

ALGUMAS REFLEXÕES, SOBRE CATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS VERBAIS ORAIS E SEU EMPREGO PELA ENFERMAGEM

[Some reflections about categories of verbal oral behaviors and its use by nursing]

Maria Márcia Bachion*
Emília Campos de Carvalho**
Vera Lúcia Belisário***
Alessandra Patrícia Cardoso****

RESUMO: Durante nossas experiências na pesquisa e no ensino de comunicação, verificamos que a literatura, na área da codificação de comportamentos verbais orais, não tem alcançado a precisão necessária para tornar seus achados prontamente utilizáveis. Este trabalho aproxima autores que tratam da categorização do comportamento verbal oral e do ensino de técnicas de comunicação terapêutica, propondo uma síntese que possa ser facilmente empregada pela enfermagem. Junto à recategorização, procedemos análise da utilização de cada tipo de expressão. Analisamos obras de CLARK (1981); BEANLANDS & MACKAY (1981); FORREST (1983); DuGÁS (1988); ATKINSON & MURRAY (1989); STEFANELLI (1993); BEIJAMIN (1994) e SILVA (1996). Consideramos técnicas de comunicação terapêutica os comportamentos que favorecem o relacionamento interpessoal: Declarações/questões de abertura; Respostas mínimas; Técnica do reflexo; Percepção de expressões corporais; Aceitação de sentimentos; Reconhecimento de presença; Informações; Esclarecimentos; Sondagem de pensamentos subentendidos; Perguntas relativas aos dados comunicados; Respostas a comportamentos inapropriados. Estas técnicas podem ser utilizadas na categorização das emissões verbais orais. Acrescentamos a elas 15 classes de verbalizações não terapêuticas. Acreditamos que esta proposta facilitará a decodificação por parte dos leitores, favorecendo reflexões na área da assistência, do ensino e da pesquisa.

PALAVRAS CHAVE: Relações enfermeiro-paciente; Sistemas de comunicação no hospital; Comunicação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No decorrer de nossas pesquisas na área de comunicação em enfermagem, trabalhamos diversas vezes com a categorização do comportamento verbal oral (BACHION, 1991, 1994; BERNARDINA et al, 1996; CARVALHO et al, 1997), bem como no ensino de habilidades de comunicação interpessoal (BACHION, 1994; CARVALHO et al, 1997).

Nessa trajetória, deparamo-nos com diversas propostas de classificação de comportamentos verbais

orais (as palavras podem ser escritas ou faladas, em nosso caso, dedicamo-nos às palavras emitidas oralmente). Alguns autores apenas rotulam as emissões verbais, sem preocupar-se em descrevê-las; outros, focalizam o efeito dos comportamentos orais, subdividindo-os em “respostas que ajudam e que dificultam a interação” em situação de coleta de dados. Como agravante, percebemos que a literatura apresenta de modo confuso o que sejam categorias de comportamentos verbais orais, técnicas de comunicação e habilidades comunicativas.

Entendemos *habilidade* como capacidade, aptidão, destreza. Para TRAVELBEE (1966) seriam as seguintes habilidades gerais necessárias para os indivíduos comunicarem-se oralmente: capacidade para se expressar com clareza, de modo conciso, utilizando vocabulário apropriado, falando **com** os outros em seus níveis de compreensão e não para ou sobre os outros; destreza para ouvir, escutar, interpretar.

As habilidades de comunicações específicas, segundo a mesma autora seriam: aptidão para observar e interpretar observações; capacidade para dirigir ou guiar a interação de modo a atingir as metas; habilidade para averiguar se a comunicação está permitindo a compreensão que se necessita; destreza para reconhecer o momento de falar e o de ficar em silêncio; capacidade para esperar; habilidade para avaliar a participação na interação.

WESTABY (1983) menciona ainda as habilidades do auto conhecimento dos mecanismos de lutas e da auto descoberta.

As habilidades são manifestadas através de métodos específicos ou formas especiais de verbalizações, constituindo-se em *técnicas de comunicação*.

As técnicas ou expressões que facilitam o processo de comunicação interpessoal (e que ajudam a desenvolver as habilidades necessárias ao mesmo) são entendidas como terapêuticas, pois servem para identificar e atender os problemas do paciente na área da assistência à saúde. As emissões que não atendem a estes requisitos são chamadas de categorias de comunicação não terapêuticas ou bloqueadoras da comunicação.

Quando examinamos estudos que trazem maneiras de codificar comportamentos verbais, sentimos dificuldade de entendimento/interpretação das categorias propostas, por falta de detalhes em sua descrição. Além disso, no decorrer de nossas experiências de ensino de técnicas de comunicação (BACHION, 1994; CARVALHO et al, 1997) foi necessário

* Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

** Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

*** Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Bolsista do PIBIC/CNPq.

**** Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

decodificarmos as categorias propostas pelos estudiosos para permitir melhor compreensão por parte de nossos alunos.

Assim, é nosso objetivo realizar uma aproximação entre um grupo de autores que tratam da categorização da comunicação verbal oral de forma semelhante, e refletir sobre o uso de cada uma delas.

MÉTODO

Foram analisadas as obras de CLARK (1981), BEANLANDS & MACKAY (1981), FORREST (1983), DuGAS (1988), ATKINSON & MURRAY (1989), STEFANELLI (1993), BEIJAMIN (1994) e SILVA (1996) concernentes à forma de classificação do comportamento verbal oral do enfermeiro em situações de relação interpessoal com pacientes, bem como a conceituação destes autores atribuída a cada categoria.

RESULTADOS

Os comportamentos referidos pelos autores já citados pertencem a dois grandes grupos: comportamentos que facilitam a comunicação, sendo rotulados como “técnicas de comunicação terapêutica”, e comportamentos que dificultam a expressão por parte do paciente, sendo então chamados de categorias bloqueadoras da comunicação.

Categorias que facilitam a comunicação (técnicas de comunicação terapêutica).

Para BACHION (1991), as categorias facilitadoras têm várias funções: estimular a verbalização do paciente, promover um clima de abertura para que o paciente sinta-se à vontade para expressar-se, fornecer elementos que permitam ao paciente a compreensão de sua situação, transmitir interesse e empatia. Acrescentamos ainda: transmitir aceitação e indicar que o profissional está compreendendo o que está sendo dito e indicar que o profissional está mantendo atenção concentrada na interação. Contudo, lembra a autora supra citada, não se deve atrelar o conceito de “adequacidade” às categorias facilitadoras, uma vez que poderão existir momentos e situações em que será inoportuno insistir no estímulo à verbalização por parte do paciente, mas deve-se restringir apenas a transmitir interesse, empatia e aceitação.

Ao nosso ver, mediante análise das obras dos autores que compõem nossa amostra, é este o conjunto de categorias de expressões que facilitam a comunicação:

1. Declarações ou questões de abertura

São perguntas que não podem ser respondidas por “sim” ou “não” (ATKINSON & MURRAY, 1989). O entrevistado é livre para responder como deseja. Permitem ao paciente direcionar o foco da conversação (FORREST, 1983; ATKINSON & MURRAY, 1989; CLARK, 1981). Podem ser úteis se o paciente estiver com medo ou vergonha de dizer o que deseja porque dão a impressão de que o enfermeiro está interessado em ajudar e mostram vontade de escutar (ATKINSON & MURRAY, 1989). Permite ao cliente expandir seus comentários e transmite aceitação (BEANLANDS &

MACKAY, 1981). São contra-indicadas na falta de condições físicas ou energia insuficiente do cliente para expressar-se por períodos mais prolongados (citamos, como exemplo, vigência de desconforto respiratório moderado ou severo, dor intensa, desnutrição profunda).

Envolvem expressões do tipo: “O que o trouxe ao hospital?”; “De que modo isso afetou sua vida?”; “Como se sente hoje?”; “Como você pensa que podemos resolver isto?”; “Disseram-me que a senhora chamou. Pois não...”; dentre outras.

BEIJAMIN (1994) enfatiza que, se iniciarmos a entrevista de ajuda fazendo perguntas e obtendo respostas e nos mantivermos neste padrão, sem explorar outras alternativas, corremos o risco de criar um “modelo” de interação no qual o paciente acredita que, naquela situação, nossa função é fazer perguntas e a dele é respondê-las.

2. Respostas mínimas (ou ouvir reflexivamente, ou escuta ativa).

Transmitem aceitação e permitem ao cliente falar livremente (BEANLANDS & MACKAY, 1981), encorajando-o a prosseguir, indicando interesse e compreensão do que está sendo dito (FORREST, 1983; CLARK, 1981; DuGÁS 1988; ATKINSON & MURRAY, 1989). Por outro lado, às vezes este tipo de expressão pode ser um modo ritual ou estereotipado de conversar com pacientes (CLARK, 1981), não necessariamente indicando que o profissional está prestando atenção ao que está sendo dito. Algumas vezes o entrevistador pode experimentar o sentimento de desaprovação ou aprovação e camuflar sua manifestação através desse tipo de emissão (BEIJAMIN, 1994). Envolve expressões como: “E depois?”; “Uh, hum”; “Hum...” Exemplos:

Paciente: - “Ontem o anestesista esteve aqui.”

Enfermeiro: - “É mesmo?”

Paciente: - “É. Disse que vai ficar a meu lado o tempo todo, durante a cirurgia.”

Enfermeiro: - “Uh Hum.”

3. Técnica do reflexo

A fala do cliente é integral ou parcialmente repetida ou levemente reformulada, para encorajar a continuação a partir de um ponto específico, ou mesmo a exploração daquele tópico (CLARK, 1981; FORREST, 1983; ATKINSON & MURRAY, 1989; DuGÁS, 1988; STEFANELLI, 1993). O uso exagerado desta técnica pode ser interpretado como desatenção por parte do enfermeiro (ATKINSON & MURRAY, 1989), vício de linguagem ou mesmo dificuldade do enfermeiro para processar ou reter informações. Exemplos:

Paciente: - “Ontem o anestesista esteve aqui.”

Enfermeira: - “O anestesista esteve aqui...”

Paciente: - “Disse que vai ficar a meu lado o tempo todo na cirurgia. Não vai sair para nada, de jeito nenhum.”

Enfermeiro: - “O tempo todo, sem sair?”

4. Percepção de expressões corporais

São verbalizações que evidenciam observações realizadas pelo enfermeiro, que podem focalizar o estado físico ou emocional do paciente, manifestado por expressões

corporais do mesmo. A intenção é dividir estas percepções com o paciente, para estimulá-lo a corrigir, verificar ou elaborar sobre a observação do profissional (FORREST, 1983). Exemplo:

Paciente: -" *Ontem o anestesista veio conversar comigo.*"

Enfermeiro: -" *Você está rindo...*"

Paciente: -" *É que foi engraçado, ele disse que vai ficar cuidando de mim o tempo todo, durante a cirurgia, que não vai sair nem se tiver dor de barriga.*"

5. Aceitação de sentimentos

São expressões de encorajamento que estimulam o paciente a continuar manifestando seus sentimentos, sem demonstrar julgamento sobre eles (FORREST, 1983, DuGÁS, 1988), sem tentar dar conselhos ou reprimir. Lembramos que aceitar o paciente como ele é, não significa aprovar seu comportamento (STEFANELLI, 1993). Exemplo:

Paciente: -" *Eu queria tanto que o Tito ou o Marcos ficassem comigo durante o exame, assim... uma pessoa mais conhecida.*"

Enfermeiro: -" *Muitas pessoas se sentem melhor com a presença de conhecidos.*"

Paciente: -" *É. Esse negócio de ficar totalmente nas mãos de quem você nunca viu... Dá medo.*"

6. Reconhecimento da presença

Chamar o paciente pelo nome, cumprimentá-lo quando encontrá-lo, ou despedir-se dele (FORREST, 1983), indica que sua presença no ambiente foi percebida e reconhecida. Se for manifestado genuinamente, é um demonstrativo de que o emissor está aberto para a comunicação (Condon, apud ATKINSON & MURRAY, 1989).

Por outro lado, pode não necessariamente indicar interesse específico, mas apenas um hábito adquirido. O uso de substantivos alternativos para designar o paciente, tais como "mãezinha", "vovô", etc., reflete uma despersonalização e não consideração da individualidade do paciente.

Envolve expressões do tipo: "Bom dia!"; "Até amanhã."; "D. Fernanda..."; etc..

7. Informações

O enfermeiro pode fornecer dados ao paciente por iniciativa própria ou em resposta à interpelações. São apresentados fatos ao cliente, que ele quer ou precisa saber, estabelecendo a verdade, diminuindo a ansiedade (FORREST, 1983), permitindo que o paciente conheça a situação que está vivenciando. Podem assumir a forma de dados específicos, como valores de pressão arterial, diurese (Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989) ou frases descritivas (STEFANELLI, 1993) ou ainda avisos ou explicações sobre procedimentos que serão realizados (BACHION, 1991). Exemplos: "Sua Temperatura agora está 36,4°C."; "Vou reunir o material e já venho fazer seu curativo."; "Pessoas com vida sedentária têm mais chance de ter doenças cardíacas."

Quando uma informação é solicitada pelo paciente, sua obtenção de forma satisfatória ou não pode constituir-se em fator propulso ou bloqueador (respectivamente) da entrevista (BEIJAMIN, 1994).

8. Esclarecimentos ou Clarificações

São frases usadas para tornar mais claro o significado do que foi dito pelo profissional, ou ainda solicitações para que o paciente esclareça o que está falando, prevenindo mal entendidos e motivando o paciente a continuar se expressando (FORREST, 1983).

Este comportamento transmite a sensação de que estão sendo realizados esforços ativos para promover a compreensão mútua (DuGÁS, 1988).

Busca-se, aqui, eliminar dúvidas sobre quaisquer declarações ou fatos que dizem respeito ao paciente.

Os esclarecimentos podem ser de vários tipos (ATKINSON & MURRAY, 1989; STEFANELLI, 1993; SILVA, 1996): seqüencial – pede-se ao cliente esclarecimentos sobre a cronologia de evento; repetitivo – solicita-se ao paciente que repita a declaração, que não ficou clara; comparativo/exemplificado – o paciente é instruído para comparar sua sensação com algo mais conhecido ou para fazer ilustrações ou o enfermeiro, a seu turno, lança mão deste recurso para colocar sua linguagem ao alcance do paciente. Temos ainda esclarecimentos dos tipos: parafraseando a si ou ao paciente – usa-se outras palavras para expressar o que foi dito pelo paciente ou pelo próprio enfermeiro, buscando esclarecer o sentido da expressão; solicitação para esclarecimentos de termos incomuns; verbalizar dúvidas diante de um pensamento exposto pelo paciente, que reflete uma realidade distorcida _ o enfermeiro solicita esclarecimento, de modo a confrontar o que está sendo dito.

Os esclarecimentos podem se dar por parte do profissional, de modo espontâneo, ou quando solicitados pelo paciente. Sua ocorrência, em demasia, pode indicar que o profissional usa muitos termos técnicos, que não adapta seu repertório ao nível do paciente, ou que os ruídos ambientais impedem os interlocutores de ouvirem-se mutuamente, ou ainda pode ser que o profissional esteja falando com o paciente num momento em que este não consiga manter a atenção no que está sendo falado, indicando assim distúrbios na comunicação (BACHION, 1991).

Além disso, os esclarecimentos podem surgir como um estilo de comunicar, em que a pessoa tem por hábito constantemente parafrasear-se (indivíduos prolixos). Portanto, esta categoria verbal deve ser interpretada com cuidado. Exemplos:

a) Paciente: -" *Hoje o anestesista vem aqui conversar comigo.*"

Enfermeiro: -" *Como disse?"*

b) Paciente: -" *Ih! Estou tão amofinada hoje minha filha!"*

Enfermeiro: -" *O que quer dizer com "amofinada"?*

c) Enfermeiro: -" *Como você está com muita falta de ar, vou colocar um catéter com oxigênio. É este canudinho*

de plástico aqui, olhe, é molinho, vai ser colocado dentro do seu nariz para que o oxigênio seja levado para dentro dos seus pulmões.”

d) Paciente: -” Enfermeiro, o doutor passou visita e disse que já pode tirar o soro agora.” (Paciente recebendo Nutrição Perental Total)

Enfermeiro: -” Eu já conversei com ele esta manhã e ele me falou que iria tirar apenas algumas coisas do soro, porque agora você já está comendo. Vou procurá-lo novamente então.”

9. Sondagem de pensamentos subentendidos

O enfermeiro expressa o que o paciente está insinuando ou sugerindo, ao invés de ater-se às palavras propriamente ditas. Isto pode ajudar o paciente a tornar-se mais ciente dos seus pensamentos e sentimentos e ajuda o profissional a verificar impressões (FORREST, 1983). Trata-se de um momento perigoso, pois pode dar margem para expressão do esquema de referência do entrevistador e, nas palavras de BEIJAMIN (1994), o entrevistado-sujeito pode passar a objeto-espectador quando o entrevistador pode querer impressionar o entrevistado com sua “sagacidade”, com sua “clareza de visão”. Exemplos:

Paciente: -” O anestesista disse que vai ficar o tempo todo na sala de cirurgia comigo, não vai sair para nada, até terminar tudo.”

Enfermeiro: -” Você está com medo que aconteça alguma coisa e não haja ninguém por perto para ajudá-lo?”

10. Perguntas relativas aos dados comunicados

São questões diretamente relacionadas ao tema da conversação, que ajudam o paciente a expressar-se de modo mais preciso. Também podem ser usadas no sentido de propiciar ao paciente entendimento de suas manifestações (STEFANELLI, 1993). Exemplos:

a) Paciente: -” Estou com dor na barriga, aqui embaixo ó”.

Enfermeiro: -” Está na época da sua menstruação?”

b) Paciente: -” Estou com tanto sono...”

Enfermeiro: -” Como foi sua noite?”

11. Respostas à comportamentos / atitudes impróprias

Às vezes o paciente apresenta um comportamento impróprio ou dirige declarações inoportunas ao enfermeiro. Nesse caso, este pode responder de forma deliciada porém direta, recusando-se a participar do assunto e em seguida mostrar que continua aberto para interagir e ainda aceita o paciente. (ATKINSON & MURRAY, 1989, BEIJAMIN, 1994). Exemplo:

Paciente: -” Aquela outra enfermeira é muito ruim de serviço, veio aqui pegar minha veia e não conseguiu. Você é muito melhor, e é mais bonita...”

Enfermeira: -” Obrigada pela gentileza, vamos ver como está sua ferida hoje.”

CATEGORIAS QUE DIFICULTAM/ NÃO ESTIMULAM A COMUNICAÇÃO

Ao analisar categorias bloqueadoras, BACHION (1991) considera que estas teriam vários papéis, desde apenas direcionar o diálogo/comportamento do paciente, fugir do assunto, demonstrar falta de sensibilidade, desatenção, como até de centralização dos valores do enfermeiro, depreciação dos sentimentos do paciente e ainda desaprovação formal, como reforço negativo e imposição de opiniões e valores, desestimulando o comportamento comunicativo do cliente ou contribuindo para que ele não seja genuíno.

Continuando, esta mesma autora reforça que as categorias bloqueadoras como um todo, não devem ser consideradas inadequadas “a priori”, já que em certo momento da interação enfermeiro-paciente é necessário o uso de algumas delas, como as que dirigem o diálogo ou o comportamento do paciente. Outras são totalmente inadequadas em qualquer situação interacional, como veremos a seguir.

1. Comentários automáticos/chavões sociais

São declarações de conforto, apaziguamento ou encorajamento, por parte do enfermeiro, em situações estressantes, para o paciente (ATKINSON & MURRAY, 1989), emitidas de tal forma que demonstram desinteresse do profissional, falso apoio (SILVA, 1996), ansiedade ou falta de compreensão (FORREST, 1983; DuGÁS, 1988). Podem indicar vontade de terminar logo o assunto e desconforto do profissional em manter-se na conversação; descaso; vontade de consolar, ainda que de modo superficial ou ingênuo. Geralmente o enfermeiro não tem consciência do significado que este tipo de verbalização venha a ter para o paciente (BACHION, 1991).

Envolve expressões do tipo: “Tudo vai dar certo.”; “Vai ficar tudo bem”. Exemplo:

Paciente: - “Estou tão preocupada com meus filhos...”

Enfermeiro: - “Deve estar tudo bem.”

2. Oferecendo soluções/ sugerindo decisões

O enfermeiro expressa suas idéias e opiniões, impedindo que o paciente explore a situação e chegue às suas próprias conclusões, desestimulando, assim, seu processo de tomada de decisão (FORREST, 1983; BEANLANDS & MACKAY, 1981). Este tipo de verbalização pode constituir-se em instrumento de dominação (BACHION, 1991) se for empregado de modo a não considerar a vontade ou o desejo do paciente ou contrariando-os, de forma sistemática. Algumas pessoas podem sentir-se inferiorizadas quando recebem conselhos, na medida em que eles às vezes dão a entender que o ouvinte não tem a capacidade de resolver seus próprios problemas; por outro lado são bem aceitos quando a pessoa “quer” ouvi-los (SILVA, 1996). Às vezes é usada com a maior boa vontade, na ânsia de ajudar o paciente a resolver problemas, sem perceber que, com

isso é dificultada a expressão do “eu” do paciente. Há que se considerar ainda que, por outro lado, na enfermagem, o aconselhamento em saúde é desejado e esperado (DuGÁS, 1988). Exemplo:

Paciente: - *“Estou me sentindo tão sozinha.”*

Enfermeiro: - *“Procure sair mais do quarto, conversar com os outros pacientes”.*

Acreditamos que a enfermagem, e, por que não dizer, os profissionais de saúde, desenvolvem uma tendência a aconselhar com uma frequência muito maior do que conseguem perceber. Parece que nos sentimos compelidos a resolver ou ter respostas para todos os problemas dos outros.

3. Aprovações/ concordâncias

São comentários e opiniões emitidos pelos enfermeiros que demonstram seus sentimentos e valores. São julgamentos positivos expressos através de aprovações, congratulações e concordância acerca das declarações/comportamentos do paciente (ATKINSON & MURRAY, 1989; Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989; FORREST, 1983, DuGÁS, 1988). Também podem ser um mecanismo de defesa do entrevistador (BEIJAMIM, 1994). Envolve a noção do bom e do mau, do certo e do errado.

Podem ser indicados para estimular o sentimento de competência e capacidade do paciente, incitando-o a continuar seus esforços para realizar empreendimentos.

Por outro lado, podem significar uma tentativa para obter concordância ou submissão por parte do paciente (BACHION, 1991), e até mesmo manipulação (SILVA, 1996), ainda que isso seja um processo inconsciente. Envolve expressões do tipo: *“Que bom que você comeu tudo hoje!”*; *“Isso! Muito bem!”*; *“Continue assim, está uma beleza!”*.

4. Comunicação instrumental/Comandos.

O enfermeiro fala de modo a produzir uma ação comportamental ou efeito desejado (Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989). Podem ser expressões de mando, ordem e pedidos. SILVA (1996) lembra que, se for preciso dar uma ordem, deve-se ter certeza de que o paciente pode executá-la.

Estas mensagens podem indicar desconsideração pelas expectativas do paciente. Podem invocar hostilidade e ressentimento (BEANLANDS & MACKAY, 1981). Exemplos: *“- Estique o braço e feche a mão”(para coletar sangue)*; *“- O senhor pode me acompanhar, por favor?”*; *“- É sua vez de ir para o banho” (7 horas da manhã).*

5. Desaprovações/ Discordâncias

São julgamentos negativos expressos pelo enfermeiro, acerca das ações, pensamentos ou sentimentos do paciente, promovendo conformidade deste para a aprovação do profissional, podendo mesmo chegar à intimidação (FORREST, 1983; ATKINSON & MURRAY, 1989, Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989, BEANLANDS, 1981). Aqui também são envolvidas as noções do bom e mau, do certo e errado. Pode parecer que o profissional está dando lições de moral (SILVA, 1996).

Podem ser emitidos na forma de frases incompletas, em tom de sarcasmo ou exclamações. São expressos também em forma de ameaças (SILVA, 1996).

Estas verbalizações mostram ao paciente que seus atos ou sentimentos são inaceitáveis ou precisam ser modificados. Também podem contribuir para que, futuramente, o paciente falte com a verdade, pelo receio de ser reprovado (BEANLANDS & MACKAY, 1981), prejudicando o relacionamento enfermeiro - paciente (DuGÁS, 1988). Podem despertar no paciente sentimento de inadequacidade ou incompetência. Podem ainda ser a manifestação de humor alterado por parte do profissional (BACHION, 1991).

É mister lembrar que muitos atos podem ser julgados inadequados pela simples falta de conhecimento/experiência profissional, e nesse caso, uma repressão pura e simples ou advertência podem causar danos inimagináveis ao psiquismo do paciente. Exemplos: *“- Quem mandou levantar sozinho do leito?”*; *“- Você não deveria ter levantado sozinho.”*; *“- Levantou sozinho do leito...” (em tom de reprovação).*

6. Depreciações

Envolvem frases que indicam que as experiências do paciente não são as únicas ou não são importantes, em comparação com outras pessoas ou situações (FORREST, 1983; ATKINSON & MURRAY, 1989).

Geralmente são usadas de forma não intencional, na esperança de tentar encorajar o paciente. Este passa a não mais continuar exprimindo seus sentimentos (ATKINSON & MURRAY, 1989), ou então pode reagir agressivamente, repelindo o enfermeiro.

Podem dar ao paciente a idéia de que há algo errado com ele, uma vez que é transmitido a noção de que outras pessoas não se comportam ou se sentem da mesma forma que ele (DuGÁS, 1988). Exemplos:

a) Paciente: *“- Queria tanto que meu filho ficasse comigo na sala de cirurgia...”*

Enfermeiro: *“- Aquele menino de 12 anos vai operar também e não haverá ninguém da família dele na sala. Ele está tranquilo, olhe só como está risonho.”*

b) (Paciente preocupado porque irá submeter-se a cateterismo cardíaco)

Enfermeiro: *“- Sr Pedro, é um exame tão simples, já pensou se fosse um transplante de coração?”*

7. Defesas

São expressões na forma de desculpar ou tentativas de proteger-se, que impedem o paciente de manifestar suas opiniões ou sentimentos (FORREST, 1983; Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989).

Geralmente aparecem em resposta às queixas do paciente, às expressões de insatisfação ou descontentamento com a qualidade do serviço ou da assistência recebida. Também podem surgir quando o paciente percebe sentimentos dos profissionais e, estes, simplesmente negam, sem se dar ao trabalho de pensar se existe fundamento ou não para tal percepção (SILVA, 1996).

Podem ser um indício de desconsideração da individualidade do paciente, quando visam justificar ações que são realizadas de modo a priorizar o conforto de quem as executa e não de quem está sendo assistido. Exemplos:

a) Paciente: “- *Minha comida está gelada!*”

Enfermeiro: “- *É que este é o último local onde ela é servida. Sai lá da nutrição quentinha.*”

b) Paciente: “- *Meu braço está doendo.*” (Venóclise no local)

Enfermeiro: “- *Meu plantão já terminou, preciso ir embora. Já, já, a outra enfermeira vem trocar.*”

8. Fuga do assunto

O enfermeiro introduz um novo tópico, não relacionado ao tema da conversação, que passa a ser dirigida para outro assunto, impedindo que o paciente possa expressar suas necessidades. (FORREST, 1983).

Denota que o enfermeiro não se sente bem em discutir, ou não sabe a resposta, ou está emocionalmente despreparado, não estando disposto a continuar no tema (ATKINSON & MURRAY, 1989).

Também pode ser utilizada de forma inconsciente, quando o enfermeiro falha em perceber a necessidade expressa pelo paciente (CLARK, 1981). Nesse sentido, geralmente é emitida uma expressão curta indicando que o enfermeiro supostamente ouviu e compreendeu o que o paciente disse, mas a seguir o enfermeiro traz outro assunto para a conversação.

Mesmo em situações onde apenas adiamos o assunto para retomá-lo depois, a primeira impressão do interlocutor é de que estamos fugindo (SILVA, 1996). Exemplos:

a) Paciente: “- *Estou com medo da cirurgia.*”

Enfermeiro: “- *Seu filho está aí.*”

b) Paciente: “- *Minha barriga está doendo.*”

Enfermeiro: “- *Huhum, agora é sua vez de tomar banho.*”

9. Catarse

Envolve frases que são emitidas como meio do enfermeiro avaliar sua tensão. (Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989). São expressões do tipo: “*Credo*”; “*Que horror!*”; “*Minha Nossa Senhora*”; “*Ó meu Deus.*”

10. Comunicação mágica

O enfermeiro às vezes verbaliza expressões que acredita terem o poder de proteger contra acontecimentos desagradáveis, ou poder ajudar a produzir acontecimentos desejados, como num passe de mágica (Condon apud ATKINSON & MURRAY, 1989). Exemplos: “*Fique com Deus.*”; “*Nossa senhora te acompanhe*”; “*Deus te ajude.*”; “*Vou ficar torcendo por você.*”; “*Vamos cruzar os dedos!*”

11. Colóquio unilateral

Várias perguntas são feitas, seqüencialmente, sem dar o intervalo necessário ao paciente para respondê-las, uma de cada vez. O resultado é que o paciente pode ficar confuso, sem saber por onde começar a responder; então, emite

apenas uma resposta parcial (ATKINSON & MURRAY, 1989; CLARK, 1981; BENJAMIN, 1994). Exemplo:

Enfermeiro: “- *A dor melhorou? Conseguiu tomar banho? O médico já esteve aqui?*”

Paciente: - “*Já, já esteve.*”

12. Perguntas conducentes

Questões tendenciosas, que direcionam a resposta do paciente, (ATKINSON & MURRAY, 1989). Mostram ao paciente o que o enfermeiro quer dele (BENJAMIN, 1994). São controladoras e altamente diretivas (CLARK, 1981). Exemplos: - “*Você não está com medo, está?*”; - “*Qual a importância de seguir a dieta?*”.

13. Perguntas fechadas

Questões que forçam o paciente a responder de forma limitada, utilizando “sim”, “não”, ou expressões muito curtas.

Sugerem a busca de informações específicas (FORREST, 1983; ATKINSON & MURRAY, 1989), limitando a liberdade do paciente para respondê-las (BEANLANDS & MACKAY, 1981).

Às vezes podem ser úteis (BACHION, 1991), mas geralmente requerem esclarecimentos adicionais (ATKINSON & MURRAY, 1989).

Dentre as situações em que podem ser úteis, mencionamos a necessidade de obtenção de informações factuais (CLARK, 1981), falta de condições físicas ou emocionais do paciente para utilizar expressões orais de maior duração (BACHION, 1991), dificuldade do paciente em permanecer no mesmo assunto (STEFANELLI, 1993), premência na obtenção de informações. Citamos ainda a tentativa de ajudar o paciente a explorar alternativas (DuGÁS, 1988).

Usadas de forma consistente e habitual constituem-se em instrumento de bloqueio da comunicação (CLARK, 1981). Exemplos:

Enfermeiro: - “*Quantos anos você tem?*”

Paciente: - “*Vinte e oito.*”

Enfermeiro: - “*Trouxe o cartão de vacinas?*”

Paciente: - “*Não.*”

14. Perguntas intimidadoras

São perguntas ao paciente, imediatamente seguidas de respostas, de modo a avaliar ou explicar comportamentos ou sentimentos do paciente. Com freqüência são iniciadas na forma de “por que?...” (FORREST, 1983). Assumem desde o tom de brincadeiras e humor até o sarcasmo declarado. Mesmo que não seja emitido a resposta pelo entrevistador, o tempo “por que” por si só, tem conotação de reprovação, desconforto e culpa (BENJAMIN, 1994). Exemplos: - “*Por que você não seguiu a dieta?*”; - “*Por que você não trouxe o cartão do hospital? Era tão pesado assim?*”

15. Expressões periféricas

Geralmente emitidas pelo enfermeiro no início do diálogo, são expressões que versam sobre assuntos que não dizem respeito à situação do paciente propriamente dita.

Este tipo de comportamento foi identificado nos estudos de BACHION (1991, 1994) onde, numa situação específica de assistência à saúde, foram dirigidas questões informais ao paciente sobre seus dados pessoais ou dados sobre a vida particular do profissional, não em função de um interesse real, mas apenas para ajudar a passar o tempo e preencher o vazio do silêncio.

Para nós, entretanto, o emprego de tais emissões também possui uso adequado em situações onde seja indicado desviar o foco da atenção do paciente, de modo a aliviar a tensão, mesmo que momentaneamente.

Exemplos: “- *Que calor está fazendo hoje, meu carro ficou no sol, quero só ver na hora de ir prá casa!*”; “- *Que idade tem seus outros filhos? (durante episiorrafia) São bonitos como este que nasceu agora?*”

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com o processo de comunicação interpessoal é altamente desafiador, uma vez que trata-se de um fenômeno muito complexo, de encontro (ou confronto) de dois “eus” com suas histórias, concepções, pensamentos, trajetórias e emoções.

A interpretação dos comportamentos verbais orais é difícil, pois, são manifestações sempre acompanhadas de componentes não verbais do mundo consciente e inconsciente, do cognitivo e do afetivo, e assim, uma mesma frase pode assumir diferentes significados.

Examinamos as produções de alguns autores na área da codificação do comportamento verbal oral e compusemos a proposta de uma síntese. Essa proposta é fruto de observações realizadas no campo interacional, ao longo dos anos de nossa atuação no ensino, na assistência e pesquisa. Abrange, portanto, o universo de nossa experiência e traz “*nuanças*” característicos de nossa visão do processo da relação interpessoal enfermeiro - paciente.

Acreditamos que estudiosos de outras áreas devam acrescentar suas contribuições para que mais luz se faça no fenômeno que fundamenta a enfermagem: o encontro entre pessoas.

ABSTRACT: During our experiences in research and teaching about communication, we verified that, concerning verbal oral behavior categorization area, the literature doesn't has adequate clarity. It makes to be hard to use the meanings quickly This paper approachs authors that had published articles about code and categorization of verbal oral behavior and teaching of techniques of therapeutic communication, proposing a synthesys that is able to be used in nursing care, teching and researchs. For this propose we analyzed CLARK's (1981), BEANLANDS & MACKAY (1981), FORREST (1983), DuGAS (1988), ATKINSON & MURRAY (1989), STEFANELLI (1993), BEIJAMIN (1994), and SILVA (1996) writtings. We considered techniqe of therapeutic

communication behaviors that favor the interpersonal relationships such as: declarations/ opening questions; minimum answers; technique of reflex; perception of corporal expressions; acceptance of feelings; presence recognition; information; clarifying, survey of implied thoughts questions related to data; answers to inadequate behaviors. These techniques can be used in the categorization of verbal communications. We increased them with 15 categories, considered non therapeutics. We believe that this proposal will facilitate decoding on part of readers, favoring reflections in caring, teaching and research.

KEY WORDS: Nurse-patient relations; Hospital communications; Communication; Nursing.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON, L. D; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
2. BACHION, M.M. **Análise do padrão de comunicação oral entre equipe de enfermagem e parturiente**. Ribeirão Preto, 1991. p.147. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
3. _____. **O uso de habilidades comunicativas pelo professor no ensino de comunicação em enfermagem**. Ribeirão Preto. Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1993. (Mimeografado).
4. _____. **Comunicação interpessoal: ensino de algumas habilidades desejadas**. Ribeirão Preto, 1994. p.141. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
5. BEANLANDS, H.E.; MACKAY, R.C. Nurce do you hear me? **Can. Nurs.** v.77, p.41-43, 1981.
6. BEIJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
7. BERNARDINA, L.D. et al. Percepção de bloqueio/facilitação de comunicação: um experimento. **Rev. latino-am. enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.4, n. esp., p.61-70. 1996.
8. CARVALHO, E.C. et al. Comunicação oral com pacientes hematológicos: comportamentos facilitadores e bloqueadores. **Rev Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.331, n.1, p.68-79, abr. 1997.
9. CARVALHO, E.C. et al. Ensino de comunicação em enfermagem: um desafio (no prelo da Rev. Lat. Am de Enf.)
10. CLARK, J.M. Communication in nursing. **Nurs. Times**. v.77, p.12-18, 1981.
11. DuGAS, B.W. **Enfermagem prática**. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana. 1988.
12. FORREST, D. Analysis of nurses verbal communications with patiets. **Nurs. Pap**, v. 15, n.3, p.48-57, 1983.
13. SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.
14. STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe Editorial, 1993.
15. TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. Philadelphia: Davis. 1966.
16. WESTABY, S.R. Communication and occupational health nurse. **Occup. Health Nurs**. p.22-25. Dec. 1983.

Endereço das autoras:
Rua R-1, 72 - Aptº. 702
Ed. Serra de Caldas - Setor Oeste
74125020 - Goiânia - GO