(a) no exercício das atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (COFEN, 1986).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação deve ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem — na atenção primária, secundária e terciária, desenvolvida em instituição pública ou privada (COFEN, 2009).

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

- I – Coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem);
- II – Diagnóstico de enfermagem;
- III – Planejamento de enfermagem;
- IV – Implementação;
- V – Avaliação de enfermagem.

O art. 4º da Resolução COFEN n. 358/2009 detalha que ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados esperados. Cabe-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição das ações e as intervenções de enfermagem a serem realizadas (COFEN, 2009).

Já o art. 6º desta resolução detalha como deve ser a comunicação escrita desse processo de cuidado ao paciente para que seja completo e fidedigno às observações encontradas (COFEN, 2009):

- a. um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença;
- b. os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença;
- c. as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d. os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

O processo de enfermagem é um sistema teórico de resolução de problemas e tomada de decisão; permite uma assistência organizada, individualizada, em que cada paciente é único e requer atenção constante durante o seu tratamento. Trata-se de um processo que representa o desenvolvimento de um estado a outro. Para efetuar a evolução de enfermagem, o enfermeiro necessita reunir dados sobre as condições anteriores e atuais do paciente e de sua família para, mediante análise, emitir um julgamento; tomar nota de mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas (COFEN, 2009).

É considerado o instrumento de trabalho do enfermeiro, com o objetivo de identificação das necessidades do paciente. Apresenta uma proposta para seu atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas.

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada, com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente.

A seguir, detalhes das etapas do processo de enfermagem:

I. Levantamento e organização de dados consiste na etapa inicial onde se coletam as informações particulares do paciente, com objetivo de identificar os problemas reais ou potenciais à saúde (TIMBY, 2001).

Os dados objetivos são os sinais que podem indicar um problema. Eles são observáveis ou mensuráveis; podem ser obtidos através de procedimentos realizados como verificação de pressão arterial ou da temperatura corporal; como também a partir de prontuários, anotações de membros da equipe multidisciplinar, base de conhecimento próprio do enfermeiro e da revisão de literatura. Os dados subjetivos são os sintomas daquele problema levantado; como o paciente se apresenta à consulta de enfermagem, o relato do paciente sobre os sintomas e como ele vê a sua doença. O paciente é a fonte predominante ou primária de informações; familiares e outras pessoas importantes para o paciente serão apenas fonte de informações relevantes, quando o paciente for menor de idade ou mentalmente incapaz de tomar decisões (VAUGHANS, 2012).

O levantamento dos dados oferece uma quantidade de informações sobre a saúde física, social, mental e espiritual do paciente. A interpretação é facilitada quando os dados estão agrupados de forma organizada por características em comum. Para fazer esta arrumação das informações, os enfermeiros desenvolvem instrumentos de trabalho embasados em teorias da enfermagem, que permitem reunir informações de forma ordenada e dinâmica (TIMBY, 2001).

Devem-se agrupar estes dados organizadamente para ser possível a interpretação da real necessidade do paciente; este processo chama-se validação dos dados, onde serão filtrados os

dados objetivos e os subjetivos, cruzando os dados mensurados com as observações realizadas. Isso para que o enfermeiro seja capaz de determinar o significado das informações coletadas. Depois, faz-se o agrupamento dos dados de forma sistematizada, para traçar claramente os padrões de saúde do cliente.

Exemplo de instrumentos utilizados são formulários e sistemas de gráficos. Para organizar estes instrumentos, o enfermeiro pode seguir as orientações de uma teoria; pode-se citar a de Maslow (das relações humanas) e a de Dorothea Orem (teoria do autocuidado), mas existem outras. A forma de organização vai depender do tipo de clientela que vai receber o cuidado. Vale lembrar que os dados podem ser reagrupados quando se recebem novas informações ou quando a situação muda. É uma atividade dinâmica (VAUGHANS, 2012).

II. Diagnóstico: é a segunda etapa do processo; nela se desenvolve a identificação dos problemas. Essa etapa resulta da análise dos dados coletados e da sua interpretação, no sentido de eles sugerirem achados normais ou anormais. A estes achados damos o nome de diagnóstico de enfermagem.

Assim, pode-se dizer que diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais. Esclarece o âmbito da prática de enfermagem e permite ao enfermeiro ter uma linguagem comum para a comunicação (VAUGHANS, 2012).

Cada diagnóstico de enfermagem descreve a característica da resposta humana identificada no agrupamento de dados relevantes. Para se ter uma linguagem universal padronizada, criou-se a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A CIPE é um sistema baseado em uma linguagem unificada, partilhada mundialmente, cujos componentes expressam os elementos da prática de enfermagem — diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. É uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas (GARCIA, 2017).

A NANDA padroniza apenas o diagnóstico de enfermagem, de maneira que se fazem necessários outros sistemas de classificação padronizados para as demais fases do processo de enfermagem: a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) — no sentido de construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades que as enfermeiras executam quando prestam tratamentos de enfermagem — e a classificação dos resultados de enfermagem (NOC), para facilitar o trabalho da equipe, já com os resultados que se pretendem alcançar com as intervenções a ser realizadas (BARROS, 2009)

III. Planejamento: é a terceira etapa, onde o enfermeiro prioriza os problemas identificados, observa as metas mensuráveis, seleciona intervenções adequadas e documenta o plano de cuidados, específico para aquele paciente. O plano de cuidados pode ser manuscrito ou computadorizado e deve estar de acordo com o registro médico de cada paciente; deve oferecer evidências para as intervenções de enfermagem, planejadas para satisfazer as necessidades do paciente. Nele se encontram as prescrições de enfermagem, que são as orientações para os cuidados a serem prestados a um paciente específico. As ordens precisam ser exatas, de modo que qualquer membro da equipe compreenda o que deve ser feito (TIMBY, 2001).

As intervenções de enfermagem são as ações realizadas pelo enfermeiro, para atingir os resultados esperados a partir do que foi identificado como problema para o paciente. As intervenções envolvem a investigação, o ensino, o aconselhamento e os tratamentos efetivos (VAUGHANS, 2012).

As intervenções podem ser independentes, ou seja, iniciadas pela enfermagem e podem ser realizadas sem a necessidade de solicitação de outra categoria profissional.

As intervenções dependentes requerem a solicitação de um médico ou de outro profissional para que sejam implantadas pela enfermagem.

Alguns recursos podem ser utilizados para ajudar na definição das intervenções: planos de cuidados padronizados, protocolos e manuais de procedimentos, periódicos e livros didáticos de enfermagem. Quando se faz uso da NANDA para o diagnóstico de enfermagem; usa-se a NIC para as atividades de intervenções e o NOC para os vários resultados esperados (VAUGHANS, 2012).

IV. A implementação é a quarta etapa. Nela vai ocorrer a execução do plano de cuidados, o que inclui as prescrições médicas e de enfermagem, as quais se completam mutuamente. Durante a implementação, o profissional tem que ter pensamento crítico, habilidades e comunicação; envolve também a avaliação contínua da situação para priorizar as reais necessidades e fazer modificações no plano de cuidados quando preciso.

A comunicação verbal e escrita sobre o desenvolvimento do plano de cuidados permite a continuidade real e efetiva da assistência. Pode-se citar a documentação escrita nas anotações de enfermagem e evolução do enfermeiro no prontuário do paciente. A comunicação verbal, nas passagens de plantão e nas transferências de cuidados do paciente. Exemplos: mudanças de turno e quando o profissional passa o cuidado para outro, de outro setor, como o centro de imagens e exames (VAUGHANS, 2012).

V. A avaliação do cuidado implantado é feita através da análise da reação do paciente, visando constatar a eficácia do plano de cuidado proposto. Ela é contínua e está inserida em todas as fases do processo, pois visa o sucesso da ação, identificando falhas e melhorando o atendimento (TIMBY, 2001).

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada, com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente (COREN, 2016).

Vale lembrar que a assistência à saúde sempre ocorre de forma multiprofissional; é responsabilidade da equipe de enfermagem passar informações escritas e orais de forma precisa, clara, objetiva e com detalhes relevantes para o cuidado.

3.2 As tecnologias de saúde e a sistematização da assistência

Franco e Merhy (2012) discorrem sobre tecnologias de saúde. Indicam que o trabalho em saúde é subjetivo; produz-se sempre por um encontro entre o cuidador e o assistido, mediado pela ética do cuidado, que destaca o ser humano como centro produtor. Afirmam que o processo de produção do cuidado contém necessariamente três tecnologias: as leves, as leves-duras e as duras.

Grabois (2020, p. 155) fala sobre as tecnologias de saúde segundo a teoria de Merhey:

a. Tecnologias leves (relações humanas): referem-se às tecnologias de relações, do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão, como forma de governar os processos de trabalho. A relação enfermeiro/paciente vai influenciar no desenvolvimento desta tecnologia. Timby (2001) diz que esta relação pode ser chamada de terapêutica porque o resultado desejado em decorrência dela é propiciar a recuperação da saúde do paciente; ela pode ser definida como uma relação entre duas pessoas para que sejam oferecidos serviços de enfermagem. Hoje a enfermagem encoraja às pessoas a se envolverem no seu processo de cuidar e faz isso através da comunicação.

b. A leve-dura (conhecimento técnico): são os saberes adquiridos e desenvolvidos, bem estruturados, que organizam o processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, as teorias da enfermagem, o taylorismo e o fayolismo.

c. A dura (instrumentos): uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Para Franco e Merhy (2012), considerando o modelo assistencial atual que busca um trabalho vivo, centrado nas relações humanas, necessita-se de um aprimoramento para a utilização maciça das tecnologias leves com efetividade e de maneira fluida; as tecnologias leves-duras e duras devem ser usadas de maneira secundária.

O processo de enfermagem contém todos os tipos de tecnologias de saúde. Para fazer um instrumento padrão a ser utilizado pela enfermeira, com todas as etapas da sistematização da assistência, utiliza o conhecimento teórico sobre área específica, uma teoria da enfermagem que embasa a distribuição do conteúdo e o fluxo da entrevista e a relação profissional/paciente para levantamento de dados.

3.3 Comunicação na assistência de enfermagem

3.3.1 Aspectos gerais

“Sem comunicação não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto, não há grupo, organização e sociedade” (TAKAHASHI, 1991, p. 181).

Takahashi (1991) define comunicação como um processo de passar informações de pessoa para pessoa por meio da fala, escrita, gestos e imagens, com o objetivo de transmitir conhecimento. A comunicação então pode ser vista como um processo de fornecimento ou troca de informações, ideias e sentimentos pela palavra escrita ou oral, sinais e gestos.

Timby (2001) afirma que comunicação é a troca de informações que envolve o envio e a recepção de mensagens entre dois ou mais indivíduos. Tem que haver o feedback para saber se a informação foi entendida de maneira correta ou se precisa de esclarecimentos. Ocorre simultaneamente no nível verbal e não verbal.

É fundamental que a enfermagem desenvolva a habilidade de comunicação terapêutica, para ser efetiva a prática da assistência. A comunicação é o veículo utilizado pelos enfermeiros para cumprir a meta de prestação de cuidados aos pacientes. As relações interpessoais desenvolvidas com o paciente estão dentro do contexto do processo de comunicação (VAUGHANS, 2012).

Elementos que compõem um sistema de informação:

Fonte: É a pessoa que tem a ideia, o pensamento que necessita ser enviado.

Mensagem: é o conteúdo da informação, organizado pelo uso de sinais, símbolos verbais ou não verbais. Os verbais são a linguagem oral e a escrita e os não verbais os gestos, as expressões faciais e o silêncio.

Canal: é o instrumento utilizado. Pode ser formal, estabelecido de forma consciente e deliberada pela administração da empresa e se relaciona sempre com o trabalho a ser desenvolvido. Os canais informais são influenciados pelas relações sociais dentro da organização da empresa. Fazem-se necessários para dar oportunidade às pessoas de satisfazerem suas necessidades pessoais. Podem ser perigosos, pois se a pessoa que emite a mensagem não souber fazê-lo da maneira correta, não transmite o que deseja e pode expressar a ideia de forma distorcida.

Receptor: a pessoa que recebe a informação. Este elemento está sempre presente para que haja uma comunicação.

Decodificação da mensagem: é a tradução de símbolos para entender a mensagem; depende de fatores próprios do receptor, como cultura, condição psicológica, linguagem regional, entre outros.

Feedback: é a retroalimentação; demonstração, pela resposta do receptor, se foi entendida a comunicação transmitida pelo emissor.

Existem algumas dificuldades na assistência à saúde para se estabelecer uma comunicação informal. Ela não apresenta fluxo determinado, pois surge da interação entre as pessoas e das diversas oportunidades. Além da comunicação oral, são comuns as expressões não verbais, são elas:

Linguagens dos sinais: existem sinais que são mundialmente convencionais como os de trânsito e os dos surdo-mudos.

Linguagem por ações: são os movimentos do corpo e o mover das mãos.

Linguagem por objetos: objetos por si só transmitem uma mensagem.

Na assistência à saúde e, especificamente na enfermagem, essas linguagens são comuns e bastante utilizadas.

Utilizar um sistema de informação que possa fluir de maneira a propiciar o planejamento da assistência e elementos para a tomada de decisões é primordial para a efetividade e qualidade da assistência. A comunicação em enfermagem pode se entender como um processo no qual a equipe oferece e recebe informações do cliente/paciente, para planejar, avaliar e executar a assistência (TAKAHASHI,1991).

A comunicação constitui um aspecto especial para a prática de enfermagem, pois a maioria das ações ocorrem no contexto das relações interpessoais; é um processo de compreender e compartilhar mensagens e a forma como ocorre esse intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas (LEÃO, 2010).

3.3.2 Comunicação verbal escrita

Essa comunicação subsidia as ações humanas e as transformações que essas ações proporcionam. A comunicação escrita no processo de enfermagem apresenta-se em dois eixos fundamentais: o primeiro diz respeito os preceitos éticos e legais e o segundo é uma assistência com qualidade (LEÃO, 2010).

Segundo a Resolução COFEN nº 429/2012, os profissionais da enfermagem devem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos da categoria, em papel ou em prontuário eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para a continuidade da assistência, com qualidade (COFEN, 2012).

Através dos registros de enfermagem é possível conhecer a assistência prestada ao cliente e garantir uma continuidade do cuidado, implantando novas ações e melhorando as já utilizadas a partir da resposta observada. Por isso, os registros devem ser claros, objetivos, verdadeiros, organizados e completos. O código de ética trata, nos capítulos 36, 37 e 38, dos deveres do profissional de enfermagem quanto ao registro das atividades.

Segundo a Resolução do COFEN Nº 429/2012, o registro de enfermagem deve conter:

- Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Com uma boa comunicação escrita, a enfermagem estará conforme com a legislação vigente; garantirá um cuidado planejado de acordo com as necessidades do cliente; permitirá a continuidade da assistência por uma equipe multiprofissional e segurança no cuidado do paciente.

Tem-se a comunicação verbal escrita também através da emissão de e-mails, relatórios, memorandos, que requerem uma linguagem formal, clara e precisa. Além disso, existe a elaboração de manuais de normas, rotinas, protocolos clínicos e assistenciais (LEÃO, 2010).

Importante frisar a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos

profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal (COFEN, 2016).

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; permite a análise dos cuidados realizados, quais foram as respostas do paciente e resultados. É a base para o conteúdo da Evolução de Enfermagem (COFEN, 2016).

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), as anotações de enfermagem são fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (COFEN, 2016).

Para entender melhor as diferenças entre anotação de enfermagem e evolução de enfermagem fez-se uma tabela:

Anotações de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda a equipe de enfermagem	Privativo do enfermeiro
Referente a um momento	Referente a 24 horas
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Uma observação	Uma reflexão e análise de dados

Fonte: COFEN (2016).

3.3.3 Comunicação verbal oral

Na enfermagem, a comunicação verbal oral é representada principalmente pelo compartilhamento de informações. Na chegada do paciente à ala hospitalar ou ao consultório, a primeira interação é a entrevista para obter dados relevantes, que irão compor o histórico de enfermagem e nortear o plano de cuidados. No cuidado diário, a equipe multidisciplinar faz questionamentos que possibilitem levantar as condições clínicas e a efetividade do plano terapêutico proposto (LEÃO, 2010).

Vale lembrar que os profissionais buscam informações para oferecer um melhor atendimento, um bom cuidado e a ideal proposta terapêutica. O foco do discurso e da escuta é de caráter profissional; para quem necessita de cuidados e até para seus acompanhantes, tudo o que é dito e ouvido tem caráter pessoal, já que se trata de uma vida ameaçada, de incertezas e informações recentes pouco agradáveis.

Na assistência em enfermagem, a comunicação oral vai além da sua função de investigação; por isso é chamada de terapêutica. Leão (2010) detalha algumas técnicas desta comunicação:

Expressão: descrição da experiência do cliente e expressão dos seus sentimentos (paciente). Para usar a expressão deve-se ter algumas atitudes durante o diálogo, entre elas, usar o silêncio terapêuticamente, verbalizar aceitação e interesse, ouvir reflexivamente, usar frases incompletas e outras.

Clarificação: esclarecimento do conteúdo que foi exposto pelo paciente. Clarear as dúvidas e diminuir anseios; estimular comparações, solicitando que o paciente descreva o procedimento da forma como entendeu e esclarecendo termos que ficaram sem entendimento por parte do receptor.

Validação: verificar a existência de significação comum entre quem emitiu a mensagem e quem a recebeu. Para isto pede-se que o paciente repita a mensagem que recebeu e o profissional também deve repetir a mensagem quando for necessário.

3.3.4 Comunicação não verbal

Segundo Leão (2010), estima-se que 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por movimentos do corpo. Ela divide a comunicação não verbal em três tipos:

Cinésica: que é o estudo dos movimentos do corpo, sinais da face, posturas do corpo adotadas quando o emissor está transmitindo a mensagem ao receptor.

Proxêmica: foca em como as pessoas usam e interpretam o espaço físico entre o emissor e o receptor durante a comunicação.

Tacésica: diz respeito ao toque; que pode ser analisado segundo a intensidade, a localização, a frequência e a sensação provocada. O toque durante o cuidado pode estar associado a uma tarefa, durante a realização de procedimentos ou ser afetivo, para demonstrar preocupação.

Timby (2001) lembra que o toque afetivo pode ter significados diferentes para a pessoa, dependendo de como esta foi educada ou de sua bagagem cultural

Para Leão (2010), a comunicação não verbal tem a finalidade de completar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la ou demonstrar sentimentos.

3.3.5 Comunicação terapêutica

A comunicação interpessoal é uma forma de comunicação pessoal que ocorre entre dois indivíduos; embora o enfermeiro possa desenvolver essa comunicação com os membros da equipe multiprofissional, quando ele a desenvolve com o paciente, denomina-se comunicação terapêutica, a qual é imparcial e centrada no paciente (VAUGHANS, 2012).

Timby (2001) define a comunicação terapêutica como uma comunicação não social e empática, onde se usam palavras e gestos para atingir determinado objetivo. A capacidade de a enfermeira incentivar a comunicação com o paciente é extremamente importante, para investigar os problemas e encorajar o paciente na expressão dos seus sentimentos. O profissional deve saber ouvir; para o cliente significa dar atenção ao que o paciente diz e permitir que ele se expresse. Por isso o ouvir é tão importante quanto o falar em uma comunicação terapêutica.

O silêncio também desempenha papel importante neste tipo de comunicação; pode ser útil para estimular o diálogo, para aliviar a ansiedade do paciente e para oferecer um período no qual o paciente consegue processar uma informação ou responder uma pergunta (TIMBY, 2001).

Vaughans (2012) lista as características da comunicação terapêutica:

- a) Confiança e honestidade para não dar falsas esperanças;
- b) Privacidade e confidencialidade durante a interação e fora dela;
- c) Respeito e cortesia;
- d) Empatia mostrando compreensão e aceitação da situação do paciente.

4 Conclusão

O processo de enfermagem é uma estrutura da organização de saúde para a prestação de cuidados de enfermagem com efetividade e segurança para o paciente; embora cada uma das cinco fases sirva a um propósito do processo, a interação entre elas permite um plano de cuidados dinâmico, em constante avaliação, e aberto às mudanças necessárias, de acordo com as respostas observadas no paciente (VAUGHANS, 2012).

Desenvolver uma comunicação efetiva e terapêutica não é um processo fácil; contudo não se trata de características intrínsecas a uma determinada pessoa. Ela requer muita disciplina, foco e atitude: tentar não apenas fazer, mas também escutar, perceber, compreender e identificar as necessidades do paciente e só a partir daí planejar as ações (LEÃO, 2010).

Como se sabe, escutar não é apenas ouvir, mas também é ficar em silêncio, utilizar gestos e expressões para que a interação aconteça. Perceber não é apenas olhar, mas atentar e

identificar as diferentes dimensões do outro: sociais, espirituais, culturais e emocionais. Tudo isso está presente no processo de comunicação terapêutica, a qual nos interessa como meio de efetivação das tecnologias de saúde utilizadas na SAE.

Tem-se na SAE uma metodologia de trabalho construída a partir de bases teóricas da enfermagem, com seu desenvolvimento padronizado por normatizações internacionais também desta profissão; a sua finalidade é ter uma linguagem escrita comum a todos da área, como uma tecnologia dura para atingir um resultado planejado. Ela depende de uma sintonia com todos os tipos de comunicação, para obter resultado satisfatório no cuidado ao paciente.

A tecnologia leve-dura do processo de enfermagem está no saber do profissional, em todo o conhecimento que ele possui para desenvolver um instrumento de trabalho e exercer a assistência de acordo com as exigências da sua legislação profissional.

A tecnologia leve é o elo de todo o cuidar. Com a base do cuidado centrado no paciente, a maneira de se comunicar faz parte desta tecnologia. A maneira como o paciente recebe e sente a mensagem influencia diretamente no bom andamento da assistência.

Franco e Merhy (2012) definiram as tecnologias leves como aquelas em que o trabalho está vivo e pautado nas relações humanas; a base para a assistência de enfermagem é este trabalho, onde a interação enfermeiro/paciente é imprescindível para o sucesso da ação pretendida.

Vê-se comunicação em todo esse processo de cuidar, pois é uma técnica para uma assistência de enfermagem efetiva. Pode-se dizer que a comunicação terapêutica é uma tecnologia leve, que atua como um veículo de efetivação das outras tecnologias do processo de enfermagem, as quais serão interpretadas e sentidas pelo cliente, família e comunidade como um acolhimento, uma ambiência e, por que não, como uma humanização em todas as suas características.

Referências

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 864-867, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700003&lng=en&nrm=iso Acesso em: 01 nov. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília: COFEN, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 30 nov. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N°358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 out. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEN N°429/2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.** Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 29 out. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N° 0514/2016. **Guia de Recomendações Para Registro De Enfermagem No Prontuário Do Paciente e Outros Documentos De Enfermagem.** Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

FRANCO, T. B. MERHY, E. F. Cartografias do trabalho e cuidados em saúde. **Revista Tempus**, Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GARCIA T. R. Cipe® E Sistematização da Assistência de Enfermagem. *In: SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM*, 78., 2017, Chapecó – SC. Chapecó: ABEN, 2017. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/CIPE-Floripa.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

GRABOIS, V. **Gestão do cuidado.** Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf. Acesso em: 23 de out.2020.

LEÃO, E. R. Boas práticas de comunicação em enfermagem. *In: VIANA, D. L. (org.). Boas práticas em enfermagem.* São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2010.

TAKAHASHI, R. T. Sistema de Informação em Enfermagem. *In: KURCGAT, Paulina, (org.). Administração em enfermagem.* São Paulo: EPU,1991.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

VAUGHANS, B. W. **Fundamentos da enfermagem desmistificados.** Porto Alegre: AMGH, 2012.