

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CRISTIANE PINTO CARVALHO

**PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO  
FATOR DE ADESÃO AO TRATAMENTO**

Porto Alegre

2011

CRISTIANE PINTO CARVALHO

**PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO  
FATOR DE ADESÃO AO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dnda. Vera C. Castiglia Portella.

Porto Alegre

2011

Dedico este trabalho a todos que acreditam que é possível através do olhar e da disposição do profissional fazer a diferença ao paciente. E, em especial, ao meu tio Valmiro, que mesmo não estando neste plano está sempre torcendo e acreditando em mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente aos meus pais, José Mistocle e Ilizia, pela criação dos meus conceitos como ser humano e pela persistência em incentivar minha formação educacional e principalmente a acadêmica. Por terem paciência pelo meu estado de humor e me ajudarem sempre em tudo que ocorre em minha vida.

Agradeço ao meu Matheus, por ser meu companheiro e paciente em aguentar minhas oscilações de humor, me apoiar e me erguer sempre que pensei que não conseguiria seguir em frente.

Agradeço aos meus colegas, em especial Jenifer e Kelen, pela cumplicidade, companheirismo e grande amizade que levarei após a graduação.

Agradeço a todas as pessoas que fazem parte da minha vida, que fizeram e que já não estão neste plano que me incentivaram e tiveram paciência e compreensão em entender minha ausência por estar passando este momento importante em minha vida.

Agradeço a Escola de Enfermagem pelo corpo de docentes que me transmitiram conhecimentos para minha formação acadêmica, mostrando as dificuldades, benefícios e principalmente, em me tornar uma enfermeira voltada para o cuidado humanizado e holístico com o paciente.

Agradeço a todos os profissionais de saúde que passei durante meus estágios acadêmicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Centros de Atenção Básica, que me ensinaram o que devo me espelhar e ser e o que não devo seguir.

Agradeço em especial a minha grande orientadora a professora Vera Portella, por ter muita paciência, dedicação e auxílio na realização deste trabalho. E ser esta pessoa excepcional por conseguir transmitir um pouco de seu vasto conhecimento teórico e profissional em enfermagem.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais  
voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

## RESUMO

O estudo com abordagem qualitativa e com delineamento descritivo exploratório teve como objetivo conhecer os fatores relacionados à comunicação que podem interferir na adesão ao tratamento do paciente. O estudo foi realizado num ambulatório geral de consulta de enfermagem para pacientes com dano crônico de Porto Alegre. A amostra foi composta por 10 sujeitos mediante convite para participação do estudo. A pesquisa teve dois momentos: observação não participativa da consulta para identificar os itens orientados pelo enfermeiro, e após a consulta de enfermagem foi feito a coleta de dados através de entrevista semi estruturada com o paciente consultado. Os dados foram organizados em três categorias: 1) *Fatores relacionados ao emissor (enfermeiro)*; 2) *Fatores relacionados ao receptor (paciente)*; 3) *Fatores relacionados a mensagem ou ambiente*. Constatou-se que o comprometimento ao tratamento envolve aspectos relacionados não só ao paciente, mas também aqueles relacionados aos profissionais, ao ambiente e ao próprio teor da orientação.

**Descritores:** Comprometimento, Consulta, Enfermagem, Barreiras de Comunicação.

**Palavras-chave:** Adesão, Consulta de Enfermagem, Processo de Comunicação.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVO.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 Consulta de Enfermagem.....	12
3.2 Processo de Comunicação.....	15
3.3 Adesão ao Tratamento.....	19
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de Estudo.....	24
4.2 Campo do Estudo.....	24
4.3 Participantes.....	24
4.4 Coleta dos Dados.....	25
4.5 Análise dos Dados.....	25
4.6 Aspectos Éticos.....	26
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A – <i>Check List</i> .....	38
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	39
APÊNDICE C – Instrumento para Coleta de Dados .....	40
ANEXO 1 – Carta de Aprovação da COMPESQ-EENF/UFRGS.....	41

## 1 INTRODUÇÃO

A sociedade mundial vem sofrendo alterações nas suas características sociais, econômicas, políticas e culturais. Uma das alterações sociais observadas é o aumento da morbimortalidade da população por problemas crônicos de saúde modifica a qualidade de vida e saúde do indivíduo (REINERS *et al*, 2008).

Nos dias atuais, a busca por atendimento de saúde vem crescendo proporcionalmente com o número de usuários, que demandam atendimentos em postos de saúde e ambulatórios de hospitais públicos e privados. Por este motivo, o conceito tradicional refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas, sendo avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, pela obediência às prescrições ou por mudanças de estilo de vida. Contudo, o conceito atual define que aderir ao tratamento é considerado um processo multifatorial, fundamentado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado, através do qual se estabelece uma aproximação que possibilita abertura para o diálogo. Por isso, pode-se dizer que a adesão é um item importante para eficácia e sucesso em qualquer tratamento de saúde e, ao mesmo tempo, um desafio para profissional e paciente, por suas variáveis de ambos os participantes. A questão da adesão ao tratamento tem sido muito discutida e estudada por profissionais de saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Este diálogo, entretanto, parece não ser uma relação estabelecida na prática. Estima-se que 50% da população geral de portadores de doenças crônicas não apresentam adesão adequada ou suficiente ao tratamento (OLIVEIRA; GOMES, 2004). A pouca adesão resulta na falha terapêutica, razão do qual, ocorre grande preocupação dos profissionais em fazer o paciente seguir o tratamento proposto, porque não aderir afeta a qualidade de vida e a assistência prestada. A questão da adesão ao tratamento pode ser visualizada de forma pessimista ao considerar que nenhum paciente é capaz de uma adesão perfeita e que o normal é não aderir (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Atualmente o sujeito envolvido é influenciado por vários fatores que determinam a sua continuidade ou descontinuidade ao tratamento. Portanto, adesão está conectada aos fatores comportamentais da percepção e formas de enfrentamento das adversidades e, com o meio externo, como problemáticas de vida e redes de apoio, apresentando assim, inúmeras situações que podem interferir no indivíduo em aderir ou não ao tratamento (FAÉ *et al*, 2006). A história de vida de cada um altera sua doença dentro do seu cotidiano, interferindo na maneira de aderir ao tratamento. Todavia, é essencial o profissional ter consciência da

singularidade de cada paciente, a fim de oferecer a melhor alternativa de cuidado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

O conceito de enfermagem de Henderson reza que o paciente doente ou sadio para fazer o seu cuidado de saúde precisa ter força, vontade e conhecimento necessário para executar de modo independente as suas atividades. Acredita-se que pode ser estendido para o processo de adesão, pois a adesão é uma forma do indivíduo cuidar-se porque o paciente deve se comprometer com seu tratamento. Daí pode-se entender que para o paciente aderir deverá ter conhecimento, vontade e força. (FURUKAWA; HOWE, 2000).

Sabe-se que na aquisição do conhecimento podem ser utilizadas várias formas de comunicação verbal ou não. Uma técnica utilizada pelo enfermeiro para orientação de cuidados é a consulta de enfermagem onde a comunicação verbal ou não é amplamente utilizada para levantamento de dados e orientações junto ao paciente.

A comunicação é um processo que envolve troca de informações e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim. No processo está envolvida uma infinidade de maneiras de se comunicar: duas pessoas tendo uma conversa face a face, ou através de gestos com as mãos, mensagens enviadas utilizando a rede telecomunicações, a fala, a escrita, que permitem interagir com as outras pessoas e efetuar algum tipo de troca informacional (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

O processo de comunicação tem como elementos fundamentais a fonte, o canal por onde passa a mensagem; a codificação, símbolo verbal ou não verbal de transferir o significado; a transmissão, canal de distribuição da mensagem; a recepção, meio de receber a mensagem; a decodificação, entender a mensagem; a retro informação ou também chamado *feedback*, o retorno ou resposta da mensagem (FURUKAWA; HOWE, 2000).

Na comunicação são transmitidos os conhecimentos ou orientações de saúde. A forma como o profissional pode motivar e orientar é através do processo de comunicação, por isso, os elementos principais de uma consulta são: o enfermeiro (emissor), as condutas e orientações (a mensagem) e o paciente (receptor). Pode-se, portanto, dizer que só existe comunicação quando ocorrer a compreensão do receptor coincide com o significado pretendido pelo emissor (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Segundo Piaget (1979) a cognição humana é uma forma de adaptação biológica na qual o conhecimento é construído aos poucos a partir do desenvolvimento das estruturas cognitivas que se organizam de acordo com os estágios de desenvolvimento da inteligência.

Assim, o desenvolvimento cognitivo está ligado aos processos de assimilação e acomodação que promovem o equilíbrio do conhecimento que varia de acordo com a idade.

A comunicação é um dos recursos para aquisição de conhecimento por esta razão o profissional necessita conhecer como esta deve se processar para conseguir transmitir orientações de saúde para o paciente (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Segundo Oliveira e Gomes (2004), a comunicação qualificada é o passo inicial para o paciente receoso em relatar, informar e de conhecer as ideias de outras pessoas, no caso o profissional de saúde, para modificar o contexto da doença e buscar solucionar suas angústias e dúvidas. A comunicação é um meio de diminuir a tensão entre os locutores, no momento inicial da conversa, pois serve como auxílio para redefinir os objetivos ou condutas previamente estabelecidas.

A aquisição de conhecimento está intimamente relacionada com o processo de ensino-aprendizagem e este à comunicação (FURUKAWA; HOWE, 2000).

A problemática do estudo surgiu a partir da vivência nos estágios acadêmicos, em especial, na consulta de enfermagem ambulatorial. Os pacientes atendidos, na maioria, já tinham vínculo com o serviço, mas ainda apresentavam dificuldade em seguir as orientações da enfermeira feitas nas consultas.

Considerando que a consulta é fortemente baseada no processo de comunicação paciente e enfermeiro segue-se a questão: quais são os fatores da comunicação que durante a consulta de enfermagem podem interferir na adesão ao tratamento pelo paciente?

A importância desta temática foi levantar subsídios para reflexões sobre a efetividade da consulta de enfermagem, frente aos fatores relacionados à comunicação que interferem na adesão do paciente. Subsidiar estudos sobre processo de comunicação, promover e qualificar a adesão do paciente ao tratamento e subsidiar a formação acadêmica de enfermeiros e profissionais de saúde.

## **2 OBJETIVO**

Conhecer os fatores relacionados à comunicação que podem interferir na adesão ao tratamento do paciente a partir das orientações recebidas durante a consulta de enfermagem.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

O embasamento do estudo foi através de uma revisão de literatura para conhecer o que os autores definem sobre, consulta de enfermagem, processo de comunicação e adesão.

#### **3.1 Consulta de Enfermagem**

A consulta de enfermagem é atividade exclusiva do enfermeiro, segundo a lei do exercício profissional N.º 7498 de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso I, alínea “i”, que legitima o enfermeiro para o pleno exercício dessa atividade, com o indivíduo, família e a comunidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular. Com respaldo legal para o desenvolvimento da consulta de enfermagem, entende-se como uma das atividades que melhor caracterizam o profissional liberal da categoria (SILVA, 1998).

A consulta de enfermagem está entre as atividades fim da enfermeira, dentre aquelas que somente podem ser executadas por ela, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem. A lei apenas consolidou uma atividade já era desenvolvida pelos enfermeiros, desde 1968, quando começou a ser difundida no país. A denominação “Consulta de Enfermagem” surgiu no Brasil na década de 60. Não obstante, ela já existia desde a década de 20, denominada entrevista pós-clínica, por se tratar de um procedimento delegado pela equipe médica à enfermeira, a título de complementação da consulta médica (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Além de ter uma metodologia, a consulta de enfermagem deveria adotar marcos referenciais próprios, não se limitando ao caráter biomédico que enfoca no quadro clínico da doença, pelo que deveria se aproximar, na aparência e conteúdo, da consulta realizada pelo médico. Designar consulta de enfermagem quaisquer atividades exercidas pelos enfermeiros, sem fundamentá-las na cientificidade é impedir a percepção de sua identidade profissional e empobrecer o seu trabalho. Também não se pode omitir o imprescindível registro das consultas como uma forma documental da participação dos enfermeiros no atendimento multiprofissional (CAR; EGRY, 1995).

As ações de enfermagem dispensadas ao paciente estão fundamentadas na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas. A consulta pode ser definida como uma atividade

diretamente prestada ao paciente, na qual, são identificados problemas de saúde-doença e prescritos cuidados de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Portanto, a consulta de enfermagem tem o objetivo de sistematizar, registrar, dar veracidade e legitimar a assistência de enfermagem dentro dos níveis de atenção a saúde do usuário. A partir da consulta de enfermagem, a enfermeira adotará condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso da intervenção fugir ao seu âmbito de atuação (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Em qualquer área de atuação a consulta está compreendida de cinco etapas assim denominadas: o plano prévio esquematiza a operacionalização da consulta de enfermagem antes do encontro com o paciente. Envolve a análise do prontuário, com a finalidade de realizar um estudo inicial da situação, para conhecimento das condições de saúde do indivíduo atendido pelo enfermeiro. Cabe salientar que este plano não é rígido nem inflexível. O enfermeiro tem que estar atento para modificá-lo ou não durante o decorrer da consulta, para valorizar as necessidades reais alteradas do paciente e obter sucesso na sua ação de enfermagem. A segunda etapa é a entrevista que envolve o levantamento de dados pessoais e da família relacionados com as necessidades biopsicossociais, crescimento e desenvolvimento e, alterações decorrentes da patologia quando indicado. O diagnóstico de enfermagem envolve um processo de análise e interpretação das informações obtidas (inclusive de resultados de exames laboratoriais) visando à tomada de decisão sobre a avaliação de saúde do paciente. O plano de cuidados ou conduta visa, a partir do diagnóstico, planejar e avaliar o cuidado prestado ao paciente. É a determinação e execução de ações voltadas para o atendimento dos problemas identificados e encaminhamentos para outros profissionais. O registro é a quinta etapa que está presente em todas as fases do processo, serve para propiciar o entendimento de todos os que o utilizam; as anotações devem ser descritivas, claras, sucintas, completas, exatas, objetivas e livres de julgamentos (SILVEIRA; PORTELLA, 2001).

A consulta é uma atividade independente realizada pelo enfermeiro que tem função de propiciar condições para melhoria da qualidade de vida, através uma abordagem contextualizada e participativa. O enfermeiro, além da competência técnica, deve ter interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir do pensamento reflexivo de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. A consulta de enfermagem se dá, rotineiramente, entre o profissional e o paciente, em interação face a face, sendo um processo de trocas na

busca da promoção da saúde, prevenção de doenças e limitação do dano, mas para que ocorra corretamente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade de comunicação, como exercício da escuta e da ação dialógica (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

A conversa com o paciente é um processo que ultrapassa o ato técnico e automatizado. Com isso, o enfermeiro deve adquirir capacidade de compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações humanizadas e compreensivas de acordo com o nível cultural do indivíduo (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Entretanto, durante a consulta verifica-se muitas vezes imposição do enfermeiro através do conceito de que o seu domínio da verdade reina como correto, coibindo o outro de expor suas emoções e pontos de vista. Por isso, é importante saber escutar mais do que falar, para estabelecer uma relação social de amizade e confiança com o paciente. Nessa relação, algumas características são fundamentais, destacando-se a linguagem verbal em que a palavra, possibilita interrelação entre os participantes, permitindo avançar na abordagem dos discursos do cotidiano, da cultura e da ciência (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Por isso, o trabalho de enfermagem exige, além de conhecimentos e habilidades técnicas, competências humanas para conduzir uma consulta interativa entre o enfermeiro e o paciente, sem a adoção de práticas coercitivas, punitivas e de verticalização das condutas adotadas. Na prática cotidiana, visualiza-se pouca habilidade do enfermeiro na condução da consulta, na qual é frequente o esquecimento do nome do interlocutor durante o atendimento. Essa atitude é considerada inadequada, pois o nome serve sempre como um sustentáculo à presença e à identidade de uma pessoa, sendo que, a partir de sua enunciação, tem lugar a sua presença intencional com os outros, satisfazendo o desejo inato do ser humano de se tornar conhecido. Outro aspecto relevante, frequentemente observado na consulta de enfermagem, tem sido a deficiente negociação na definição da situação do problema apresentado pelo cliente (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Leininger (1995) prescreve que o enfermeiro deve tornar-se de um desconhecido não confiável num amigo confiável para que o paciente lhe forneça informações acuradas. A autora ainda recomenda que as orientações do enfermeiro sejam prioritariamente adaptadas aos hábitos dos pacientes, caso não seja possível devem ser negociadas e só devem ser impostas quando ocorrer risco de vida ou danos à saúde.

A sistematização da consulta de enfermagem tem como finalidade, entre outras, dar à atividade um caráter profissional, organizar a abordagem do paciente e definir a competência

do enfermeiro. Não estando clara essa necessidade, a consulta acaba não tendo objetivos próprios e sendo realizada como uma fase preliminar à consulta médica (pré consulta) ou mesmo complementar (pós consulta). Por isso, a consulta de enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria, fazendo com que o enfermeiro tenha uma atuação definida nos programas de saúde (MACIEL; ARAUJO, 2003).

### **3.2 Processo de Comunicação**

A base da sociedade é o processo de comunicação e assim, o principal processo de interação entre o enfermeiro e o paciente. Entre as definições sobre comunicação, pode-se dizer que comunicar significa partilhar, compartilhar com alguém um certo conteúdo. Pela comunicação comungamos com outro algo que temos em comum (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

A comunicação é mais do que simples emissão e recepção de mensagens; envolve a relação, o contexto e a percepção. Segundo Silva (1998) “é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente, sendo essencial para a enfermagem compreender o que o paciente percebe”. Para chegar a isso deve ouvir o outro envolvido na relação, ou seja, o paciente e encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal.

Os elementos que compõem o processo de comunicação: emissor é quem gera o processo e quem toma a iniciativa; mensagem é o pensamento ou ideia ou informação que o emissor pretende enviar ao receptor; e receptor é quem recebe a mensagem e deve compreender a ideia que se quer passar (UNICAMP, 2002).

Por isso, a comunicação realiza a promoção da saúde e o bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de relacionamento interpessoal. Para isso, é necessário um procedimento simples que é ouvir. O ato de “ouvir bem” exige atenção durante a interlocução, pois, muitas vezes, o interlocutor enfermeiro não é claro no seu discurso, sendo necessária a introdução de habilidades pedagógicas e de comunicação que facilitem a expressão dos seus pensamentos e necessidades. Ter atitude comunicativa certamente deve ser uma preocupação por parte dos profissionais que lidam diretamente no seu cotidiano, na prestação do cuidado. Toda ação comunicativa com responsabilidade ética já é uma forma de cuidado (SUCUPIRA, 2007).

A ação prestada pelo enfermeiro pela prática e a comunicação estabelecida com o assistido, são elementos fundamentais para a vida do homem em sociedade. A comunicação está diretamente ligada à linguagem, que constitui instrumento essencial para que as relações entre as pessoas possam se desenvolver a partir de uma compreensão, a mais nítida possível, do pensamento de cada um dos interlocutores (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Existem quatro processos básicos da comunicação: codificação, compreensão, informação, persuasão. O processo de codificação implica a compreensão de códigos (ou signos) verbais e não verbais que são utilizados na comunicação. Ao longo do crescimento e desenvolvimento as pessoas aprendem o uso da fala e da linguagem, quer dizer, um processo de emissão e recepção de mensagens codificadas. A compreensão básica do processo de significado e pensamento é que os signos têm significância para as pessoas, e o conjunto de signos expressos nas mensagens é produto do pensamento. No processo de informações, as mensagens apresentam informações que podem ser medidas quantitativamente. As informações ocorrem em três níveis: o teórico, voltado para a correta transmissão da informação; o semântico, que trata dos significados para a fonte e para o receptor; e, o de eficiência, que aborda a informação sobre o receptor. O processo de persuasão e mudança refere-se aos efeitos da comunicação, ou seja, como as mensagens alteram as atitudes, ações e valores dos receptores (CARVALHO; BACHION, 2005).

Uma efetiva comunicação interpessoal é essencial para a saúde física e psicológica de qualquer pessoa e reveste-se de características próprias, pois envolve desde atitudes e informações sobre sintomas e prognósticos, até a prescrição do tratamento e dos cuidados preventivos. A comunicação tem como funções: transmitir mensagens, obter informações, deduzir novas conclusões, reconstruir o passado, antecipar fatos futuros, iniciar e modificar processos fisiológicos dentro do corpo e influenciar outras pessoas e acontecimentos externos (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

Contudo, comunicação verbal refere-se às mensagens escritas e faladas que ocorrem na forma de palavras como elementos da linguagem que se utiliza para se comunicar. A linguagem é uma maneira estabelecida de usar as palavras, inclui definição comum destas e um método de organizá-las em uma determinada ordem. A linguagem é fortemente influenciada pela cultura, e é o recurso que a pessoa adota para expor suas ideias, experiências, sentimentos com outras pessoas. Sem a linguagem a pessoa limitaria sua capacidade de classificar e dar informações, ser compreendida, ou seja, de comunicar-se (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Por isso, a comunicação modifica o contexto da doença, permitindo que uma pessoa debilitada e amedrontada possa transmitir informação e conhecer a opinião dos outros. Também, facilita a percepção diferenciada da situação, contribuindo para a maturação do paciente. Em contra partida, o bloqueio comunicativo está associado ao desaparecimento do desejo de lutar contra a situação ameaçadora, gerando estado de ansiedade. Nestas situações, a comunicação é de grande ajuda, pois o processo de falar, mesmo que não exija um grande gasto físico, absorverá o excesso de tensão e servirá de auxílio para reencontrar ou redefinir os objetivos (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

No desempenho das funções importantes do enfermeiro, a comunicação está intrinsecamente presente e tem importante papel. Na função de educador, o enfermeiro utiliza-se da comunicação para desenvolver programas de educação para a saúde em grupos de pacientes e famílias e de educação continuada em serviços. Na função técnica que a competência em comunicação deve estar associada com a mesma importância da competência clínica para que o paciente possa se beneficiar com um cuidado de alta qualidade científica e humanitária, lhe proporcionando o direito de saber o que está sendo realizado com ele. Na função de gerenciamento o enfermeiro deve se valer da comunicação o tempo todo, para interagir com a equipe de enfermagem e demais profissionais, na rede organizacional e no exercício da liderança (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Com isto, o profissional de enfermagem deve reconhecer que não pode impor a sua própria realidade aos outros, sendo necessária uma abordagem dialógica que favoreça o respeito ao pensamento e atitude daquele por ele assistido. Por isso o enfermeiro adquiriu a capacidade de compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas. Ou seja, o enfermeiro ao estabelecer uma relação social com o paciente, ultrapassando a superficialidade de um atendimento, promove o acolhimento ao que é falado pelo paciente, para facilitar a compreensão ampliada de sua história de vida (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

A comunicação não verbal se caracteriza pelas mensagens emitidas através da linguagem corporal, como expressões faciais, postura do corpo, gestos. Essa forma de comunicação merece uma atenção especial, pois não se tem controle consciente sobre ela. Também, junto com a comunicação paraverbal, informa como as mensagens podem ser compreendidas (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

Na medida em que o enfermeiro possui experiência percebe quando o paciente não consegue verbalizar todas suas necessidades; devendo compreender a arte de cuidar das pessoas, de perceber até mesmo o que não é verbalizado, mas que está expresso no modo de ser do outro (SILVA, 1998). O autor apresenta que o estudo e o ensino da comunicação não verbal são ações que transformam o conceito e a percepção do profissional de saúde de sua relação com o paciente. Com essas pesquisas, quando se dá “voz” aos pacientes, fica claro que a base das relações terapêuticas é a comunicação efetiva.

Segundo Stefanelli, Carvalho e Arantes, (2005) as mensagens são transmitidas através de canais. Geralmente, na comunicação interpessoal os canais se referem aos órgãos dos sentidos visão, audição, tato e também devemos considerar o paladar e o olfato. Em um ato comunicativo, usa-se um ou mais canais associados. O uso efetivo de nossos sentidos durante a comunicação assegura a percepção com qualidade da mensagem. O ambiente é um dos componentes do processo de comunicação, mas também uma variável que tem forte influência sobre o êxito ou não do processo comunicacional. O ambiente engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço.

Contudo, o processo de comunicação não é estagnado, é dinâmico e pode sofrer a ação de vários fatores que são denominados variáveis na comunicação. Esses podem trazer tanto benefícios quanto prejuízos para a compreensão das mensagens. As variáveis da comunicação são: o enfermeiro e o paciente, a linguagem usada, o ambiente ou contexto, já discutido anteriormente, a disponibilidade de ambos e o senso de oportunidade do profissional (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

Por isso, o enfermeiro deve conciliar seu plano de ação e alcançar suas metas a partir de um acordo prévio, ou negociação, sobre a situação de efeitos esperados pelo paciente. A ação comunicativa acontecerá segundo a valorização dos aspectos que fazem parte do mundo da vida do paciente. Esse acordo não deverá ser alcançado com imposições ou manipulações, ao contrário, é estabelecido em convicções comuns (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Os profissionais de saúde, normalmente, pressupõem que o paciente compreendeu as mensagens. A própria formação dos enfermeiros e outros profissionais da saúde contribuem para essa forma de agir. Pois os profissionais recebem uma gama de informações sobre saúde e doença e, quando vão orientar os pacientes sobre algo supõe que a pessoa que está ouvindo entende tudo o que está sendo dito, não necessitando de mais explicações. O profissional deve

se esforçar para utilizar um linguajar comum com o paciente evitando assim essa barreira da comunicação. Ambos paciente e enfermeiro, também estão sujeitos a influências emocionais, físicas, intelectuais, culturais, sociais e ainda de suas condições de saúde. Nem sempre essas situações têm a ver diretamente com o processo comunicacional em si, mas influenciam-no e pode tornar inefetiva a experiência vivenciada (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

### **3.3 Adesão ao Tratamento**

A questão da adesão ao tratamento tem sido muito discutida e estudada por profissionais de saúde. O conceito tradicional refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas, e era avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, obediência às prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Atualmente percebem-se mudanças quanto à compreensão da aderência ao tratamento. Nesta perspectiva, o seu conceito caracteriza-se como um processo no qual os sujeitos envolvidos são influenciados por vários fatores que determinam a sua continuidade ou descontinuidade. Assim, a adesão ao tratamento está relacionada aos fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades, e com fatores externos como problemáticas de vida e redes de apoio. Desta forma, entende que existem inúmeros fatores que podem interferir no fato do indivíduo aderir ou não ao tratamento (FAÉ et al, 2006).

A adesão é um processo no qual os participantes estão em contato com uma variedade de fatores que influenciam sua continuidade ou a descontinuidade no tratamento. Para o paciente aderir ao tratamento não é tarefa fácil, pois enfrenta desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua da equipe de enfermagem, para que possa auxiliar o paciente a manter sua parte no tratamento. É definida como uma colaboração ativa entre o paciente e enfermeiro, num trabalho cooperativo, para alcançar sucesso terapêutico. Sendo expressa na medida em que o comportamento do paciente correspondente à opinião, à informação ou ao cuidado indicado pelo profissional de saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Portanto, as experiências de vida de cada indivíduo interferem na maneira de ver sua patologia em seu cotidiano, e desta forma também em como ele adere ao tratamento. Por este motivo, é necessário sensibilidade do profissional de saúde para perceber cada indivíduo como único e desta maneira adaptar sua forma de assistência para cada pessoa. Este

profissional deve colocar como princípio orientador o foco de sua atenção na pessoa e não na doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Contudo, as evoluções dos tratamentos e o avanço na descoberta de novas drogas não implicam necessariamente na melhora do paciente e na alteração do curso da doença, pelo simples fato de que, por vezes, o profissional da saúde não consegue fazer com que suas orientações sejam seguidas conforme o planejado (AGUIAR, 2006).

Por isso, a não adesão ao tratamento é uma dificuldade no atendimento efetivo aos indivíduos, pois o tratamento requer trabalho em equipe, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível e a colaboração e o envolvimento do indivíduo portador da patologia no cuidado de si. Além disso, a identificação dos fatores influentes na adesão ao tratamento pode auxiliar o enfermeiro no estímulo ao paciente para realização desse cuidado (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

A adesão ao tratamento pode ser apresentada como um complexo de fenômenos que podem influenciar a decisão do paciente de seguir a prescrição médica e os procedimentos do tratamento. Diferentes métodos foram utilizados no estudo da adesão, mas não foi encontrado um consenso sobre os conceitos de adesão e não adesão (CARDOSO; GALERA, 2006).

Maldaner *et al* (2008) realizaram uma pesquisa bibliográfica onde identificaram nove fatores que influenciam a adesão ao tratamento de indivíduos portadores de doenças crônicas, fatores estes que ocorrem associados entre si, e que são: confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapêutica, falta de acesso aos medicamentos, tratamento longo, esquema terapêutico complexo e ausência de sintomas.

Confiança na equipe é um dos fatores decisivos para adesão que o paciente deposita na equipe de saúde. Atitudes adotadas pelos profissionais de saúde, como linguagem popular, demonstração de respeito pelas suas crenças e atendimento acolhedor, desencadeiam uma confiança maior nestes, resultando em uma melhoria da adesão terapêutica do doente. Quando houver essa confiança, o indivíduo terá maior disposição para dialogar sobre seus medos e sua visão de mundo, o que facilitará na construção deste vínculo tão importante. Para o enfermeiro, é necessária a capacidade de captar a subjetividade de cada ser, proporcionar um suporte emocional e esclarecimento em relação à patologia, indicar caminhos para que o indivíduo consiga manter sua qualidade de vida, desenvolvendo-se o vínculo de confiança (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Por isso as redes de apoio, como a presença da família, de amigos e pessoas próximas, são importantes no enfrentamento de dificuldades, especialmente tratando-se de uma patologia crônica, na qual é necessário superar as dificuldades prolongadas ocasionadas pela doença. O indivíduo é responsável pela sua aderência ao tratamento, no entanto, o processo de aderência deve envolver a equipe de profissionais, familiares, amigos implicados direta ou indiretamente no tratamento (MALDANER *et al*, 2008).

Já os estudos ao relacionarem o grau de escolaridade com a adesão ou não à terapêutica têm demonstrado que, quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior é a probabilidade de abandono do tratamento. A baixa escolaridade pode comprometer a aprendizagem, pois a complexidade da terapêutica exige dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes, não alcançadas por ele. Independente do grau de instrução do doente crônico, a educação para a saúde é de responsabilidade de cada integrante da equipe. O processo educativo deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao seu nível sociocultural (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

As dificuldades em aceitar ou não a doença dependem de condições individuais internas e externas. As internas referem-se à manutenção da autoimagem positiva, mudanças no papel desempenhado na família, na sociedade e no seu estilo de vida. As condições externas que podem influenciar na aceitação da doença e decorrem da participação e apoio recebido da família e dos profissionais da saúde (FAÉ *et al*, 2006).

Agora, os efeitos colaterais no tratamento de uma doença são aqueles efeitos indesejáveis geralmente provocados pelos medicamentos. A não adesão ao tratamento tem uma relação significativa com os efeitos colaterais da medicação utilizada. Isso é confirmado por diversos estudos que consideram os efeitos colaterais como um dos principais motivos para a não aderência ou mesmo o abandono do tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Em contra partida, uma das causas da falta de acesso aos medicamentos pode estar relacionada à dificuldade encontrada pelos doentes crônicos em serem incluídos e acolhidos nos serviços da rede pública para atendimento. O alto custo dos medicamentos está associado à falha no tratamento, o que é evidenciado em estudo que verificou que o custo mensal das medicações dos aderentes era menor que o dos não aderentes (FAÉ *et al*, 2006).

A doença crônica pode ser definida como uma condição ou um problema de saúde com sintomas ou incapacidades que requerem um tratamento a longo prazo, ou por toda a

vida. A condição crônica é uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de grupos (MALDANER *et al*, 2008) .

Por isso, a probabilidade do indivíduo não aderir às orientações aumenta com a complexidade do tratamento. O elevado número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico complexo estão associados a não adesão mesmo quando os medicamentos são fornecidos. Deste modo, exigem um grande empenho por parte do indivíduo, que precisa adaptar sua vida para cumprir o tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

A identificação dos fatores que envolvem a adesão terapêutica contribui para uma assistência mais segura, comprometida e menos frustrante para o profissional. Desta forma, o profissional deve orientar apontar caminhos e entender que a não adesão ao tratamento não depende apenas da sua atuação profissional. E para aderir deve ser através de um conjunto de ações que promovam um maior envolvimento entre diversos profissionais, paciente e familiares. Outra estratégia que pode ser utilizada na adesão ao tratamento é o trabalho educativo por meio de grupos com doentes crônicos, que tem como proposta compartilhar dúvidas, angústias e receios, buscando alternativas que auxiliem na superação das dificuldades, no enfrentamento e na adaptação do estilo de vida à sua nova condição de saúde (FAÉ *et al*, 2006).

Também, a adesão ao tratamento, representa a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios: primeiro estágio é a concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde, segundo estágio é a adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte; terceiro estágio é a manutenção, o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Por isso, o tratamento é seguido de acordo com a particularidade de cada indivíduo, através de fatores adquiridos ao longo da vida, apoio familiar e relacionamentos com outras pessoas. Essas particularidades auxiliam na resposta ao tratamento e devem ser entendidas pelo profissional de saúde. Este profissional deve colocar como foco de sua atenção na pessoa e não na doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna

um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento (MALDANER *et al*, 2008).

Entretanto, Leininger (1995) tem estudando desde a década de 50 a influência da cultura nas práticas de saúde, pois observou que em diferentes comunidades os hábitos e costumes diferem de forma significativa. A autora define a cultura como *valores, crenças, normas e modos de vida que são aprendidos, assumidos e transmitidos por um determinado grupo e que guiam seus pensamentos, decisões, ações e padrões de comportamento*. Neste contexto ela propôs a teoria do Cuidado Transcultural, que apresenta um modelo de cuidado onde considera a cultura do indivíduo, família ou grupo como essencial para o sucesso do atendimento do paciente.

Tal situação foi constatada quando ela observou que as orientações feitas por profissionais de saúde frequentemente não eram seguidas pelos pacientes e percebeu que isto ocorria devido ao fato destes possuírem costumes próprios para a prática de saúde carregada de crenças e valores de sua cultura. Em seu modelo a teórica apresenta três formas de prestar o cuidado considerando modo de vida e crenças, sendo a primeira preservação do cuidado onde os hábitos, crenças e valores do cliente são mantidos; a segunda é de acomodação das ações de saúde que são negociadas com os clientes para conseguirem a adaptação do cuidado às crenças e valores do indivíduo; e a terceira forma de cuidado prevê a repadronização ou reestruturação dos hábitos e costumes do cliente, sempre que ocorrer risco para a saúde dos mesmos (LEININGER, 1995).

Portanto, a vivência de cada indivíduo interfere na maneira de visualizar sua patologia em seu contexto de vida, e desta forma também em como ele adere ao tratamento. Por este motivo, é necessário sensibilidade ao profissional de saúde para perceber cada indivíduo como único e desta maneira adaptar sua forma de assistência de acordo com a cultura de cada pessoa (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo foi exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória proporciona ter maior envolvimento com o problema, tendo o objetivo de tornar mais claro ou de formular hipóteses.

A abordagem qualitativa, para Lüdke e André (1986), é analisar os dados trabalhando com todo o material adquirido durante a pesquisa. Esta análise deve estar presente no vários estágios da pesquisa, tornando-se mais sistemática e formal após a finalização da coleta de dados.

### **4.2 Contexto**

Realizado no ambulatório geral, de um hospital de Porto Alegre que atende consultas de enfermagem para pacientes com dano crônico. A instituição atende pacientes ambulatoriais em várias especialidades oriundos da região com danos crônicos, entre eles, hipertensão, diabete, dislipidemia e dor crônica. Como não foi solicitada autorização para identificação da instituição mantemos o anonimato.

### **4.3 Participantes**

Pacientes portadores de danos crônicos atendidos em consulta de enfermagem. Mensalmente, a enfermagem atende uma média de quarenta pacientes nas consultas do portador de dano crônico, ou seja, 440 pacientes em média por ano.

A amostra foi realizada com 10 pacientes e mediante convite para participação do estudo. O número de pacientes foi determinado considerando a realização de outros estudos desta natureza, em que este número foi suficiente para chegar à saturação de respostas.

O critério de inclusão para o estudo foi:

- Disponibilidade em participar do estudo.

- Adequada condição de comunicação (lúcido, orientado, coerente).
- Pacientes portadores de danos crônicos.

O critério de exclusão para o estudo foi:

- Primeira consulta de enfermagem.
- Paciente oncológico.
- Acompanhado de cuidador que recebe orientações pelo paciente.

#### 4.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos:

1. O pesquisador foi apresentado ao paciente no início da consulta pelo enfermeiro, que explicou sobre o estudo e fez convite de participação pós-consulta. O pesquisador fez observação não participativa da consulta para identificar os itens orientados pelo enfermeiro, que foram anotados em um instrumento de coleta de dados do tipo *check list* (apêndice A). O pesquisador não interferiu na consulta ou orientações fornecidas ao paciente.
2. Logo após a consulta de enfermagem foi feita a coleta de dados através de entrevista com um instrumento que conteve apenas uma questão norteadora:

“Conte o que lhe foi orientado durante a consulta com a (o) enfermeira (o)?”

A pesquisadora realizou a entrevista no campo de coleta dos dados em sala reservada e a entrevista foi gravada em áudio. A entrevista teve duração em torno de 30 minutos e ocorreu após o consentimento e assinatura do termo de consentimento.

#### 4.5 Análise dos Dados

As entrevistas foram organizadas e categorizadas para análise de conteúdo seguindo o modelo Lüdke e André (1986). Para a formulação destas foi preciso ler e reler o material até chegar a uma espécie de impregnação do seu conteúdo. Após leitura e organização dos dados foram definidas três categorias: **1) Fatores relacionados ao emissor (enfermeiro); 2) Fatores relacionados ao receptor (paciente); 3) Fatores relacionados a mensagem ou ambiente.**

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Este estudo levou em consideração os aspectos éticos, assegurando a autoria dos artigos pesquisados, utilizando para citação e referência dos autores às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ-EENF/UFRGS). Após sua aprovação foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS).

Fornecido aos pacientes após a consulta de enfermagem, um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma para o paciente e outra para o pesquisador, onde constou: título, objetivo e justificativa do estudo, anonimato dos participantes. Foram informados ainda que os dados seriam gravados, transcritos e analisados, sendo utilizados especificamente para este estudo e que podiam ter a liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento sem sofrer qualquer prejuízo em seu tratamento caso optassem por não participar do estudo. Os nomes dos participantes foram alterados na discussão da análise, a fim de preservar suas identidades. Após a análise e transcrição do material, as gravações foram destruídas. O material foi guardado em um local seguro pela pesquisadora, sob total responsabilidade da mesma. Após cinco anos os mesmos serão destruídos.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A temática do estudo foi sobre os elementos básicos do processo de comunicação utilizados durante a consulta de enfermagem e sua influência na adesão ao tratamento pelos pacientes. Teve como objetivo conhecer os fatores relacionados à comunicação que possam interferir na adesão ao tratamento do paciente a partir das orientações recebidas durante a consulta de enfermagem. A comunicação tem três elementos básicos fundamentais que são o emissor, responsável pela transmissão de alguma informação; mensagem é a ideia que vai ser passada; e o receptor é quem vai receber a informação (UNICAMP, 2002).

Ao iniciar o estudo tinha-se a idéia que o paciente (receptor) seria o responsável pela não adesão ao tratamento, devido sua dificuldade em compreender as orientações do enfermeiro (emissor). Esta impressão foi reforçada pela leitura de artigos que abordam esta temática, colocando a questão da adesão ao tratamento de forma pessimista ao considerar que nenhum paciente é capaz de uma adesão perfeita e que o normal é não aderir (LEITE E VASCONCELLOS, 2006).

No decorrer da coleta de dados, percebeu-se que não raro foi o emissor quem dificultou o fluxo da comunicação. Barbosa, Teixeira e Pereira (2007) expõem que o enfermeiro pensa que suas orientações são a única verdade propiciando que o paciente fique inibido de expor suas emoções, pontos de vista e dúvidas. Por isso, paciente faz de conta que entendeu e segue as orientações, e o enfermeiro pensa que fez uma ótima consulta. Durante a observação não participante pode-se perceber ainda que a linguagem utilizada pelos enfermeiros foi perfeitamente acessível à compreensão dos sujeitos.

Após leitura criteriosa das entrevistas pode-se organizar os dados em três categorias relacionadas ao objetivo do estudo que são: *1) Fatores relacionados ao emissor (enfermeiro); 2) Fatores relacionados ao receptor (paciente); 3) Fatores relacionados a mensagem ou ambiente.*

A temática relacionada à categoria *fatores relacionados ao emissor (enfermeiro)* é pouco discutida na literatura, mas se considerado o enfermeiro como parte integrante nos elementos básicos do processo de comunicação, sua participação é vital neste contexto. Na análise do processo de comunicação o emissor é um dos elementos básicos e qualquer aspecto pode ser decisivo na compreensão da mensagem (orientação) prestada.

Durante determinada consulta o enfermeiro decide que o paciente deve passar de 20 cigarros diários para no máximo quatro sem questionar ou orientar como o sujeito poderia alcançar tal meta. Para esta questão Leininger (1995) estudando a relação de crenças e valores com a adesão dos indivíduos ao tratamento escreve em sua teoria do cuidado transcultural que as orientações dos profissionais devem sempre que possível ser adaptadas aos hábitos das pessoas, senão devem ser negociadas e só quando não for possível atender às duas possibilidades anteriores ir contra os costumes dos mesmos. Na entrevista sobre esta questão o informante relata que foi *diminuindo, diminuindo o número de cigarros, mas que sua ansiedade é muito maior...* e que o enfermeiro disse que então deveria manter quatro cigarros!

Outra situação relacionada ao emissor é a falta de fundamentação do que é orientado podendo levar o paciente a reforçar idéias errôneas ou não entender a importância do que é orientado.

A amitriptilina é muito forte e me faz dormir.  
(Nina)

O profissional não informou à D. Nina que a medicação não induz o sono e sim aprofunda o sono e recapta a serotonina contribuindo na redução da dor. A paciente por não ter problemas para dormir acredita que não precisa tomar tal medicamento.

Outro fator relacionado ao profissional diz respeito ao seu conhecimento para atendimento de pacientes. Embora não tenha ocorrido com frequência durante a observação das consultas pode-se perceber a repercussão de orientação no entendimento do informante ao ser entrevistado.

Não sabia que a urina acabava dilatando a bexiga  
e as toxinas voltam para o organismo da gente.  
(Lili)

Como o pesquisador assistiu a consulta pode constatar que o informante reproduziu a informação que recebeu. O objetivo era que a paciente não retivesse urina e que procurasse ir ao sanitário sempre que sentisse vontade de urinar para evitar o risco de uma infecção urinária. Coincidentemente o profissional deve ter conseguido seu objetivo, pois a informante ficou assustada com a orientação que recebeu. Esta conduta pode chegar à adesão, porém o indivíduo leva uma informação equivocada da fundamentação da orientação recebida.

Durante a observação foram relatadas situações pelos pacientes que não foram valorizadas pelos profissionais e conseqüentemente não foi orientada nenhuma conduta sobre

estas. Fatos como este podem ocorrer quando o profissional tem em mente um plano de consulta e valoriza apenas as informações prestadas pelo paciente que sejam relevantes para desenvolver o plano prévio de consulta. Desta forma o informante não relatou nada na entrevista, pois seus assuntos não foram discutidos durante a consulta.

Segundo Silveira e Portella (2001) a melhor forma de organizar e operacionalizar a consulta é através da formulação do plano prévio. Este plano não deve ser inflexível, cabendo o enfermeiro modificá-lo ou não durante a consulta, de acordo com informações novas que possam aparecer no desenvolvimento da consulta. O enfermeiro deve discutir os assuntos trazidos pelo paciente e informá-lo porque incluí-los ou não na consulta, ao em vez de ignorar as colocações do paciente. (SILVEIRA; PORTELLA, 2001).

Neste processo de comunicação em saúde também foram constatadas situações relacionadas ao receptor (paciente). Na segunda categoria *Fatores relacionados ao receptor (paciente)* ocorreu situação interessante como a vivenciada com a senhora Edir que chorou durante toda a consulta desta forma não prestou atenção nas poucas orientações que recebeu devido seu estado emocional. Isto se deve ao fato da mesma chegar ao consultório solicitando encaminhamento para fazer acupuntura, pois este seria o único meio de aliviar suas dores generalizadas. Foi orientada que primeiro deveria seguir o tratamento orientado que suas dores iriam melhorar. Durante a entrevista continuou chorando dizendo que fica nervosa e esquece tudo o que foi falado.

Ai! Quando fico nervosa eu esqueço as coisas. Não  
me lembro de mais nada do que foi falado.  
(Edir)

O caso acima ilustra situação em que o receptor (paciente) deseja que seus problemas sejam resolvidos pelo profissional mediante intervenções que possam tratar seu problema de forma passiva. Embora se acredite que grande parte da responsabilidade do tratamento, neste caso depende do paciente, o profissional não poderia fazer orientações num clima inadequado de terapêutica, pois na entrevista a informante disse que não lembrava nada que fora orientado.

Normalmente, a consulta deve ser feita de acordo com a particularidade de cada indivíduo e percepção do profissional em avaliar o estado emocional do paciente para receber as orientações. Entretanto, algumas vezes o paciente já vem com um objetivo principal para ser discutido ou pertinente durante a consulta, que as vezes não coincide com a proposta ou

plano prévio inicial do enfermeiro, gerando conflitos entre ambos os lados (MALDANER *et al*, 2008).

Situações consideradas prioritárias pelo paciente se não valorizadas pelo profissional podem gerar falta de interesse e atenção para outras orientações. Neste estudo foram evidenciadas pelo menos duas consultas observadas.

A senhora Edir preocupada em encontrar outra solução que não a cirúrgica para dois cistos de Becker e fazer acupuntura para a dor, na entrevista não se lembrou de nenhuma orientação recebida durante a consulta. A senhora Rosa preocupada com secreção fétida drenando de ferida cirúrgica não tinha condições de lembrar orientações e durante a entrevista continuou falando da ferida com secreção, pois era o que se lembrava da consulta.

Estes relatos caracterizam problemas relacionados à atenção do receptor. Os informantes, se atentos teriam condições de lembrar o que lhes fosse orientado. A senhora Margarida muito ansiosa, ria durante a consulta e a entrevista. Limitou-se a informar que fora falado sobre exercícios e medicação, mas não conseguiu dizer o que fora orientada.

Analisando o relato de dona Margarida, ansiosa e falante, por este motivo, sem condições de reter muitas informações pensa-se que o enfermeiro deveria tratar em primeiro plano os motivos de tanta ansiedade. Aqui se percebe que em se tratando de comunicação tem fatores relacionados tanto ao profissional quanto do paciente. Pode-se depreender que a adesão está comprometida.

Não é tarefa fácil aderir ao tratamento, pois o indivíduo enfrenta desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua da equipe de enfermagem para auxiliar o paciente a manter sua parte no tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Foi ainda identificado problema de interpretação da informação pelo paciente por orientação sem fundamentação que o paciente (receptor) decodificou como entendeu de acordo com seus valores ou conhecimento informal adquirido. Este foi o relato da senhora Nina que na entrevista disse que a amitriptilina era forte e era para dormir. Neste caso pela observação o enfermeiro apenas disse que a medicação deveria ser ingerida mais cedo, sem fundamentar.

Por outro lado observaram-se três consultas em que o profissional fez orientações claras e explicou cada uma aos pacientes. Nas entrevistas os mesmos conseguiram lembrar as orientações e fundamentações.

A enfermeira me orientou que a amitriptilina não me dá sono.  
O que me dá sono é a outra que eu tomo.  
A enfermeira me explicou e eu entendi.  
(Cravina)

Se tivessem me explicado como a enfermeira que o colírio  
era importante para lubrificar o olho eu teria comprado,  
mas como o doutor não explicou e eu não tinha dinheiro  
achei que era só para lavar o olho e como ele está  
lacrimejando, achei que não precisava.  
(João)

Na observação das consultas com este profissional percebeu-se domínio de conhecimento do enfermeiro, coordenação do andamento da consulta e fez *feedback* das orientações fornecidas.

Carvalho e Bachion (2005) descrevem quatro processos básicos da comunicação, que são a codificação, compreensão, informação e persuasão. Para que isso ocorra de modo eficiente é necessário que o profissional de saúde realize uma consulta com atenção, clareza e sensibilidade de perceber se o paciente está compreendendo suas informações. E no final da consulta utilizar o *feedback*, como meio de lembrar ou reforçar o que foi orientado.

Pensando na revisão das informações ao final das orientações pode-se relatar situações com foco na terceira categoria ***Fatores relacionados a mensagem ou ambiente***. Estes fatores podem prejudicar ou auxiliar na compreensão das mensagens (orientações).

Observou-se que durante as consultas ocorrem muitas barreiras de comunicação devido aos ruídos de pessoas conversando fora dos consultórios e pacientes batendo na porta para falar com o enfermeiro ou celulares de pacientes tocando durante a consulta e o mesmo atende sem intervenção do enfermeiro. Mesmo na posição de observador não participante teve em alguns momentos dificuldade de acompanhar o andamento das consultas, pois os ruídos prejudicam a atenção e compreensão das falas.

Segundo Stefanelli, Carvalho e Arantes (2005) o ambiente engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço. Nota-se que as barreiras prejudicaram o êxito do processo de comunicação, como o que aconteceu em muitas das consultas observadas, devido à interrupção no fluxo do andamento das mesmas.

A senhora Violeta durante a entrevista demonstrou segurança ao relatar as orientações recebidas durante a consulta, porém não tinha confiança em seguir o tratamento porque entendia que se sua doença não tem cura não tinha como resolver seus sintomas. Comparando as informações da senhora Violeta com o observado na consulta evidenciou-se que a mesma lembrava corretamente o que lhe fora orientado, porém o enfermeiro fez orientações imaginando, provavelmente, que a paciente já conhecia sua patologia.

[...] se não tem cura? Como posso viver sem esta dor?  
(Violeta)

Se me dissessem que colírio para olho seco  
lubrificava o olho eu teria usado!  
(João)

As falas acima exemplificam situações de mensagens truncadas. Os dois informantes são esclarecidos e não têm dificuldade de seguir o tratamento, porém a senhora Violeta não entendia como vai ficar sem dor fazendo as orientações se o problema que tem é de dor crônica. O senhor João não via necessidade de usar colírio para olho seco se estava lacrimejando e não tinha dinheiro para comprar o mesmo.

Nestes casos percebe-se a grande importância de ter uma comunicação verbal adequada e com informações claras e objetivas ao paciente, proporcionando assim, o direito de saber o que está sendo realizado através de orientações adequadas ao seu nível cultural (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Ainda pode-se comparar entre a observação das consultas e as entrevistas que pacientes que não compreenderam as orientações por falta de informações como os casos da senhora Violeta e do senhor João e não perguntaram ao enfermeiro durante a consulta. Como não era o foco do estudo não foi questionado o porquê não esclareceram suas dúvidas.

Machado, Leitão e Holanda (2005) referem que o trabalho de enfermagem exige, além de conhecimentos e habilidades técnicas, competência humana para conduzir uma consulta interativa entre o enfermeiro e o paciente. Observou-se que durante o estudo da interrelação entre o enfermeiro e o paciente é fundamental neste processo de comunicação, uma vez que a empatia ou não pode colocar em jogo a atenção do paciente, o que pode ser visto como mais uma barreira da comunicação. Recomenda-se que sejam realizados estudos para verificar a influência deste fator no processo de adesão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar o estudo tinha-se a impressão que os fatores de comunicação incluiriam essencialmente os relacionados com a compreensão dos pacientes, porém ao concluir a análise das informações coletadas, identificou-se que os aspectos relacionados à comunicação são bem mais complexos do que se imaginava e que os enfermeiros parecem não ter dificuldades para falar uma linguagem que seja compreensível pelos pacientes.

Embora a amostra estudada não seja representativa do universo de pacientes e por tratar de um estudo qualitativo, pode levantar subsídios que levarão a estudos mais aprofundados sobre a temática.

Um aspecto relevante a ser considerado são os múltiplos fatores que interferem no processo de comunicação que estiveram presentes no decorrer do estudo. Deve-se considerar que embora se tenha academicamente dividido as informações em categorias estas não se apresentaram de forma isolada, pois os elementos envolvidos diziam respeito simultaneamente a todos os fatores estudados.

Pode-se quase afirmar pelas observações e entrevistas que o processo não depende unicamente dos pacientes, como se vivencia na conduta de profissionais que dão alta dos serviços aos pacientes por não aderirem ao tratamento orientado ou determinado.

Identificou-se que entre os fatores importantes da comunicação que podem interferir na adesão dos pacientes ao tratamento relacionado aos profissionais enfermeiros está a priorização de problemas e orientações frente às prioridades elencadas pelos pacientes, a falta ou insuficiente conhecimento do profissional para fazer orientações consistentes e precisas, orientações incompletas que levam os pacientes a fazerem deduções errôneas e dificuldade dos profissionais de assumirem o controle dos atendimentos.

Entre os fatores relacionados aos pacientes considerou-se o conhecimento de prioridades para seu tratamento, a falta de atenção nas orientações, a dificuldade de perguntar orientações que não compreenderam, aspectos relevantes que podem interferir na adesão.

A categoria elencada sobre a mensagem e ambiente também trouxe aspectos relevantes a serem considerados como fatores que interferem na compreensão de orientações fornecidas

pelos enfermeiros. Chamou atenção o ruído externo no consultório que muitas vezes interferia no som das vozes dificultando a escuta.

Se por um lado os pacientes vêem os profissionais com certa autoridade e que exercem certo poder sobre eles, de outro não sentem constrangimento em atender seus celulares interrompendo as consultas. Este é um fator que certamente fissa a continuidade do atendimento. Considerando o uso indiscriminado desta tecnologia caberia aviso aos usuários que desligassem seus aparelhos antes de entrarem no consultório.

Lembrando que a adesão depende do conhecimento e da vontade do paciente para se cuidar e que a comunicação é apenas um aspecto primordial para a aquisição do conhecimento, tem que considerar que o estudo pinçou apenas uma ponta do enorme *iceberg* que está ainda imerso no grande oceano de informações ainda não exploradas pelos estudiosos do assunto.

Finalmente, se recomenda que outros estudos sejam realizados enfocando os vários aspectos ingenuamente tratados neste estudo e que exigem maior aprofundamento de forma a se generalizar as informações obtidas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, F.C. Dor crônica: o seu paciente aderiu ao tratamento? **Rev. Prática Hospitalar.**, ano. 8, n. 47, p. 52-54, set-out 2006.

Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2047/pdfs/mat%2018.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2189-2197. ISSN 1413-8123.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

BARBOSA, M.A.R.S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Consulta de Enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a18v20n2.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

CAR, M.R.; EGRY, E.Y. Processo de trabalho da enfermagem na atenção ambulatorial ao adulto com hipertensão arterial: representações e contradições. **Revista Escola Enfermagem USP** 1995 ago; 29(2):180-92.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 set. 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2006, vol.19, n.3, pp. 343-348. ISSN 0103-2100.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2011.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 158 p.

FAÉ, A.B.; OLIVEIRA, E.A.; SILVA, L.T.; CADÊ, V.; MEZADRI, V.A. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Enfermagem UERJ** 2006; 14(1): 32-6.

Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2011.

FURUKAWA, C.Y.; HOWE, J.K. Virginia Henderson. *In*: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 375 p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 99 p.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practices**. 2 ed. United States of America: McGraw-Hill, 1995.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na Internet] 2006; 8(3): 775-82.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 26 abr 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MACIEL, I.C.F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 março-abril; 11(2):207-14.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a10.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2005, vol.13, n.5, pp. 723-728. ISSN 0104-1169.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a17.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

MALDANER, C.R.; BEUTER, M., BRONDANI, C.M.; BUDÓ, M.L.D.; PAULETTO, M.R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 dez;29(4):647-5.

Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

NEVES, D.A. Ciência da informação e cognição humana: uma abordagem do processamento da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 39-44, jan./abr. 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v35n1/v35n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2011.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B.. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estud. psicol. (Natal)** [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 459-469. ISSN 1413-294X.

Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23148/000505975.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 20 abril 2011.

PIAGET, J. **Aprendizagem e Conhecimento**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1979.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, suppl. 2, pp. 2299-2306. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf> >. Acesso em: 18 mar. 2011.

SILVA, M.G. da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13918.pdf> >. Acesso em: 18 mar. 2011.

SILVA, M.J.P. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 158 p.

SILVEIRA, D. T.; PORTELLA, V.C.C. Consulta de Enfermagem. **EEnf/UFRGS**. 2001. Disponível em: < <http://paginas.ufrgs.br/eenf/ensino/graduacao/enfermagem/atividades-de-ensino/enf01004-enfermagem-no-cuidado-ao-adulto-ii/material-de-apoio> >. Acesso em: 29 nov. 2011.

SILVEIRA, L. M. C. da; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 91-104. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. Comunicação e Enfermagem. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 158 p.

SUCUPIRA, A.C. The importance of teaching doctor-patient relationships and communication abilities in health professional education. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.619-35, set/dez 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180115440016> >. Acesso em: 11 jul. 2011.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas. Educação a distância Modulo 1: Comunicação. Campinas, 2002. Disponível em: <<http://www.ead.unicamp.br/minicurso/video/texto/Modulo1/mod001tela001.htm> >. Acesso em: 9 nov. 2011

**APÊNDICE A – Check List**

<b>Orientações feitas pelo(a) enfermeiro(a) durante a consulta ao paciente</b>	<b>Orientado</b>	<b>Não orientado</b>
Alimentação		
Eliminações		
Exercícios de alongamento		
Família		
Fisiopatologia da dor		
Lazer		
Medicações		
Sono		
Técnicas de relaxamento		
Trabalho		
Comentários:		

Fonte: CARVALHO, C.P. **Check List**, 2011.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **Processo de comunicação na consulta de enfermagem como fator de adesão ao tratamento**

Pesquisadora: acadêmica de enfermagem Cristiane Pinto Carvalho

Orientadora: professora Vera Catarina Castiglia Portella

Sr(a) Participante:

Com este projeto de pesquisa pretendem-se conhecer os fatores da comunicação que podem interferir na adesão ao tratamento do paciente a partir das orientações recebidas durante a consulta de enfermagem. Para tanto estamos lhe convidando a responder algumas perguntas que serão gravadas em áudio.

A sua participação é livre, e sua desistência de fazer parte do estudo será respeitada em qualquer uma das etapas do processo, a retirada do consentimento bem como as informações obtidas por meio das entrevistas não terão nenhum tipo de implicação no tratamento, caso opte por não participar do estudo ou desistir do mesmo. Asseguramos que a sua privacidade será preservada, portanto, não haverá identificação de nomes com o teor das informações que irão compor o relatório da pesquisa. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com o objetivo deste projeto, sendo que, após a análise e transcrição do material, as gravações serão destruídas, e este material guardado em um local seguro pela pesquisadora, sob total responsabilidade da mesma. Após cinco anos da divulgação dos dados em meio científico os mesmos serão destruídos.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso no final desta folha constam as formas de contatos.

Telefones para contato: (51) 9194 2942 – Cristiane Pinto Carvalho

(51) 3336 3523 – Vera Catarina Castiglia Portella

**Comitê de Ética da UFRGS: (51) 33163629**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

## **APÊNDICE C – Instrumento de coleta**

Pergunta norteadora da entrevista.

“Conte para mim o que lhe foi orientado durante a consulta com a (o) enfermeira (o)?”

## **ANEXO 1 – Carta de Aprovação da COMPESQ-EENF/UFRGS**

**Projeto N°:** 21517

**Título:** PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO FATOR DE ADESÃO AO TRATAMENTO

**Área do Conhecimento:** Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Início:** 01/09/2011

**Previsão de conclusão:** 20/12/2011

**Término:** 30/11/2011

**Situação:** projeto concluído

**Origem:** Escola de Enfermagem / Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Projeto Isolado com linha temática NULL

Projeto aprovado após cumprimento das pendências, em reunião de 14/9/2011.

Título - há concordância com os objetivos. Introdução - revisão da literatura na área, com fundamentação teórica pertinente. Objetivos - concordância com título e delineamento do projeto. Método - no item 4.2 (Contexto) persiste sem a identificação do local (hospital) em que ocorrerá a coleta de dados. Sugere-se rever novamente a construção (concordância verbal) do último parágrafo da análise dos dados. Delineamento - adequado aos objetivos. Tamanho da amostra - há justificativa pertinente. Critérios de inclusão e exclusão - sugere-se incluir "pacientes portadores de danos crônicos" nos critérios de inclusão. Aspectos Éticos: adequados. Consta que o projeto será encaminhado ao CEP/UFRGS. Instrumento de coleta de dados - adequado aos objetivos e delineamento. Cronograma - compatível com as ações propostas para o projeto. Orçamento - adequado ao projeto. Referências bibliográficas - adequadas ao projeto, atualizadas, citadas adequadamente. Projeto aprovado. Sugerem-se pequenas correções constantes neste parecer, antes do envio ao CEP/UFRGS.