



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

REGINA CLÁUDIA SILVA SOUZA

**ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
NA AFASIA APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Guarulhos
2010

REGINA CLÁUDIA SILVA SOUZA

**ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
NA AFASIA APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Edna Aparecida
Moura Arcuri

Guarulhos
2010

S729e Souza, Regina Cláudia Silva
Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem/ Regina Cláudia Silva Souza. Guarulhos, 2010.
90 f.; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, 2010.
Orientadora: Profa. Dra. Edna Aparecida Moura Arcuri
Bibliografia: 185 - 196

1. Acidente vascular encefálico 2. Comunicação 3. Enfermagem
I. Título . II. Universidade Guarulhos.

CDD 22st 610.73

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada "ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AFASIA APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO", em sessão pública realizada em 27 de Outubro de 2010, considerou a candidata *Regina Cláudia Silva Souza* aprovada.

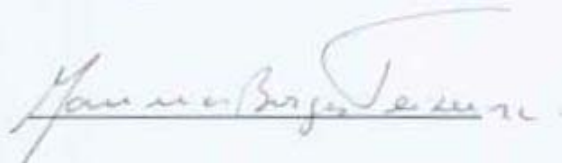
1. Profa. Dra. Edna Aparecida Moura Arcuri



2. Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva



3. Profa. Dra. Marina Borges Teixeira



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe pela força, apoio e compreensão em todos os momentos da minha vida.

À meus irmãos Antonio Sérgio, Christian e Marcelo.

À meus tios Marcos e Neide.

À memória de meu pai e minha tia Idames que com certeza ficariam felizes com a minha conquista.

À meus amigos, em especial à Luciane e Marjorie.

A todos os pacientes que sofrem um AVE e passam por estes momentos duros e difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela força durante esta jornada.

*À Prof. Edna Arcuri pelos ensinamentos e condução no percorrer
deste caminho.*

Às bibliotecárias do Hospital Sírio Libanês Adriana e Rita.

*Às Prof. Maria Júlia Paes Silva e Marina Borges Teixeira pela
contribuição valiosa no exame de qualificação.*

*Aos meus colegas de trabalho e de curso que de uma maneira ou
de outra sempre contribuíram para o meu crescimento.*

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
que já têm a forma do nosso corpo*

*E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre
aos mesmos
lugares*

*É o tempo da travessia ...
E se não ousarmos fazê-la ...
Teremos ficado ... para sempre ...
À margem de nós mesmos...*

Fernando Pessoa

RESUMO

Souza, Regina Claudia Silva. Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem na afasia após acidente vascular encefálico. Guarulhos, 2009. 90p. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Guarulhos. Guarulhos, 2010.

Muitos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral apresentam limitações na comunicação oral, o que os torna depressivos, apáticos, dificultando a interação com os seus cuidadores. A análise da literatura nacional e internacional na área indica considerável avanço no conhecimento das técnicas de comunicação verbal e não verbal. Este estudo teve como objetivo identificar as estratégias e as dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem durante o cuidado de pacientes afásicos. Estudo descritivo, exploratório e transversal, que usou a técnica de entrevista semi-estruturada para conhecer as estratégias e dificuldades referidas por 27 profissionais, incluindo 10 Auxiliares de Enfermagem, 11 Técnicos de Enfermagem e 6 Enfermeiros, atuando em unidades de internação com leitos específicos para AVC. Esta técnica foi associada à da observação participante, realizada pela autora. Os cuidados observados incluíram a verificação dos parâmetros vitais, o cuidado corporal, sobretudo o banho diário e a administração da medicação. Com base nos registros de campo efetuados durante a observação foi possível identificar e categorizar as mesmas variáveis da entrevista, as estratégias e dificuldades na comunicação, o que possibilitou compará-las. Nas associações das variáveis demográficas, categoria profissional, idade e tempo de experiência, com as estratégias e experiência referidas e observadas, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$), o que suscitou reflexões e discussão. Com respeito às estratégias, o uso da comunicação verbal foi referido por um terço da população e observado em 100%, contrariamente aos gestos, referidos por 100% dos sujeitos e observado em 40,7%. Já o toque, referido por apenas 18,5%, foi observado em todas as situações, com caráter instrumental, imprescindíveis aos cuidados. Nas dificuldades referidas, “entender o que o paciente deseja” atingiu 59,3% e “falta de tempo” 18,5%. As demais dificuldades atingiram baixos índices: interferência dos familiares e falta de recursos adequados, 11,1%. Outras dificuldades foram referidas por um ou dois participantes, entre elas: irritação, agitação, desmotivação ou pouca interação do paciente. A falta de resposta do paciente, referida por apenas um funcionário, foi observado em mais da metade da população, o que poderia indicar falta de observação e conhecimento dos profissionais e ausência de iniciativa. Os achados do estudo levam a concluir que as técnicas de comunicação não verbal, sobretudo a comunicação cinésica, táctica e proxêmica, de incontestável relevância no cuidado com pacientes afásicos, são desconhecidas pelos membros da equipe de enfermagem, independentemente da categoria profissional, idade ou tempo de experiência profissional. Este fato ocorre a despeito dos esforços de autores brasileiros que vêm contribuindo para o avanço do conhecimento da comunicação em enfermagem, e, particularmente no exterior, das dificuldades de comunicação pós AVE.

Palavras-chave: acidente vascular encefálico, comunicação, afasia, equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Souza, Regina Claudia Silva. Strategies of the nursing team in the care of aphasic patients. Guarulhos, 2009. 90p. Master's thesis submitted to the University Guarulhos. Guarulhos, 2010.

Several stroke patients have limitations in oral communication. Such limitations cause depressive and apathetic behaviors which difficult the interaction with their caregivers. The analysis of national and international literature indicates considerable advancement in understanding the techniques of verbal and nonverbal communication. This study aimed to identify communication difficulties and strategies of the nursing team in the care of aphasic patients. It consisted on a descriptive, exploratory and transversal research. The technique of semi-structured interview was applied to explore the communication strategies and difficulties reported by 27 professionals, including 10 nursing assistants, 11 nursing technicians and six nurses. All professionals worked on hospital special stroke units. This technique was associated with the technique of participant observation one developed and conducted by the author. The observed care included the verification of vital parameters, body care - especially bathing -, and medication administration. Based on field recordings made during the observation, it was possible to identify and categorize the same variables of the interview - the communication strategies and difficulties - allowing the comparison between the two assessments. No statistically significant differences ($p > 0.05$) were observed in the associations between demographic variables - professional category, age and professional experience - and refereed and observed experiences and strategies. These findings elicited reflections and discussion. Regarding the strategies, the use of verbal communication was reported by one third of the participants and was observed in 100% of patients whereas gestures were reported by 100% of the participants and were observed in 40.7% of patients. In contrast, touch - reported by only 18.5% - was observed in all situations and was reported as presenting an instrumental character and essential to caring. The difficulties referred to "understanding what the patient wants" were reported by 59.3% and "lack of time" by 18.5% of participants. The difficulties "interference from family" and "lack of adequate resources" presented low report levels (11.1%). Other difficulties were reported by one or two participants, including: irritation, agitation, lack of motivation or lack of patient interaction. The lack of response from the patient, reported by only one participant, was observed in over half the population. This could indicate a lack of staff observation, knowledge, and initiative. The findings of the study lead us to conclude that the techniques of nonverbal communication, especially kinesics, tacesics and proxemics communication are of undeniable importance in the care of aphasic patients. Furthermore, such techniques are unknown by members of the nursing team, regardless of profession, age or professional experience. This fact occurs despite the efforts of authors who have contributed to the advancement of knowledge in the area of communication in nursing and, particularly abroad, communication difficulties after the stroke.

Keywords: stroke, communication, aphasia, nursing team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Critérios para trombólise	21
Figura 1 - Forma de aprendizado das estratégias pela equipe de enfermagem	41
Figura 2- Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem para se comunicar com os pacientes com afasia.	45
Figura 3 - Dificuldades de comunicação relatadas pela equipe de enfermagem.	50
Figura 4- Atividades observadas desenvolvidas pela equipe de enfermagem	55
Figura 5- Estratégias de comunicação observadas que foram utilizadas pela equipe de enfermagem.	56
Figura 6- Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem relatadas e observadas	63
Figura 7- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem relatadas e observadas	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Formação profissional dos participantes.....	38
Tabela 2 -Idade dos participantes do estudo.	38
Tabela 3-Tempo de atuação dos profissionais de enfermagem.....	39
Tabela 4- Tempo de atuação dos profissionais com pacientes com AVE.....	39
Tabela 5- Frequência que os profissionais cuidam dos pacientes com AVE.	40
Tabela 6- Formas de aprendizado das estratégias de comunicação pela equipe. São Paulo. 2010.	41
Tabela 7- Associação entre as formas de aprendizado das estratégias de comunicação e a categoria profissional	42
Tabela 8- Formas de aprendizado das estratégias de comunicação de acordo com a faixa etária.....	43
Tabela 9- Formas de aprendizado das estratégias de comunicação em função do tempo de atuação profissional.....	43
Tabela 10- Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem.....	44
Tabela 11- Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função da formação profissional.....	46
Tabela 12-Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem de acordo com a faixa etária	47
Tabela 13-Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função do tempo de atuação profissional.....	48
Tabela 14- Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem	49
Tabela 15- Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função da categoria profissional.....	51
Tabela 16-Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem de acordo com a faixa etária.	52
Tabela 17- Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função do tempo de atuação profissional.....	53

Tabela 18 -Tempo de duração das atividades observadas. São Paulo, 2010.	54
Tabela 19- Atividades observadas desenvolvidas pela equipe de enfermagem.	55
Tabela 20- Estratégias de comunicação verbal e não verbal observada na equipe de enfermagem.	56
Tabela 21-Estratégias de comunicação observadas de acordo com a categoria profissional.	57
Tabela 22- Estratégias de comunicação observadas em função da faixa etária.....	57
Tabela 23- Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem observadas em função do tempo de atuação profissional.....	58
Tabela 24- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas....	59
Tabela 25- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas de acordo com a formação profissional.....	60
Tabela 26- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas em função da faixa etária.	61
Tabela 27- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem em função do tempo de atuação profissional.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE Acidente Vascular Encefálico

AVEI Acidente Vascular Encefálico Isquêmico

AVCH Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico

AIT Acidente Isquêmico Transitório

AAS Ácido Acetilsalicílico

BDAE Boston Diagnostic Aphasia Examination

BL Bedside de Language

DCV Doença Cerebrovascular

FAST Frenchay Aphasia Screening Test

HSA HEmorragia subaracnóidea

HIP Hemorragia Intraparenquimatosa

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

MAV Malformação Arteriovenosa

MTDDA Minnesota Test for Differential Diagnoses of Aphasia

NIHSS National Institutes of Health Stroke Scale

NINDS National Institute of Neurological Disorders and Stroke

PICA Porch Index of Communicative Ability

PCC Patient-Centered Communication

rt-PA Ativador do Plasminogênio Tecidual

TTPA Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

WAB Western Aphasia Battery

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Apresentação	14
1.2 Revisão de literatura	15
1 2.1- Acidente vascular encefálico	15
1.2.1.1 <i>Epidemiologia</i>	15
1.2.1.2. <i>Fisiopatologia do acidente vascular encefálico</i>	17
1.2.1.3 <i>Tratamento</i>	20
1.2.2 Afasia	23
1.2.2.1 <i>Tipos</i>	23
1.2.2.2 <i>Instrumentos de avaliação</i>	24
1.2.2.3 <i>Tratamento</i>	26
1.2.3 Comunicação e equipe de enfermagem	27
1.2.3.1 <i>Comunicação como parte integrante do cuidado</i>	27
1.2.3.2 <i>Tipos de comunicação</i>	28
2 OBJETIVOS	32
3 MÉTODO	33
3.1 Tipo e local do estudo	33
3.2 Procedimentos administrativos e éticos	33
3.3 Composição da amostra	33
3.4 Procedimentos para a coleta dos dados	34
3.4.1 Instrumentos e técnicas utilizadas para a coleta dos dados	34
3.4.1.1 <i>Entrevista semi-estruturada</i>	34
3.4.1.2 <i>Observação participante</i>	34
3.5 Organização e preparo dos dados para tratamento estatístico	35
3.5.1 Definição das variáveis de interesse no tratamento dos dados	36
4 RESULTADOS	37
4.1 Características sócio-demográficas	37
4.1.1 Categoria profissional dos membros da equipe de enfermagem.	38
4.1.2 Idade dos sujeitos estudados	38
4.1.3 Tempo de atuação na profissão.	39
4.1.4 Tempo de atuação dos profissionais no cuidado aos pacientes com AVE	39
4.1.5 Freqüência com que os profissionais cuidam dos pacientes afásicos.	40

4.2 Dados da entrevista semi-estruturada	40
4.2.1 Formas de aprendizado das estratégias de comunicação.	40
4.2.2.1 <i>Formas de aprendizado e categoria profissional</i>	42
4.2.2.2 <i>Formas de aprendizado e idade</i>	42
4.2.2.3 <i>Formas de aprendizado e tempo de atuação profissional</i>	43
4.2.3 Estratégias referidas pela equipe de enfermagem para se comunicar com os pacientes com AVE	44
4.2.3.1 <i>Estratégias de comunicação e categoria profissional</i>	45
4.2.3.2 <i>Estratégias de comunicação e idade</i>	47
4.2.3.3 <i>Estratégias de comunicação e tempo de atuação profissional</i>	48
4.2.4 Dificuldades de comunicação com pacientes afásicos referidas pelos profissionais	49
4.2.4.1 <i>Dificuldades de comunicação e categoria profissional</i>	50
4.2.4.2 <i>Dificuldades de comunicação e idade</i>	51
4.2.4.3 <i>Dificuldades na comunicação e tempo de atuação profissional</i>	52
4.3 Dados da observação participante	53
4.3.1 Duração das atividades observadas	54
4.3.2 Tipos de atividades observadas.	54
4.3.3 Estratégias de comunicação não verbal observadas	55
4.3.3.1 <i>Estratégias de comunicação e categoria profissional</i>	57
4.3.3.2 <i>Estratégias de comunicação e idade</i>	57
4.3.3.3 <i>Estratégias de comunicação por tempo de atuação profissional</i>	58
4.3.4 Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas durante o cuidado de enfermagem.....	58
4.3.4.1 <i>Dificuldades de comunicação e categoria profissional</i>	59
4.3.4.2 <i>Dificuldades de comunicação e idade</i>	60
4.3.4.3 <i>Dificuldades de comunicação e tempo de atuação profissional</i>	61
4.3.5 Comparação dos dados da entrevista estruturada e a observação realizada ..	62
5 DISCUSSÃO	64
6 CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	82
ANEXOS	87

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma enfermidade crônica com alta incidência nos dias atuais, que produz seqüelas que afetam significativamente as funções que tornam as pessoas independentes em suas atividades diárias. As estatísticas no Brasil colocam o AVE como a principal causa de morte em idosos¹. As pessoas que sofrem este tipo de enfermidade permanecem hospitalizadas e após a alta passam por um longo período de reabilitação. Durante este tempo são assistidas por uma equipe multiprofissional, que tem como objetivo reintegrar o paciente à sociedade e à sua vida normal. A equipe de enfermagem, como integrante deste quadro de profissionais, está presente em todos os estágios deste processo e sua atuação é imprescindível para a boa qualidade da assistência e sucesso das ações implementadas.

Como enfermeira, vivencio e observo algumas dificuldades em relação ao cuidado com os pacientes que sofreram um AVE. A que mais me inquieta e talvez a mais expressiva, é a comunicação com os pacientes que apresentam afasia. Esta dificuldade gera conflitos entre profissionais e pacientes causando insegurança nestes últimos, tanto em relação ao cuidado de enfermagem como ao tratamento instituído. O profissional de enfermagem também se sente inseguro, pois muitas vezes é difícil avaliar se o cuidado corresponde às expectativas dos pacientes.

Nós, profissionais de saúde, talvez não tenhamos ainda percebido toda a dimensão que assume a afirmação “ser fundamental a comunicação adequada para um cuidado efetivo”. Tal dimensão deveria resultar em exercícios de reflexão sobre algumas atitudes inexpressivas, como o pouco interesse ou desinteresse em descobrir meios eficazes de comunicação para melhor entender e ser entendido, assim como a utilização de estratégias não testadas e padronizadas, portanto informais. Isto atrasa o desenvolvimento de medidas de superação dos obstáculos e o conhecimento de possíveis evidências que possam subsidiar a prática. O avanço no conhecimento poderia direcionar a sistematização das intervenções próprias para o cuidado com os pacientes afásicos, caso as dificuldades de comunicação pudessem ser cientificamente caracterizadas.

Em estudo brasileiro² foi verificado um déficit de comunicação de 38% em pacientes que sofreram um AVE, constituindo-se em uma seqüela de forte impacto para as pessoas e estando relacionada com a depressão, o que interfere nas relações interpessoais². Entre todas as incapacidades decorrentes do AVE, a afasia se destaca pelas conseqüências psicológicas e sociais. Portanto, é importante encontrar formas e estratégias que facilitem o convívio das pessoas acometidas pelo AVE e seus cuidadores.

Existem diversos estudos disponíveis na literatura de enfermagem que enfatizam a importância da comunicação no cuidado, oferecendo subsídios para direcionar o planejamento da assistência, porém poucos se referem aos pacientes que apresentam déficit de comunicação decorrente de AVE. Foram encontrados alguns estudos realizados no continente europeu, os quais identificaram as características que os profissionais de enfermagem devem possuir para vencer as barreiras de comunicação e obter sucesso no cuidado^{3,4}.

Considerando que a comunicação é um dos alicerces no processo de cuidar, as dificuldades do enfermeiro em se comunicar com o paciente com afasia após AVE e a falta de estudos que subsidiam a aquisição de conhecimento na área, decidiu-se como tema desta dissertação estudar as estratégias de comunicação usadas pela equipe de enfermagem para cuidar destes pacientes.

1.2 Revisão de literatura

1 2.1 Acidente vascular encefálico

1.2.1.1 Epidemiologia

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença crônica que causa impacto significativo na vida das pessoas por ele afetadas e seus familiares, atingindo dimensões sociais, econômicas, psicológicas e a saúde. Apesar do declínio das taxas de incidência e prevalência nos últimos 20 anos em conseqüência do desenvolvimento das medidas de prevenção, ainda é um importante problema de saúde pública mundial, particularmente em países industrializados⁵. É uma das causas mais freqüentes de hospitalização e de morbidade devido, às incapacidades motoras e cognitivas por ele causadas⁵.

As doenças do aparelho circulatório no Brasil acarretam taxas de mortalidade proporcional de 32,3%, constituindo-se em uma das principais causas de óbito, sendo lideradas pela doença cerebrovascular (DCV)¹. Apesar destes índices pouco se conhece sobre a epidemiologia do AVE no Brasil. Os poucos estudos epidemiológicos conduzidos na América do Sul têm revelado uma incidência de 35 a 183 casos por 100.000 habitantes no continente, com alta prevalência de hemorragia cerebral. No Brasil é a principal causa de morte e representa a mais alta mortalidade na América do Sul para ambos os sexos, podendo no futuro apresentar taxas mais elevadas devido ao envelhecimento da população⁵. O AVE é responsável por 80% das internações pelo Sistema Único de Saúde em pacientes em idade jovem e por sérias conseqüências médicas e sociais, como as seqüelas de ordem física, de comunicação, funcionais e emocionais, entre outras².

Nos Estados Unidos da América a DCV é responsável por cerca de 50,0% das internações relativas a casos neurológicos, destacando-se o acidente vascular cerebral (AVE)¹ e representa a terceira causa de morte⁷. Possui incidência mais alta entre negros, possivelmente devido à maior prevalência de hipertensão arterial e uso inadequado de medicamentos anti-hipertensivos nessa etnia. É também fortemente relacionado com o nível sócio-econômico baixo⁸.

Dados estatísticos no continente europeu sugerem que devem ocorrer no período de 2000-2025 novos eventos de AVE, aumentando o número atual de aproximadamente 1.100.000 para 1.500.000 por ano⁹. Entretanto, pesquisas recentes sugerem a padronização dos estudos de sistemas de gerenciamento para facilitar o acesso a esses dados e para uniformizar o registro em todos os países do continente, visando à melhor utilização na promoção da saúde e a implementação de programas. Alguns países do norte europeu como a Finlândia apresentam taxas mais elevadas¹⁰.

Estimativas indicam que poderá ocorrer uma triplicação de casos de doença isquêmica do coração e AVE na América Latina, Oriente Médio e África, confirmando um padrão de inversão do que ocorre nos Estados Unidos e alguns países do leste europeu, onde as taxas de incidência do AVE tem diminuído¹¹. Os países pobres e em desenvolvimento contribuem com cerca de 80,0% nas taxas de mortalidade global por DCVs e com 87,0% nas de incapacidade por DCV. Estes índices estão associados fortemente ao envelhecimento da população e aos fatores de risco

cardiovascular, genéticos e ambientais. Nesse sentido, os esforços dos profissionais da área de saúde devem ser para controlar estes fatores e prevenir novos eventos, o que é imprescindível para o controle do impacto do AVE na América do Sul¹². Outro aspecto relevante nas diferentes taxas de morbimortalidade pelo AVE é o tempo de atendimento do paciente por ele acometido, na fase aguda, com forte impacto nas ações de enfermagem, tema recentemente revisado em estudo desenvolvido na Universidade Guarulhos¹³.

Mesmo tendo seu pico de incidência entre a 7ª e 8ª décadas de vida, o AVE pode ocorrer mais precocemente e ser relacionado a outros fatores de risco, como os distúrbios da coagulação, doenças inflamatórias e imunológicas, bem como ao uso de fármacos¹⁴ e diagnóstico e tratamento imprecisos da hipertensão^{15,16}.

A incidência do AVE é de 10,0% em pacientes com idade inferior a 55 anos e de 3,9% em pacientes com idade inferior a 45 anos¹⁴.

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em não modificáveis (idade, sexo, etnia, hereditariedade, história familiar) e modificáveis (hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, aterosclerose, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo)¹. A hipertensão arterial é considerada como o fator de risco mais importante e o mais comum entre os pacientes que sofreram um AVE, com prevalência de aproximadamente 42,0%¹⁷. No Brasil 85,0% dos pacientes com AVE são hipertensos¹⁸.

Outros fatores de risco como o uso de anticoncepcionais orais e migrânea (enxaqueca) também estão relacionados com o AVE. Os anticoncepcionais são fatores de risco independentes nas mulheres que fumam, que têm idade superior a 35 anos e/ou história familiar de hipertensão. Já a migrânea é um fator de risco em homens e mulheres para AVE isquêmico, quando associada à hipertensão arterial e uso de anticoncepcionais orais¹⁸.

1.2.1.2. Fisiopatologia do acidente vascular encefálico

O AVE é o equivalente do termo genérico inglês *stroke*, que descreve apenas o comprometimento funcional neurológico¹⁸. As formas de AVE são anóxico-isquêmicas, que é o resultado da falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido cerebral de oxigênio e substratos, denominado AVE isquêmico (AVEI). Outra

forma como o extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central dá origem ao AVE hemorrágico (AVEH)¹⁸.

Os subtipos isquêmicos são lacunares, ateroscleróticos e embólicos e os hemorrágicos são intraparenquimatosos e subaracnóideos. Os lacunares ocorrem devido às lesões de pequeno tamanho (menor que 1 cm de diâmetro), as lacunas, em consequência de danos em arteríolas de pequeno calibre. As regiões em que a circulação se faz à custa deste tipo de arteríola são as profundas, dos hemisférios cerebrais e o tronco cerebral. A hialinização das paredes vasculares, espessadas em resposta à hipertensão arterial crônica, é o que leva à trombose desses pequenos vasos. Quadro de hemiparesia ou hemiplegia proporcionada completa, sem alteração de sensibilidade associadas, é o habitual de infartos lacunares¹⁹.

Os AVEs ateroscleróticos ocorrem quando a aterosclerose envolve determinados sítios das artérias intra e extracranianas, levando à sua oclusão ou a um de seus ramos. Existem dois mecanismos principais: a trombose, a partir de uma placa aterosclerótica com obstrução da luz arterial, ou a fragmentação de uma placa ou trombo sobreposto a esta com embolia artério-arterial²⁰. Pode ter início abrupto, apesar de possíveis sinais prévios de deficiência circulatória. Este tipo de AVE corresponde a 40,0 a 60,0% dos AVEs isquêmicos¹⁹.

O AVE embólico é muito mais freqüente do que era conhecido há alguns anos. Caracteriza-se por infartos distais do território arterial, no córtex cerebral, sendo seu início abrupto, sem tendência de sintomas progressivos ou oscilantes¹⁹.

Em relação ao AVEH, geralmente mais grave, ele corresponde à cerca de 5,0% a 10,0% de todos os AVEs e à ¼ dos óbitos^{19,20}. Neste tipo de AVE ocorre o sangramento agudo no interior da caixa craniana ou do cérebro, elevando a pressão intracraniana com cefaléia, vômitos e alterações do nível de consciência. Pode ocorrer em nível extracerebral, denominada de hemorragia subaracnóidea (HSA) ou em nível intraparenquimatoso (HIP), as hemorragias cerebrais¹⁹.

A hemorragia subaracnóidea (HSA) é um evento clínico que se caracteriza por ruptura e sangramento de um aneurisma cerebral. Tem mortalidade de 25%, com maior incidência nas mulheres que nos homens²¹; entre os sobreviventes 50% apresentarão déficit neurológico importante²². Seus principais sinais e sintomas são

cefaléia súbita, náuseas, vômitos, rigidez de nuca, alteração do nível de consciência, déficit neurológico e convulsões²¹.

A hemorragia intraparenquimatosa (HIP) ocorre quando as pequenas artérias e arteríolas penetrantes do encéfalo sangram. Apresenta rebaixamento do nível de consciência súbito e progressivo, associado à cefaléia, déficit motor e elevação da pressão arterial. Este tipo de AVE é mais comum nos núcleos de base, tálamo, ponte e cerebelo, por se constituírem em áreas supridas por vasos de pequeno calibre, ramos diretos de vasos mais largos e assim mais vulneráveis aos efeitos da pressão²⁰. Está intimamente relacionada à HAS, mas pode ser associada a outras causas, como angiopatia amilóide e malformações arteriovenosas, aneurismas, distúrbios da coagulação, sangramentos de tumores ou por abuso de drogas²⁰.

O ataque isquêmico transitório (AIT) é definido como breve episódio de perda da função cerebral, devido à isquemia, que pode estar localizada em uma porção do sistema nervoso central, suprida por um determinado sistema vascular e para o qual não se encontra nenhuma outra causa. Os déficits devem durar menos de 24 horas¹⁹. A importância deste tipo de evento é que segundo estudos, eles podem preceder infartos de todos os tipos^{20,23}.

Os AVEs também podem ser classificados quanto à topografia, sendo: AVEs que se originam no sistema carotídeo e AVE no sistema vertebrobasilar.

Alguns instrumentos estão sendo desenvolvidos para serem aplicados desde o atendimento pré-hospitalar até as unidades de terapia intensiva, com o objetivo de ajudar no rápido reconhecimento dos sinais e sintomas do AVE. Os mais comuns e estudados são a escala de AVE pré-hospitalar Cincinnati e o instrumento de AVE pré-hospitalar Los Angeles. Existem também os instrumentos que auxiliam na avaliação dos resultados após o tratamento com valor prognóstico. A *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)* é uma escala válida, eficiente e sensível para este fim, que contempla vários domínios e cuja pontuação final determina o planejamento da assistência e a severidade da lesão. Foi desenvolvida por neurologistas da Universidade de Cincinnati e deve ser aplicada no serviço de atendimento hospitalar; requer treinamento dos profissionais e se tornou instrumento padronizado em vários idiomas e serviços²⁴.

1.2.1.3 Tratamento

O tratamento do AVE é estabelecido após a realização da avaliação clínica inicial, dos exames neurológicos e de imagem para o diagnóstico do tipo de AVE. Inclui intervenções de suporte e terapia específica. As intervenções de suporte se referem ao ABC da ressuscitação, controle da temperatura, controle da glicemia e manejo da pressão arterial, que devem ser realizadas em todos os tipos de AVE. Quanto às intervenções específicas para o AVEI temos o uso de drogas trombolíticas e agentes antitrombóticos (anti-agregantes e anticoagulantes) e para o AVEH o tratamento cirúrgico associado a outras medidas.

No acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI), o tratamento trombolítico com ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) melhora a evolução dos pacientes, mas tem que ser iniciado dentro das três primeiras horas do início dos sintomas, exigindo uma avaliação rápida e eficiente por uma equipe multiprofissional treinada. Preconiza-se o seguimento de um protocolo estrito com os mesmos critérios e cuidados utilizados em estudo multicêntrico que mostrou resultados eficazes²³. Os cuidados incluem o manejo na sala de emergência, a avaliação especializada, o domínio dos critérios para a trombólise e o manejo pós-trombólise em uma unidade de cuidados intensivos.

Alguns estudos foram determinantes para estabelecer os limites e as condições seguras para o tratamento trombolítico. O principal deles foi o estudo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA*, que serviu de base para a Academia Americana de Neurologia e a Associação Americana de Cardiologia indicarem os critérios e procedimentos necessários para um tratamento seguro e eficaz²⁰.

Nos locais onde o tratamento do AVE é realizado com agentes trombolíticos, em qualquer parte do mundo, o fator limitante mais freqüente é o tempo decorrido do início do processo até a chegada ao hospital, não permitindo uma avaliação imediata pela equipe treinada para este fim²⁰.

O tempo estipulado desde o início dos sintomas até a administração do trombolítico é denominado de janela terapêutica. Este prazo determinado foi de 3 horas após a realização de um estudo no qual os pacientes alocados para trombolítico tiveram uma probabilidade 30% maior de apresentar seqüelas mínimas

ou nenhuma seqüela após 3 meses, em relação aos pacientes que receberam placebo. Recentemente foi publicado um novo ensaio clínico randomizado cujos resultados permitiram que a Associação Americana de Cardiologia e a Associação Americana de Acidente Vascular Cerebral publicassem novas diretrizes nas quais a janela terapêutica foi estendida para até 4,5 horas. De acordo com estas diretrizes alguns pacientes não estão incluídos no benefício da trombólise até 4,5 horas. São eles indivíduos com idade superior a 80 anos; com AVE extenso, definido como escala *NIHSS* maior que 25; em uso de anticoagulantes e com combinação de AVE prévio e diabetes^{24,25}. Os demais critérios de inclusão e exclusão (quadro 1) são os mesmos para ambas as janelas terapêuticas.

Quadro 1- Critérios para trombólise

Critérios de exclusão para trombólise no AVCi		
Clínicos	Neurológicos	Neuroimagem
<p>1-HA: PAS > 185 ou PAD > 110 mmHg, requerendo tratamento agressivo para ser mantida dentro destes limites.</p> <p>2-Sangramento interno nos últimos 21 dias (Ex: digestivo, urinário, ocular)</p> <p>3- Diátese hemorrágica-plaquetas $< 100.00/mm^3$, heparina dentro das últimas 48h e TTPA > normal, uso recente de anticoagulante oral e TP > 15 seg, outra diátese hemorrágica</p> <p>4-dentro dos últimos 3 meses: cirurgia intracraniana ou raquimedular, trauma craniano grave, AVC</p> <p>5-Dentro das últimas 3 semanas : cirurgia de grande porte, trauma sério, infarto agudo do miocárdio</p> <p>6-Glicemia anormal (< 50 ou > 400 mg/dl)</p> <p>7-Punção arterial recente em local não compressível</p> <p>8-Punção lombar nos últimos 07 dias</p> <p>9-Antecedente de hemorragia intracraniana, malformação vascular ou aneurisma intracraniano.</p>	<p>1-Suspeita clínica de hemorragia meníngea, com cefaléia intensa e súbita, rigidez de nuca, alteração do estado mental; mesmo com TC de crânio normal</p> <p>2-Déficit melhorando rapidamente, sugerindo ataque isquêmico transitório</p> <p>3-Tempo de instalação não pode ser estabelecido com certeza</p> <p>4-Crise convulsiva no evento atual</p> <p>5-Idade: < 18 anos. Considerar risco benefício se > 85 anos (maior risco de sangramento)</p> <p>6-Considerar não tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●pacientes muito graves, com escore na escala de NIHSS > 22 ●pacientes com déficit neurológico muito discreto, com escore na escala NIHSS < 4 	<p>1-Hemorragia intracraniana</p> <p>2-Considerar não tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●pacientes com sinais precoces de infarto extenso, acometendo mais de um terço do território da artéria cerebral média

Para pacientes que não são candidatos à trombólise e que não estejam em uso de anticoagulantes, o tratamento com anti-agregante plaquetário deve ser iniciado o mais cedo possível. A droga de escolha é frequentemente o ácido acetilsalicílico (AAS, aspirina) pelo baixo custo, pelo rápido início de ação e por ser o único antiagregante plaquetário testado clinicamente no tratamento da fase aguda do AVE²². A anticoagulação, embora discutida, é outra opção terapêutica a ser utilizada neste tipo de evento. O grau de recomendação para tratamento do AVE na fase aguda teve como bases as recomendações da *American Heart Association-Group of the Stroke Council* e tem como objetivos evitar a progressão da estenose e/ou reduzir a chance de embolia artéria-a-artéria. São usados heparina fracionada ou não fracionada de acordo com esquema padronizado^{19,22}.

As medidas específicas para o tratamento do AVEH são o controle da pressão intracraniana, tratamento da diátese hemorrágica, controle do sódio sérico, prevenção de convulsões e tratamento cirúrgico, que inclui a drenagem de hematoma, ressecção cirúrgica da malformação arteriovenosa (MAV) ou embolização da MAV. Nos casos de hemorragia subaracnóidea somam-se a estas medidas a prevenção de ressangramento e a prevenção do vasoespasm²⁰.

Para a prevenção do vasoespasm cerebral recomenda-se a utilização da terapia hiperdinâmica também conhecida como “terapia dos 3H” (hemodiluição, hipertensão e hipervolemia), além de um controle rigoroso por meio do *doppler* transcraniano.

Algumas complicações neurológicas podem surgir na evolução de qualquer tipo de AVE com necessidade de tratamento. A hidrocefalia pode exigir drenagem ventricular externa, derivação ventrículo-peritoneal ou cirurgia descompressiva; a transformação hemorrágica, que não influencia no prognóstico a não ser quando se forma um hematoma volumoso, e as convulsões na fase aguda, que podem ocorrer em 4% a 10% dos casos e são tratadas com única medicação anticonvulsivante²².

1.2.2 Afasia

1.2.2.1 Tipos

A incapacidade de comunicação é uma das seqüelas ou déficits mais comuns nos pacientes com AVE. Atingem de 21% a 38%²⁶ dos pacientes na fase aguda do evento e constitui um preditor de recuperação porque está associada à dependência e freqüentes admissões hospitalares²⁷. Além disso, pode influenciar de forma negativa as atividades de vida diária, como a leitura, atividades de ocupação e sociais, estando fortemente relacionada à depressão²⁸. Estudo realizado em Recife em 2004 verificou que as incapacidades de comunicação correspondem à cerca de 50% nos homens e a 68% nas mulheres, sendo caracterizadas nesta amostra por dificuldades de articulação das palavras e lentidão para falar².

A afasia possui várias definições que de certa forma são coincidentes²⁹. É definida como uma incapacidade resultante de uma lesão no cérebro que afeta a capacidade de interpretação e formulação de símbolos da linguagem³⁰. Ocorre quando a lesão é no hemisfério dominante do cérebro, que usualmente é o esquerdo. O local e a extensão da lesão determinam o tipo e a severidade da incapacidade. Pode atingir os distintos domínios da linguagem, como a linguagem espontânea, a compreensão oral, a repetição, a leitura e a escrita. Afeta tanto a produção como o reconhecimento e a compreensão lingüística se as áreas cerebrais implicadas nestas funções são comprometidas³¹.

“A afasia possui várias classificações, sendo as mais utilizadas e comuns as afasias “emissivas”, “receptivas” e “mistas”; considerando-se a emissão ou a recepção, respectivamente, como áreas de maior comprometimento e, por sua vez, nos quadros mistos, a recepção e emissão estariam comprometidas em grau equivalente²⁹.”

Nas afasias “emissivas” estão incluídas as incapacidades cujo déficit de expressão é maior que o déficit de compreensão. São a afasia de Broca, a afasia de condução e a afasia transcortical motora. A afasia de Broca recebeu esta denominação em homenagem ao neurologista francês Pierre Paul Broca, que em 1861 descreveu pela primeira vez uma lesão em terço posterior da região frontal do cérebro de um paciente que apresentava alterações na linguagem. Esta área do cérebro ficou definida como centro motor da fala, a “área de Broca”. É a mais comum

das afasias e a expressão oral pode estar comprometida em diversos graus. A afasia de condução é caracterizada por anomias e a afasia transcortical motora é caracterizada por redução da fala e expressão lenta e breve²⁹.

As afasias “receptivas” possuem déficit de compreensão maior que o déficit de expressão. Estão entre elas a afasia de Wernicke, a afasia transcortical sensorial e a afasia anômica. A afasia de Wernicke foi assim denominada porque o neurologista alemão Carl Wernicke, em 1873, descreveu o caso de um paciente que apresentava desordem severa de compreensão por lesão em terço superior da região temporal, a “área de Wernicke”. É caracterizada por substituição de palavras e letras bizarras, sendo afetada a leitura, a escrita e a compreensão. É o tipo mais grave. A afasia transcortical sensorial possui déficits severos ou moderados de compreensão e a afasia anômica é caracterizada por alterações semânticas²⁹.

Com relação às afasias “mistas” temos a afasia transcortical mista, a afasia mista e a afasia global, que se constitui no tipo mais grave e apresenta comprometimento severo da emissão e da compreensão oral e gráfica.

A disartria é caracterizada por fala imprecisa, lenta, com movimentos incoordenados dos músculos da face, necessários para a fala e por ressonância hipernasal. É sempre acompanhada por hemiparesia, o que pode dificultar a escrita.

A afasia de Broca e Wernicke correspondem juntas a cerca de $\frac{1}{4}$ dos tipos de afasia nos eventos agudos de AVE³² e alguns estudos sugerem que a maior severidade desta incapacidade aumenta com a idade²⁶. Quando a lesão ocorre no hemisfério não dominante são comuns incapacidades de linguagem relacionadas a habilidades de comunicação lingüísticas e não lingüísticas, como diálogos sem sentido, uso inapropriado de habilidades não verbais como olhos, postura e proximidade³⁰.

1.2.2.2 Instrumentos de avaliação

A avaliação adequada e o diagnóstico correto do déficit de linguagem são fundamentais para otimizar os objetivos da reabilitação. Mesmo sendo de grande importância a avaliação do déficit de linguagem, alguns estudos indicam que a afasia após AVE não é freqüentemente detectada por profissionais de saúde³³, provavelmente pela necessidade de utilização de instrumentos complexos, que

consomem muito tempo e são aplicados somente por especialistas. No dia a dia são utilizados instrumentos de avaliação padronizados e validados que foram desenvolvidos e que são importantes para a evolução e a informação ao paciente e família sobre o tratamento³¹. Esta avaliação detecta as alterações neurolinguísticas classificando-as em função dos sintomas apresentados e utiliza esta semiologia para determinar a área afetada e programar a reabilitação³¹.

A aplicação de testes rápidos e simples que podem ser aplicados por outros profissionais é uma alternativa que pode ajudar na identificação da afasia³³ e no planejamento do tratamento adequado. No Reino Unido foram desenvolvidos dois testes com este objetivo e na Noruega foi desenvolvido e avaliado um instrumento, o *Ullevaal Aphasia Screening Test (UAS)*, que foi aplicado por enfermeiros na fase aguda do AVE e mostrou ser válido e útil principalmente porque nesta fase os pacientes não toleram testes mais estressantes.

Estudos recentes tiveram como objetivo avaliar e validar instrumentos que possam ser aplicados de forma mais rápida e de mais fácil correção. Um destes estudos aplicou o *Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)*, cuja especificidade foi de 80%. Em outra pesquisa foi aplicado o *Bedside de Language (BL)*, que obteve 84,4%³⁰. Estes testes são curtos, podem ser aplicados a beira do leito, exigindo de 5 a 10 minutos³⁴ e foram desenvolvidos com o objetivo de detectar a presença da afasia, não fornecendo maiores detalhes referentes à parte semântica, fonológica e sintática. Estes aspectos são importantes não só para direcionar o tratamento, como também para informar ao paciente e seus familiares de suas possibilidades de recuperação e ajudá-los a desenvolver estratégias de comunicação³⁵.

Existem outros testes, se destacando entre estes o *Porch Index of Communicative Ability (PICA)*, *Minnesota Test for Differential Diagnoses of Aphasia (MTDDA)*, *Western Aphasia Battery (WAB)* e o *Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)*³³. São usados no período agudo da lesão cerebral e possuem como desvantagens requerer muito tempo em sua aplicação, fatigando o paciente e muitas vezes não podendo ser completados pela falta de atenção freqüente do paciente neste período. Apesar destas desvantagens, são considerados de especificidade e sensibilidades confiáveis e por isto esses testes vêm sendo padronizados e traduzidos em vários idiomas, com evidências ideais para o reconhecimento dos sintomas e da severidade da incapacidade³⁶.

As incapacidades motoras que frequentemente estão associadas à pacientes com afasia após AVE comprometem a avaliação destes na fase aguda da doença, porque dificultam a aplicação dos testes tradicionais e se tornaram um fator que impede um planejamento de estratégias adequadas³⁷. Sugere-se para que estas barreiras sejam superadas o trabalho de uma equipe multiprofissional que divida as responsabilidades e focada na reabilitação planejada e compatível com as necessidades reais do paciente³⁷.

Nos EUA a preocupação das organizações de acreditação e das políticas governamentais com os resultados dos cuidados de saúde é tão grande que são implementados vários protocolos. Com relação aos pacientes afásicos não existe uma padronização de avaliação e tem sido estudada a criação de instrumentos adequados, que tenham significado para toda a equipe de saúde³⁴. Isto é interessante porque envolve a necessidade de uma participação mais efetiva de todos os profissionais, principalmente dos enfermeiros.

1.2.2.3 Tratamento

O tratamento da afasia após o AVE precisa ser planejado de acordo com os múltiplos fatores negativos que podem influenciar a reabilitação. Entre estes estão a severidade e as características da afasia, as incapacidades físicas da doença, as comorbidades emocionais e fisiológicas e o impacto na qualidade de vida³⁶.

A terapia de reabilitação da linguagem é considerada a principal ferramenta para o tratamento, mesmo com resultados clínicos que não evidenciam sua efetividade. Isto se deve provavelmente a estudos com problemas metodológicos que dificultam sua comparação com outros estudos. Outras técnicas de reabilitação também mostraram ser promissoras, como o uso de computadores, jogos de palavras e pinturas.

O uso de drogas para melhorar os déficits de linguagem é relativamente novo e controverso, mas há estudos que mostraram que as intervenções farmacológicas aumentam a atividade dos neurotransmissores atingidos pelo AVE, melhorando a linguagem espontânea e a compreensão³⁸.

As drogas utilizadas são o piracetam, que possui efeitos neuroprotetores e antitrombóticos agindo nas funções cognitivas, de linguagem e de memória. O

bromocriptine e a dexamfetamine agem no sistema de catecolamina, que faz parte de uma rede que envolve a área anterior, a prefrontal e a inferior parietal e que são responsáveis pela atenção e motivação. O donepezil age no sistema da acetilcolina, que é um importante modulador cortical e tem um papel crucial nos processos cognitivos, como a aprendizagem e memória³⁸.

1.2.3 Comunicação e equipe de enfermagem

1.2.3.1 Comunicação como parte integrante do cuidado

A comunicação é considerada elemento essencial no cuidado porque determina a interação entre cuidador e paciente/família e conseqüentemente influencia os resultados da assistência. Constitui-se em instrumento básico do cuidado porque está presente em todas as ações realizadas com o paciente³⁹. Para que a interação entre profissional e paciente ou cuidador/família se torne positiva e com resultados eficazes, alguns requisitos são indispensáveis no sucesso do processo, como a capacidade de ouvir, as atitudes, a valorização dos desejos e das necessidades do outro. A comunicação é um alicerce importante para que o cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz⁴⁰.

A participação do cliente no cuidado nos dias atuais é considerada tão importante, que o processo de negociação realizado junto a ele influencia não só a qualidade da comunicação, mas também a recuperação da sua saúde e/ou a readaptação a uma nova condição de vida. Nos Estados Unidos existe um processo de saúde denominado *Patient-Centered Communication (PCC)*, que se refere ao cuidado de saúde que tem um enfoque em comunicação que respeita as preferências e solicitações dos pacientes e seu direito de tomar decisões sobre seu cuidado³⁰. Além da participação do paciente, ele reduz o medo e a ansiedade que este pode apresentar, como demonstrado em alguns estudos, com evidências de diminuição da ansiedade e a garantia de segurança pela participação ativa no tratamento³⁰. É pela comunicação que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se, satisfazer suas necessidades³⁹. Isto é tão importante que esta participação atualmente vem sendo cada vez mais reafirmada pelas mudanças nas relações entre profissionais, pacientes e famílias, fazendo parte do processo de

humanização que compreende e se tornou uma demanda no resgate ao cuidado como um processo de valorização e respeito ao ser humano⁴¹.

A qualidade das interações entre profissional e paciente está na dependência de uma disponibilidade própria do profissional em estabelecer relações de ajuda e acolhimento⁴². A humanização busca uma assistência de qualidade porque enfoca um cuidado de enfermagem holístico, com abordagem integrada, personalizado aos pacientes⁴¹. A comunicação deve ser utilizada como instrumento para colocar em prática estes pressupostos. No entanto, os profissionais afirmam não se sentirem preparados para agir com a clientela em consequência da falta de conteúdos sobre este tema em sua formação profissional⁴². Os profissionais de enfermagem precisam desenvolver estratégias que almejem estes objetivos como uso de linguagem acessível, valorização da escuta, toque que proporcione apoio e conforto e palavras que elevem a auto-estima⁴¹.

Uma comunicação baseada em um relacionamento efetivo possibilita a compreensão de visão de mundo do paciente, identificando o que ele sente e gerando auto-estima, apoio, conforto e confiança. Tem como resultado a segurança e satisfação, facilitando o alcance da excelência do cuidado e do bem-estar do paciente⁴².

A efetividade do cuidado em saúde é mediada pela satisfação do cliente e sua família, baseados em uma relação de confiança³⁹.

1.2.3.2 Tipos de comunicação

Comunicar tem como definição o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, que podem ser símbolos ou sinais. Os signos são estímulos que transmitem uma mensagem; qualquer coisa que faça referência a outra coisa ou idéia sendo subdivididos em sinais, que são signos com mais de um significado e símbolos que possuem uma única decodificação possível⁴³. Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa pôr em comum⁴¹.

A comunicação pode ser classificada em comunicação verbal, que se refere às palavras expressas por meio da fala ou escrita e comunicação não-verbal, que ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal etc. Suas

finalidades básicas são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade³⁹.

Segundo Morais⁴¹ no processo comunicativo a comunicação verbal e não verbal fortalecem o vínculo afetivo entre o profissional de enfermagem e o paciente, proporcionando uma relação intersubjetiva com ênfase nas necessidades individuais de cada ser doente. A comunicação verbal tem muito valor porque a linguagem bem postulada permite que o paciente obtenha informações importantes sobre sua doença, tratamento clínico e prognóstico, enquanto a comunicação não verbal permite aos profissionais de enfermagem reconhecer os reais sentimentos dos pacientes diante da hospitalização e perceber dificuldades de verbalização e insatisfações do ser doente quanto ao cuidado recebido³⁹.

A comunicação não-verbal é muito utilizada nos processos de interação e segundo estudos é responsável por cerca de 55,0% de todo tipo de comunicação³⁷. Entre suas funções estão complementar a comunicação verbal, substituir a comunicação verbal, contradizer o verbal e demonstrar sentimentos. Knapp⁴⁴ a subdivide em: proxêmica, tacêsica, cinésica, paralinguagem, características físicas e fatores do meio ambiente.

O termo proxêmica foi utilizado pioneiramente por Edward T. Hall, antropólogo, que estudou o uso do espaço no relacionamento interpessoal. Este termo descreve a teoria do uso humano do espaço na comunicação; ou seja, como o homem estrutura inconscientemente o micro-espaço⁴⁵. A proxêmica estuda o espaço em três aspectos: o espaço das características fixas, o espaço de características semi-fixas e o espaço informal (território pessoal ao redor do corpo do indivíduo)⁴⁵. Hall identificou quatro distâncias interpessoais:

-distância íntima de 0 a 50 cm que envolve contato físico, calor e transmissão de odores;

-distância pessoal de 50 cm a 1,20 m que não ocorre o contato físico, apenas o visual;

-distância social de 1,20 a 3,60 m que não há contato físico apenas o visual;

-distância pública maior que 3,60 m que ocorre em conferências e contatos públicos e o contato visual não é individual e sim coletivo⁴⁶.

A tacêtica é tudo que envolve a comunicação tátil, caracterizando o toque como uma forma de comunicação não verbal entre o cliente e o enfermeiro. Pode ser classificado como toque instrumental, que é aquele que requer contato físico deliberado para que seja executado um procedimento e toque afetivo que é aquele espontâneo que demonstra apoio, conforto e proximidade com o paciente.

A cinésica é um neologismo criado por Birdwhistell, antropólogo da Universidade de Temple, que implica no uso da linguagem do corpo, ou seja, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça até as expressões mais sutis, como as faciais. Os gestos são categorizados em emblemáticos, que são gestos culturais aprendidos e que admitem transposição oral direta; em ilustradores, que são gestos aprendidos por imitação e que acompanham a fala; em reguladores, que são gestos que regulam e mantêm a comunicação entre duas ou mais pessoas e que sugerem ao emissor que continue, repita, elabore e dê oportunidade ao outro de falar; em manifestações afetivas, que são configurações faciais que assinalam estados afetivos, podendo ser conscientes ou não; em adaptadores, que funcionam como “muletas”, isto é, o uso de partes do corpo para compensar sentimentos como insegurança, ansiedade e tensão⁴³.

A paralinguagem: é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada.

As características físicas: são a própria forma e a aparência de um corpo, transmitindo informações sobre faixa etária, sexo, origem étnica e social, estado de saúde, etc.

Os fatores do meio ambiente - são à disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço.

Para que se atinja a saúde ideal do paciente, bem como a sua satisfação e conseqüentemente um cuidado de saúde eficaz é necessário o estabelecimento de um relacionamento terapêutico. Este relacionamento é baseado na comunicação terapêutica, que tem como definição a habilidade do profissional de saúde em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária a conviver outras pessoas. Representa o objetivo que todo processo de comunicação deve ter no cuidado em saúde³⁹.

Alguns aspectos são essenciais para uma boa comunicação verbal. São eles: os de clarificação, que objetivam esclarecer o não entendido pelo paciente; os de expressão, que ajudam a descrição da experiência e a expressão dos sentimentos e os de validação, que auxiliam na ocorrência de significação comum do que é expresso, como repetir a mensagem do paciente ou sumarizar o conteúdo da interação^{42,43}.

A comunicação da equipe de enfermagem com pacientes que apresentam déficits de linguagem após acidente vascular encefálico ainda não está fundamentada em evidências devido aos poucos estudos existentes na literatura de enfermagem.

2 OBJETIVOS

Identificar as estratégias usadas e as dificuldades encontradas para se comunicar com pacientes afásicos após acidente vascular encefálico, referidas pelos membros da equipe de enfermagem.

Observar e descrever as estratégias usadas e as dificuldades encontradas pelos mesmos profissionais da equipe de enfermagem para se comunicar com os pacientes afásicos, comparando-as com as referidas.

3 MÉTODO

3.1 Tipo e local do estudo

Estudo descritivo, exploratório, transversal realizado em um hospital geral privado de 1920 leitos, localizado na região central do município de São Paulo. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010, nas três unidades de internação com leitos destinados a pacientes que sofreram um AVE. Os leitos então alocados em uma enfermaria do Sistema Único de Saúde (SUS), 48 leitos, e duas enfermarias que atendem 28 pacientes conveniados ou particulares.

3.2 Procedimentos administrativos e éticos

Inicialmente foi encaminhada carta à diretora do Departamento de Enfermagem, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Após anuência o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o número 505-09 (Anexo 1)

3.3 Composição da amostra

A amostra estudada foi composta por 27 sujeitos, sendo 10 auxiliares de enfermagem, 11 técnicos e 6 enfermeiros. A população de funcionários das três unidades é de 39 profissionais, sendo que 6 se encontravam de férias e 6 se recusaram a participar na pesquisa. Os que participaram foram incluídos por estarem atuando na assistência direta aos pacientes que tivessem sido acometidos por AVE. Os critérios de exclusão incluíram funcionários que estivessem de férias ou afastados por licença ou exercendo atividades administrativas, gerenciais ou de supervisão.

3.4 Procedimentos para a coleta dos dados

3.4.1 Instrumentos e técnicas utilizadas para a coleta dos dados.

Os dados foram colhidos durante a entrevista e observação participante.

3.4.1.1 Entrevista semi-estruturada

Foi realizada com a aplicação de um formulário (Apêndice 1), após agendamento com cada um dos participantes no estudo, em horário por eles estipulado. As questões foram formuladas no intuito de serem conhecidas as estratégias usadas pela equipe de enfermagem para cuidar dos pacientes após AVC, assim como as dificuldades encontradas. As entrevistas foram realizadas na própria unidade de internação, em ambiente isolado. O tempo de duração foi de até 40 minutos.

3.4.1.2 Observação participante

A técnica de observação participante no campo onde os cuidados de enfermagem foram realizados, teve como principal objetivo obter dados para comparar as informações expressas durante a entrevista, referentes às estratégias e dificuldades de comunicação, com as realizadas na prática. Utilizando um roteiro desenvolvido de acordo com os objetivos do estudo (apêndice 2), o pesquisador observou os participantes por uma única vez, quando os mesmos realizaram atividades referentes aos cuidados de enfermagem prestados à pacientes afásicos. Com base nas observações registradas, foi efetuada a classificação das estratégias de comunicação verbal e não verbal utilizadas para cada profissional que participou do estudo. A observação foi realizada após a entrevista.

Foram definidos três tipos de cuidado, de acordo com o planejamento das atividades dos funcionários, no seu turno de trabalho. Assim, o pesquisador realizou a observação de campo nos turnos da manhã, tarde e noite. O período da manhã propiciou a observação de maior quantidade de procedimentos de higiene, por ser este o horário estabelecido como rotina hospitalar para o banho. Já nos períodos da tarde e da noite os procedimentos mais observados foram relativos ao controle dos

parâmetros vitais e administração de medicamentos. Pensou-se que a realização desses procedimentos, que ocorreram entre 20 a 60 minutos, poderia oferecer excelente oportunidade para a observação da comunicação entre o funcionário e paciente.

Observação participante: trata-se de técnica realizada em ambiente de campo, onde o observador coloca-se no ambiente do grupo ou da instituição em estudo, procurando observar e registrar informações dentro dos contextos, experiências e símbolos relevantes à pesquisa⁴⁸. É uma técnica menos estruturada, pois não supõe nenhum instrumento específico para o seu direcionamento, e a responsabilidade pelo seu resultado recai inteiramente no pesquisador⁴⁹. A meta deste método é aprender sobre a verdadeira realidade concernente às experiências e comportamentos do grupo. Seu principal instrumento de trabalho é o chamado diário de campo, onde são anotadas as informações que não fazem parte da entrevista formal e que respondem a perguntas freqüentes. Estas informações são utilizadas pela pesquisador para proceder a análise dos dados^{49,50}. As anotações de campo podem ser categorizadas de acordo com a sua finalidade. Um sistema de categorias representa uma tentativa para descrever de modo sistemático, quantitativo, os comportamentos e eventos que emergem em um ambiente e compreende a listagem de todos os comportamentos ou características que o pesquisador deve observar e registrar. As anotações são importantes para determinar o sucesso da pesquisa⁵⁰.

Existem diferentes tipos de papéis que o pesquisador pode assumir no trabalho de campo, que variam do observador total ao participante total, havendo versões intermediárias como o observador como participante e o participante como observador^{48,51}. Conforme descrito no procedimento de coleta de dados, neste estudo o pesquisador assumiu o papel de observador participante.

3.5 Organização e preparo dos dados para tratamento estatístico

Os dados foram compilados e armazenados em três planilhas no programa excel, uma referente às informações contidas nos formulários da entrevista correspondentes às perguntas fechadas (1 a 7 e 9) e outra às perguntas abertas (8 e 10). A terceira planilha foi referente aos dados da observação participante.

3.5.1 Definição das variáveis de interesse no tratamento dos dados

Considerou-se importante controlar algumas variáveis demográficas durante o tratamento dos dados. Os testes estatísticos mencionados nos resultados foram realizados para verificar se a categoria profissional, a idade ou o tempo de experiência profissional pudessem interferir nos resultados da comunicação com os pacientes afásicos.

4 RESULTADOS

Tendo-se em vista a descrição do método e o tratamento estatístico adotado, a apresentação dos resultados focará 3 aspectos distintos, as características demográficas da população estudada, os dados da entrevista semi-estruturada e os dados correspondentes à observação de campo. As principais variáveis de interesse para a melhor compreensão dos fatores que poderiam influenciar a comunicação dos profissionais com os pacientes afásicos, encontram-se analisadas separadamente.

Inicialmente serão abordadas as variáveis qualitativas que foram analisadas estatisticamente por frequências absolutas e frequências relativas e a seguir as variáveis quantitativas que foram comparadas com as variáveis qualitativas por meio da utilização do teste qui-quadrado ou exato de Fisher quando necessário⁵². Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%, sendo considerado uma diferença entre grupos se $p\text{-valor} < 0,05$. O intuito destes cruzamentos foi verificar se há associação de algumas das características avaliadas como forma de aprendizado, estratégias utilizadas, dificuldades de comunicação em relação às características dos profissionais como formação profissional, tempo de atuação com pacientes com AVE, tempo de experiência profissional e duração das atividades realizadas.

4.1 Características sócio-demográficas

As variáveis analisadas foram a categoria profissional, segundo o curso de formação, a idade, o tempo de atuação na profissão e o tempo de experiência no cuidado com pacientes com AVE. Destaca-se que optou-se por tempo de experiência e não por tempo de atuação, porque em sua maioria o tempo de atuação não é longo.

4.1.1 Categoria profissional dos membros da equipe de enfermagem.

Verifica-se na tabela 1 que os técnicos e auxiliares de enfermagem constituíram a maior parte da amostra, onde os enfermeiros atingiram 22,2% dos sujeitos pesquisados.

Tabela 1- Formação profissional dos participantes. São Paulo, 2010

Categoria profissional	n	%
Enfermeiro	6	22,2
Técnico de enfermagem	11	40,7
Auxiliar de enfermagem	10	37
Total	27	100

Para que fosse possível cruzar as diversas variáveis de interesse ao longo do estudo, estas variáveis foram agrupadas conforme se encontram nas tabelas apresentadas. Foram utilizadas apenas duas categorias de classificação devido ao pequeno número de profissionais avaliados (n=27). A idéia foi construir categorias com aproximadamente a mesma quantidade de profissionais em cada uma delas.

4.1.2 Idade dos sujeitos estudados

Quanto à idade verificou-se que 63% dos participantes da amostra tem 35 anos ou mais, com média de 34 anos, apesar da diferença observada entre as freqüências das duas categorias, como pode ser constatado na tabela 2.

Tabela 2 -Idade dos participantes do estudo. São Paulo, 2010.

Idade	n	%
menos de 35 anos	10	37
35 anos ou mais	17	63
Total	27	100

Os resultados indicam a participação de alguns sujeitos bem mais jovens, já que a idade média não atingiu 35 anos, apesar da relevante concentração acima de 35 anos. Este fato explica em parte os resultados da tabela 3, onde a diferença no tempo de experiência profissional é também constatada, mas não de forma tão

expressiva tanto como nas categorias correspondentes à idade. Embora com índice menor, o número de sujeitos com menor tempo de experiência profissional não supere o correspondente a mais de 5 anos, aproxima-se da metade da amostra. O tempo variou entre 1,5 a 31 anos, com média de 06 anos(tabela 3).

4.1.3 Tempo de atuação na profissão.

Apesar da dispersão constatada no número de anos de atuação profissional dos membros da equipe de enfermagem variou entre 1,5 a 31 anos, com média de 6 anos. Não se constatou diferenças relevantes entre os sujeitos nas duas categorias analisadas (tabela 3)

Tabela 3-Tempo de atuação dos profissionais de enfermagem. São Paulo, 2010.

Tempo de atuação profissional	n	%
até 5 anos	12	44,4
acima de 5 anos	15	55,6
Total	27	100

4.1.4 Tempo de atuação dos profissionais no cuidado aos pacientes com AVE

Na tabela 4 encontram-se os dados referentes ao tempo de atuação dos sujeitos com pacientes que sofreram um AVE. Apesar do menor tempo referido por um dos participantes, de 2 meses, a média atingiu 4 anos e a faixa de dispersão atingiu 13 anos de cuidado com esses pacientes.

Tabela 4- Tempo de atuação dos profissionais com pacientes com AVE. São Paulo, 2010.

Tempo de atuação em AVE	n	%
menos de 5 anos	15	55,6
5 anos ou mais	12	44,4
Total	27	100

Foi constatado que a frequência com que os profissionais cuidam de pacientes com AVE é diária, para a quase totalidade dos sujeitos da amostra como pode ser observado na tabela 5.

4.1.5 Frequência com que os profissionais cuidam dos pacientes afásicos.

Considerando-se que nem sempre as 3 categorias profissionais têm o mesmo regime de trabalho e alguns funcionários trabalham em mais de uma instituição, considerou-se oportuno conhecer a frequência semanal relativa ao cuidados com os pacientes em apreço.

Tabela 5- Frequência que os profissionais cuidam dos pacientes com AVE. São Paulo, 2010.

Frequência	n	%
diariamente	26	96,3
semanalmente	1	3,7
Total	27	100

Como se constata na tabela 5, apenas um dos sujeitos informou não cuidar diariamente de pacientes com AVE. Esta variável não se encontra associada aos dados da entrevista semi-estruturada e observação de campo (itens 4.2 e 4.3)

4.2 Dados da entrevista semi-estruturada

4.2.1 Formas de aprendizado das estratégias de comunicação.

As associações definidas para a melhor compreensão das formas de aprendizado relatadas e todas as demais variáveis foram a categoria profissional, a idade e o tempo de experiência profissional.

Na tabela 6 encontram-se os dados referentes às formas de aprendizado das estratégias de comunicação que os profissionais utilizam para interagir com

pacientes acometidos por AVE. Foi informado que o principal meio de aprendizagem é a experiência profissional (88,9%), seguido pela iniciativa pessoal, o que pode ser facilmente observado também na figura 1.

Tabela 6- Formas de aprendizado das estratégias de comunicação pela equipe. São Paulo. 2010.

Forma de aprendizado	sim		não		Total
	n	%	n	%	%
colegas	4	14,8%	23	85,2%	100,0%
formação profissional	2	7,4%	25	92,6%	100,0%
experiência profissional	24	88,9%	3	11,1%	100,0%
iniciativa pessoal	15	55,6%	12	44,4%	100,0%



Figura 1 - Forma de aprendizado das estratégias pela equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

4.2.2.1 Formas de aprendizado e categoria profissional

Chama atenção o fato de menos de 10% dos sujeitos estudados referirem a formação profissional como forma de aprendizado. Não foi observada diferença estatística significativa ($p > 0,05$) entre as diferentes categorias profissionais, quando associadas à forma de aprendizagem, como pode ser observado na tabela 7.

Tabela 7-Associação entre as formas de aprendizado das estratégias de comunicação e a categoria profissional. São Paulo, 2010.

Formas de aprendizado		categoria profissional						p-valor
		técnico de enfermagem		auxiliar de enfermagem		enfermeiro/enfermeiro especialista		
		n	%	n	%	n	%	
colegas	sim	3	27,3%	1	10,0%			0,275
	não	8	72,7%	9	90,0%	6	100,0%	
formação profissional	sim			2	20,0%			0,159
	não	11	100,0%	8	80,0%	6	100,0%	
experiência profissional	sim	8	72,7%	10	100,0%	6	100,0%	0,086
	não	3	27,3%					
iniciativa pessoal	sim	5	45,5%	5	50,0%	5	83,3%	0,293
	não	6	54,5%	5	50,0%	1	16,7%	

Apesar de a iniciativa pessoal ter sido referida por mais da metade da população (55%), chama atenção na tabela que a categoria profissional enfermeiro contribui significativamente para esses índices. Outro aspecto que se destaca é o indício de pouca comunicação entre as categorias profissionais com respeito à experiência adquirida, que atinge valores maiores apenas entre os técnicos, não chegando a 30% da amostra; apresenta-se totalmente ausente entre os enfermeiros.

4.2.2.2 Formas de aprendizado e idade

Na tabela 8 encontram-se os resultados obtidos na associação das formas de aprendizado com as faixas etárias determinadas. Pode observar-se que não há

nenhuma forma de aprendizado que se diferencie estatisticamente entre os grupos com diferentes idades ($p>0,05$).

Tabela 8- Formas de aprendizado das estratégias de comunicação de acordo com a faixa etária. São Paulo, 2010.

Formas de aprendizado		menos de 35		35 anos ou mais		p-valor
		anos				
		n	%	n	%	
colegas	não	13	81,3%	10	90,9%	0,624*
	sim	3	18,8%	1	9,1%	
formação profissional	não	15	93,8%	10	90,9%	>0,999*
	sim	1	6,3%	1	9,1%	
experiência profissional	não	2	12,5%	1	9,1%	>0,999*
	sim	14	87,5%	10	90,9%	
iniciativa pessoal	não	6	37,5%	6	54,5%	0,452*
	sim	10	62,5%	5	45,5%	

4.2.2.3 Formas de aprendizado e tempo de atuação profissional

Na associação da forma de aprendizagem com o tempo de atuação profissional, não foram observadas diferenças significativas no aprendizado de estratégias de comunicação com pacientes afásicos, entre o grupo com maior e menor experiência ($p>0,05$), como se pode observar na tabela 9.

Tabela 9- Formas de aprendizado das estratégias de comunicação em função do tempo de atuação profissional. São Paulo, 2010.

Fontes de aprendizado		até 5 anos		acima de 5 anos		p-valor
		n	%	n	%	
colegas	sim			4	26,7%	0,106*
	não	12	100,0%	11	73,3%	
formação profissional	sim	2	16,7%			0,188*
	não	10	83,3%	15	100,0%	
experiência profissional	sim	11	91,7%	13	86,7%	>0,999*
	não	1	8,3%	2	13,3%	
iniciativa pessoal	sim	8	66,7%	7	46,7%	0,299
	não	4	33,3%	8	53,3%	

4.2.3 Estratégias referidas pela equipe de enfermagem para se comunicar com os pacientes com AVE

Os dados referentes às estratégias encontram-se apresentados na tabela 10. Pelos resultados pode-se observar que todos os profissionais informaram utilizar gestos. A segunda forma de comunicação mais referida foi a verbal (33,3%), porém só atingiu um terço da amostra estudada.

Tabela 10- Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

Estratégias	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
comunicação verbal	9	33,3%	18	66,7%	27	100,0%
toques	5	18,5%	22	81,5%	27	100,0%
estímulos dolorosos	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%
gestos	27	100,0%			27	100,0%
papel e caneta	8	29,6%	19	70,4%	27	100,0%
cuidadores	3	11,1%	24	88,9%	27	100,0%
comunicação não verbal	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%
lousa	3	11,1%	24	88,9%	27	100,0%
abecedário	2	7,4%	25	92,6%	27	100,0%
falar pausadamente	5	18,5%	22	81,5%	27	100,0%
observação do paciente	3	11,1%	24	88,9%	27	100,0%
usa termos de fácil compreensão	2	7,4%	25	92,6%	27	100,0%
proximidade	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%
falar mais alto	2	7,4%	25	92,6%	27	100,0%

Chama atenção na tabela 10 o fato de apenas um terço dos profissionais ter referido usar a comunicação verbal. Outro aspecto é o baixo índice de inclusão de cuidadores no processo de comunicação durante o cuidado.

A figura 2 permite a visualização rápida dos resultados obtidos. Embora tenham sido referidos 14 tipos de estratégias, apenas 5 atingiram índices maiores

que 11,1 %, apenas uma alcançou mais de um terço dos sujeitos pesquisados, com exceção dos gestos que foram referidos por 100% dos sujeitos.

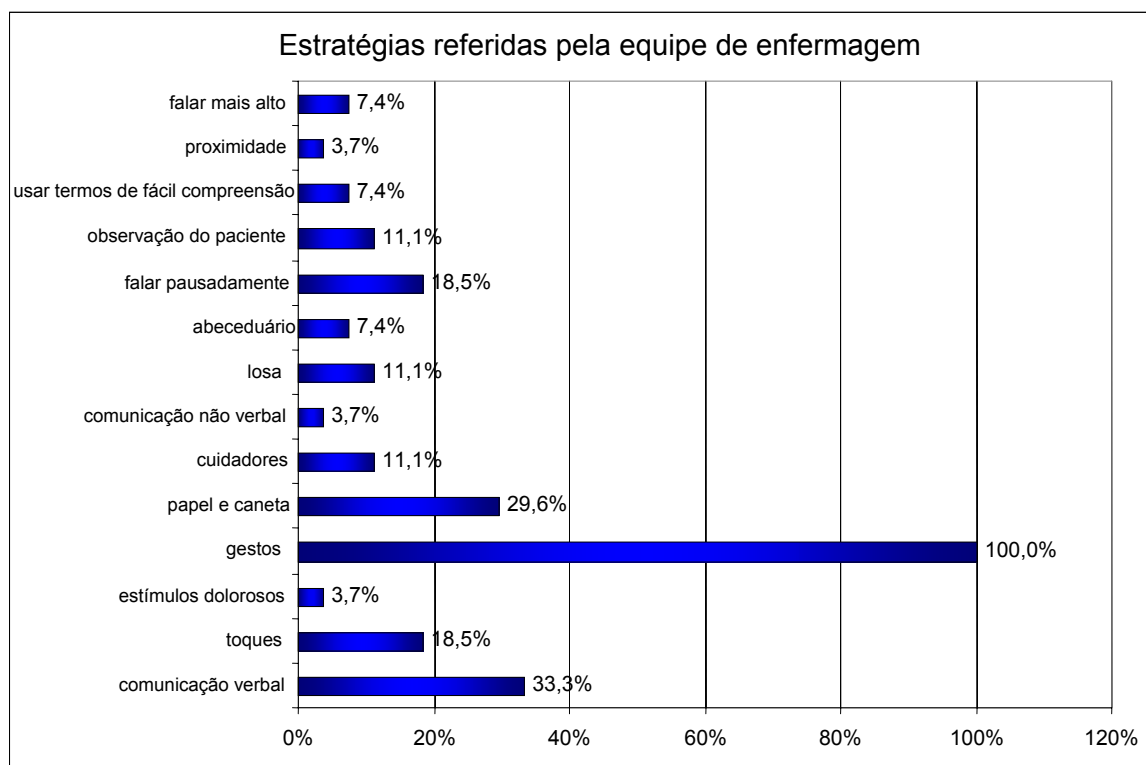


Figura 2- Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem para se comunicar com os pacientes com afasia. São Paulo, 2010.

4.2.3.1 Estratégias de comunicação e categoria profissional

Na tabela 11 encontram-se os dados que relacionam a utilização das estratégias de comunicação com as diferentes categorias profissionais. Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significantes entre os profissionais ($p > 0,05$) na maioria dos recursos apontados, nota-se a ausência do uso do toque pelos enfermeiros. Chama também atenção o fato de a comunicação verbal ter sido referida por mais da metade dos técnicos de enfermagem, enquanto apenas 1 (16,7%) dos enfermeiros informou utilizá-la.

Tabela 11- Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função da formação profissional. São Paulo, 2010.

Estratégias		Formação profissional						p-valor
		técnico de enfermagem		auxiliar de enfermagem		enfermeiro/ enfermeiro especialista		
		n	%	n	%	n	%	
comunicação verbal	sim	6	54,5%	2	20,0%	1	16,7%	0,151
	não	5	45,5%	8	80,0%	5	83,3%	
toques	sim	1	9,1%	4	40,0%			0,079
	não	10	90,9%	6	60,0%	6	100,0%	
estímulos dolorosos	sim	1	9,1%					***
	não	10	90,9%	10	100,0%	6	100,0%	
gestos	sim	11	100,0%	10	100,0%	6	100,0%	***
papel e caneta	sim	1	9,1%	5	50,0%	2	33,3%	0,119
	não	10	90,9%	5	50,0%	4	66,7%	
cuidadores	sim			1	10,0%	2	33,3%	0,111
	não	11	100,0%	9	90,0%	4	66,7%	
comunicação não verbal	sim			1	10,0%			0,414
	não	11	100,0%	9	90,0%	6	100,0%	
lousa	sim	1	9,1%	2	20,0%			0,450
	não	10	90,9%	8	80,0%	6	100,0%	
abecedário	sim			2	20,0%			0,159
	não	11	100,0%	8	80,0%	6	100,0%	
falar pausadamente	sim	3	27,3%	2	20,0%			0,380
	não	8	72,7%	8	80,0%	6	100,0%	
observação do paciente	sim			1	10,0%	2	33,3%	0,111
	não	11	100,0%	9	90,0%	4	66,7%	
usa termos de fácil compreensão	sim	1	9,1%	1	10,0%			0,732
	não	10	90,9%	9	90,0%	6	100,0%	
proximidade	sim	1	9,1%					0,470
	não	10	90,9%	10	100,0%	6	100,0%	

4.2.3.2 Estratégias de comunicação e idade

Na associação das estratégias com a idade não foram observadas diferenças significantes ($p > 0,05$), mas é evidente que os mais jovens falam mais pausadamente.

Tabela 12-Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem de acordo com a faixa etária. São Paulo, 2010.

Estratégias		menos de 35 anos		35 anos ou mais		p-valor
		n	%	n	%	
comunicação verbal	sim	5	31,3%	4	36,4%	>0,999*
	não	11	68,8%	7	63,6%	
toques	sim	4	25,0%	1	9,1%	0,618*
	não	12	75,0%	10	90,9%	
estímulos dolorosos	sim	1	6,3%			***
	não	15	93,8%	11	100,0%	
gestos	sim	16	100,0%	11	100,0%	***
papel e caneta	sim	5	31,3%	3	27,3%	>0,999*
	não	11	68,8%	8	72,7%	
cuidadores	sim	1	6,3%	2	18,2%	0,549*
	não	15	93,8%	9	81,8%	
comunicação não verbal	sim			1	9,1%	***
	não	16	100,0%	10	90,9%	
losa	sim	2	12,5%	1	9,1%	>0,999*
	não	14	87,5%	10	90,9%	
abecedário	sim	1	6,3%	1	9,1%	>0,999*
	não	15	93,8%	10	90,9%	
falar pausadamente	sim	5	31,3%			0,060*
	não	11	68,8%	11	100,0%	
observação do paciente	não	15	93,8%	9	81,8%	0,549*
	sim	1	6,3%	2	18,2%	
usa termos de fácil compreensão	sim	2	12,5%			0,499*
	não	14	87,5%	11	100,0%	
proximidade	sim	1	6,3%			***
	não	15	93,8%	11	100,0%	
falar mais alto	sim			2	18,2%	>0,999*
	não	16	100,0%	9	81,8%	

4.2.3.3 Estratégias de comunicação e tempo de atuação profissional

Os dados sobre as dificuldades de comunicação em função do tempo de atuação profissional encontram-se na tabela 13. Também nessa associação não foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$) que indicassem melhor experiência dos mais antigos na profissão.

Tabela 13-Estratégias de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função do tempo de atuação profissional. São Paulo, 2010.

Estratégias de comunicação		até 5 anos		acima de 5 anos		p-valor
		n	%	n	%	
comunicação verbal	sim	2	16,7%	7	46,7%	0,217*
	não	10	83,3%	8	53,3%	
toques	sim	2	16,7%	3	20,0%	>0,999*
	não	10	83,3%	12	80,0%	
estímulos dolorosos	sim			1	6,7%	***
	não	12	100,0%	14	93,3%	
gestos	sim	12	100,0%	15	100,0%	***
papel e caneta	sim	4	33,3%	4	26,7%	>0,999*
	não	8	66,7%	11	73,3%	
cudadores	sim	1	8,3%	2	13,3%	>0,999*
	não	11	91,7%	13	86,7%	
comunicação não verbal	sim	1	8,3%			***
	não	11	91,7%	15	100,0%	
lousa	sim	1	8,3%	2	13,3%	>0,999*
	não	11	91,7%	13	86,7%	
abecedário	sim	1	8,3%	1	6,7%	>0,999*
	não	11	91,7%	14	93,3%	
falar pausadamente	sim	4	33,3%	1	6,7%	0,139*
	não	8	66,7%	14	93,3%	
observação do paciente	sim	1	8,3%	2	13,3%	>0,999*
	não	11	91,7%	13	86,7%	
usa termos de fácil compreensão	sim	2	16,7%			0,188*
	não	10	83,3%	15	100,0%	
proximidade	sim	1	8,3%			***
	não	11	91,7%	15	100,0%	
falar mais alto	sim	1	8,3%	1	6,7%	>0,999*
	não	11	91,7%	14	93,3%	

4.2.4 Dificuldades de comunicação com pacientes afásicos referidas pelos profissionais

Os sujeitos entrevistados informaram as dificuldades mais comuns que ocorrem durante o cuidado com os pacientes afásicos. A dificuldade em entender o que o paciente sente ou deseja atingiu o maior índice de respostas positivas, relevantemente acima dos demais.

Tabela 14- Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

Dificuldades	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
entender o que o paciente está sentindo ou deseja	16	59,3%	11	40,7%	27	100,0%
falta de recursos materiais adequados	3	11,1%	24	88,9%	27	100,0%
não encontra dificuldades	2	7,4%	25	92,6%	27	100,0%
interferência do familiar	3	11,1%	24	88,9%	27	100,0%
falta de tempo	5	18,5%	22	81,5%	27	100,0%
falta de resposta do paciente	1	2,7%	26	96,3%	27	100,0%
desmotivação do paciente	2	5,4%	25	92,6%	27	100,0%
irritação do paciente	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%

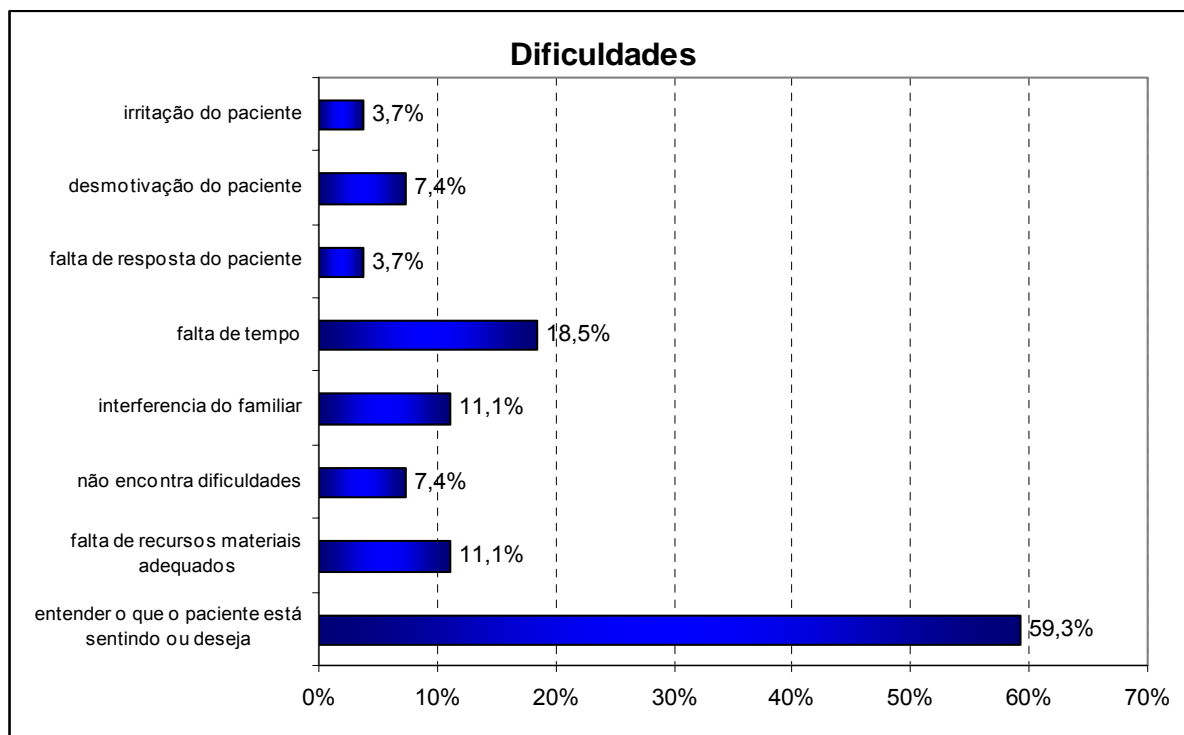


Figura 3 - Dificuldades de comunicação relatadas pela equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

4.2.4.1 Dificuldades de comunicação e categoria profissional

Na associação das dificuldades com a categoria profissional, destaca-se o fato de 30% dos auxiliares de enfermagem relatar que a interferência dos familiares dificulta o cuidado, o que não foi referido por nenhum enfermeiro ou técnico de enfermagem ($p > 0,057$). Não foram observadas diferenças significantes ($p > 0,05$) nos demais fatores relatados (tabela 15).

Tabela 15- Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função da categoria profissional. São Paulo, 2010.

Dificuldades		Formação profissional						p-valor
		técnico de enfermagem		auxiliar de enfermagem		enfermeiro/enfermeiro especialista		
		n	%	n	%	n	%	
entender o que o paciente está sentindo ou deseja	sim	7	63,6%	5	50,0%	4	66,7%	0,749
	não	4	36,4%	5	50,0%	2	33,3%	
falta de recursos materiais adequados	sim	2	18,2%			1	16,7%	0,369
	não	9	81,8%	10	100,0%	5	83,3%	
não encontra dificuldades	sim	1	9,1%			1	16,7%	0,450
	não	10	90,9%	10	100,0%	5	83,3%	
interferência do familiar	sim			3	30,0%			0,057
	não	11	100,0%	7	70,0%	6	100,0%	
falta de tempo	sim	2	18,2%	2	20,0%	1	16,7%	0,986
	não	9	81,8%	8	80,0%	5	83,3%	
falta de resposta do paciente	sim			1	10,0%			0,414
	não	11	100,0%	9	90,0%	6	100,0%	
desmotivação do paciente	sim	1	9,1%	1	10,0%			0,732
	não	10	90,9%	9	90,0%	6	100,0%	
irritação do paciente	sim	1	9,1%					***
	não	10	90,9%	10	100,0%	6	100,0%	

4.2.4.2 Dificuldades de comunicação e idade

Na associação das dificuldades com a idade, essa também não constituiu fator relevante para facilitar ou dificultar a comunicação dos profissionais com seus pacientes, não se observando diferença estatisticamente significativa entre o grupo mais jovem e mais idoso ($p > 0,05$).

Tabela 16-Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem de acordo com a faixa etária. São Paulo, 2010.

Dificuldades		menos de 35 anos		35 anos ou mais		p-valor
		n	%	n	%	
entender o que o paciente está sentindo ou deseja	sim	9	56,3%	7	63,6%	>0,999*
	não	7	43,8%	4	36,4%	
falta de recursos materiais adequados	sim	2	12,5%	1	9,1%	>0,999*
	não	14	87,5%	10	90,9%	
não encontra dificuldades	sim			2	18,2%	0,157*
	não	16	100,0%	9	81,8%	
interferência do familiar	sim	2	12,5%	1	9,1%	>0,999*
	não	14	87,5%	10	90,9%	
falta de tempo	sim	4	25,0%	1	9,1%	0,618*
	não	12	75,0%	10	90,9%	
falta de resposta do paciente	sim	1	6,3%			***
	não	15	93,8%	11	100,0%	
desmotivação do paciente	sim	2	12,5%			0,499*
	não	14	87,5%	11	100,0%	
irritação do paciente	sim	1	6,3%			***
	não	15	93,8%	11	100,0%	

4.2.4.3 Dificuldades na comunicação e tempo de atuação profissional

Os dados sobre as dificuldades de comunicação com pacientes afásicos em função do tempo de atuação encontram-se na tabela 17. Também nessa associação não foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$) que indicassem que as dificuldades diminuíram para aqueles com maior tempo de atuação com esses pacientes.

Tabela 17- Dificuldades de comunicação referidas pela equipe de enfermagem em função do tempo de atuação profissional. São Paulo, 2010.

Dificuldades		até 5 anos		acima de 5 anos		p-valor
		n	%	n	%	
entender o que o paciente está sentindo ou deseja	sim	8	66,7%	8	53,3%	0,969*
	não	4	33,3%	7	46,7%	
falta de recursos materiais adequados	sim			3	20,0%	0,231*
	não	12	100,0%	12	80,0%	
não encontra dificuldades	sim			2	13,3%	0,487*
	não	12	100,0%	13	86,7%	
interferência do familiar	sim	2	16,7%	1	6,7%	0,569*
	não	10	83,3%	14	93,3%	
falta de tempo	sim	2	16,7%	3	20,0%	>0,999*
	não	10	83,3%	12	80,0%	
falta de resposta do paciente	sim	1	8,3%			0,444*
	não	11	91,7%	15	100,0%	
desmotivação do paciente	sim	1	8,3%	1	6,7%	>0,999*
	não	11	91,7%	14	93,3%	
irritação do paciente	sim			1	6,7%	***
	não	12	100,0%	14	93,3%	

4.3- Dados da observação participante

Os dados extraídos das anotações feitas no diário de campo permitem diferenciar a comunicação verbal da não verbal. Como informado, optou-se por realizar a observação participante durante a realização dos cuidados de enfermagem dos participantes do estudo aos pacientes afásicos após AVE, por ser o momento que requer maior comunicação entre os funcionários e os pacientes, sobretudo aqueles que apresentam limitações físicas, como ocorre após o AVE. Após o estudo piloto foi decidido concentrar a observação nos 3 tipos de atividades

cotidianas mais comuns a todos os pacientes, os cuidados de higiene, a verificação dos sinais vitais e a medicação. As variáveis de interesse para a compreensão da comunicação observada foram: tempo de atividades, tipo de atividade observada, estratégias de comunicação dos funcionários, as dificuldades de comunicação observadas e suas associações com a categoria profissional, idade e tempo de atuação profissional.

4.3.1 Duração das atividades observadas

O tempo de duração das atividades observadas variou entre 30 e 60 minutos, com média de 35 minutos (tabela 18).

Tabela 18 -Tempo de duração das atividades observadas. São Paulo, 2010.

Tempo de duração	n	%
30 min	12	44,4
mais de 30 min	15	55,6
Total	27	100

4.3.2 Tipos de atividades observadas.

Na tabela 19 e figura 4 encontra-se a distribuição dos 3 tipos de atividades observadas. Os cuidados de higiene concentram maior número de sujeitos observados, o que poderia ser esperado, já que essa atividade é comumente realizada por dois profissionais trabalhando em conjunto e é exercida por técnicos e auxiliares de enfermagem.

Tabela 19- Atividades observadas desenvolvidas pela equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

Atividades	sim		não		Total	
	n	%	n	%	N	%
cuidados de higiene	22	81,5%	5	18,5%	27	100,0%
medicação	10	37,0%	17	63,0%	27	100,0%
controle de sinais vitais	10	37,0%	17	63,0%	27	100,0%

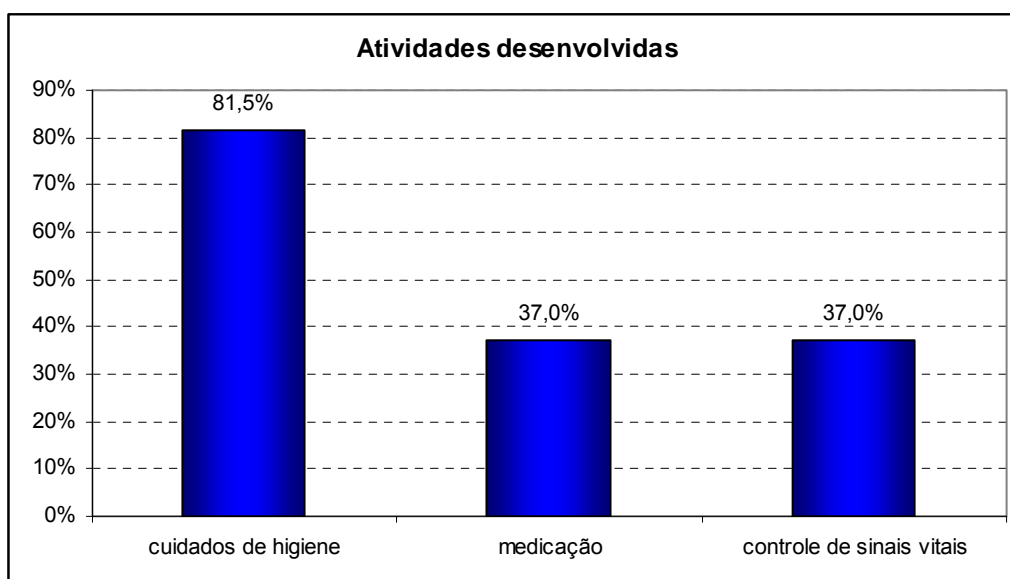


Figura 4- Atividades observadas desenvolvidas pela equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

4.3.3 Estratégias de comunicação não verbal observadas

Observa-se na tabela 20 e figura 4 que todos os profissionais utilizam comunicação verbal e a não verbal tacênica e a proxêmica I. Como já informado na descrição do método, as estratégias de comunicação não verbal seguiram a classificação de Knapp⁴⁴. Entretanto, foi observado diferenças na distância que um dos funcionários se posicionou para cuidar do paciente, o que na classificação de Hall é categorizada por “distância pessoal”, entre 050cm e 1,20m. Com respeito à

comunicação cinésica, embora todos os entrevistados tenham informado usar gestos para facilitar a comunicação, foi observado que apenas 40,7% deles utilizando gestos ilustradores, com grande participação dos enfermeiros (tabela 21).

Tabela 20- Estratégias de comunicação verbal e não verbal observada na equipe de enfermagem. São Paulo, 2010.

Estratégias	sim		não		Total	
	n	%	n	%	n	%
comunicação verbal	27	100,0%			27	100,0%
Comunicação não verbal					27	100,0%
tacêsica	27	100,0%			27	100,0%
proxêmica	27	100,0%			27	100,0%
Cinésica	11	40,7%*	16	59,3%	27	100,0%

*Refere-se a gestos ilustradores.

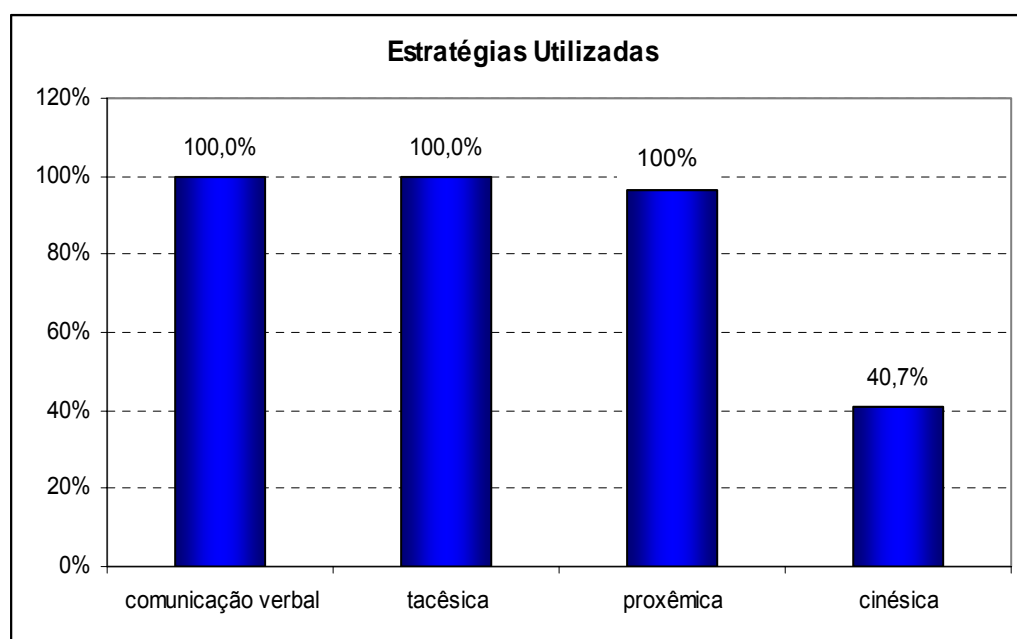


Figura 5- Estratégias de comunicação observadas que foram utilizadas pela equipe de enfermagem.

4.3.3.1 Estratégias de comunicação e categoria profissional

Tabela 21-Estratégias de comunicação observadas de acordo com a categoria profissional. São Paulo, 2010.

Estratégias		Formação profissional						p-valor
		técnico de enfermagem		auxiliar de enfermagem		enfermeiro/enfermeiro especialista		
		n	%	n	%	n	%	
comunicação verbal	sim	11	100,0%	10	100,0%	6	100,0%	***
tacênica	sim	11	100,0%	10	100,0%	6	100,0%	***
proxêmica	sim	11	100,0%	10	100,0%	6	100,0%	***
cinésica	sim	4	36,4%	4	40,0%	3	50,0%	0,860
	não	7	63,6%	6	60,0%	3	50,0%	

Na tabela 21 encontram-se os resultados da associação da comunicação verbal e não verbal observada com a categoria profissional, onde não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

4.3.3.2 Estratégias de comunicação e idade

Considerou-se importante conhecer os resultados dessa variável, visando verificar se a comunicação não verbal poderia sofrer influência da idade.

Tabela 22- Estratégias de comunicação observadas em função da faixa etária. São Paulo, 2010.

Estratégias		Idade				p-valor
		menos de 35 anos		35 anos ou mais		
		n	%	n	%	
comunicação verbal	sim	16	100,0%	11	100,0%	***
tacênica	sim	16	100,0%	11	100,0%	***
proxêmica	sim	16	100,0%	11	100,0%	***
cinésica	sim	6	37,5%	5	45,5%	0,710*
	não	10	62,5%	6	54,5%	

Observa-se na tabela 22 que a idade não interfere na comunicação não verbal observada, assim como o tempo de atuação profissional, cujos dados estão expostos na tabela 23 ($p>0,05$).

4.3.3.3 Estratégias de comunicação por tempo de atuação profissional.

Pelos resultados da tabela 23, pode-se observar que não há diferença, estatisticamente significativa, entre os grupos de profissionais com diferentes tempos de atuação em relação às estratégias utilizadas ($p>0,05$).

Tabela 23- Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem observadas em função do tempo de atuação profissional. São Paulo, 2010.

Estratégias		menos de 5		5 anos ou mais		p-valor
		anos				
		n	%	n	%	
comunicação verbal	sim	15	100,0%	12	100,0%	***
Comunicação não verbal						
tacêsica	sim	15	100,0%	12	100,0%	***
proxêmica	sim	15	100,0%	12	100,0%	***
cinésica	sim	7	46,7%	4	33,3%	0,696*
	não	8	53,3%	8	66,7%	

4.3.4- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas durante o cuidado de enfermagem

Os resultados da tabela 24 mostram que a principal dificuldade observada é a falta de resposta do pacientes, atingindo mais da metade das situações observadas, assim como a falta de recursos adequados, atingindo um terço delas (33,3%).

Tabela 24- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas. São Paulo, 2010.

Dificuldades	sim		não		Total	
	n	%	n	%	n	%
falta de resposta do paciente	15	55,6%	12	44,4%	27	100,0%
dificuldade do funcionário de se expressar	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%
falta de recursos adequados	9	33,3%	18	66,7%	27	100,0%
agitação do paciente	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%
falta de tempo para observar melhor as respostas	1	3,7%	26	96,3%	27	100,0%
pouca interação do paciente	2	7,4%	25	92,6%	27	100,0%

4.3.4.1 Dificuldades de comunicação e categoria profissional

Os dados da tabela 25 indicam ausência de diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais, em relação às dificuldades observadas pelo pesquisador ($p > 0,05$).

Tabela 25- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas de acordo com a formação profissional. São Paulo, 2010.

Dificuldades		Formação profissional						p-valor
		técnico de enfermagem		auxiliar de enfermagem		enfermeiro/ enfermeiro especialista		
		n	%	n	%	n	%	
falta de resposta do paciente	sim	5	45,5%	7	70,0%	3	50,0%	0,503
	não	6	54,5%	3	30,0%	3	50,0%	
dificuldade do funcionário de se expressar	sim	1	9,1%					***
	não	10	90,9%	10	100,0%	6	100,0%	
falta de recursos adequados	sim	3	27,3%	3	30,0%	3	50,0%	0,612
	não	8	72,7%	7	70,0%	3	50,0%	
agitação do paciente	sim			1	10,0%			***
	não	11	100,0%	9	90,0%	6	100,0%	
falta de tempo para observar melhor as respostas	sim					1	16,7%	***
	não	11	100,0%	10	100,0%	5	83,3%	
pouca interação do paciente	sim	2	18,2%					0,208
	não	9	81,8%	10	100,0%	6	100,0%	

4.3.4.2 Dificuldades de comunicação e idade

Pelos resultados da tabela 26, pode ser observado também nessa variável ausência de diferença estatisticamente significativa, indicando que a idade não constituiu fator de interferência nas dificuldades de comunicação não verbal, observadas pelo pesquisador ($p > 0,05$).

Tabela 26- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem observadas em função da faixa etária. São Paulo, 2010.

Dificuldades		menos de 35		35 anos ou mais		p-valor
		anos				
		n	%	n	%	
falta de resposta do paciente	sim	10	62,5%	5	45,5%	0,452*
	não	6	37,5%	6	54,5%	
dificuldade do funcionário de se expressar	sim	1	6,3%			***
	não	15	93,8%	11	100,0%	
falta de recursos adequados	sim	3	18,8%	6	54,5%	0,097
	não	13	81,3%	5	45,5%	
agitação do paciente	sim	1	6,3%			***
	não	15	93,8%	11	100,0%	
falta de tempo para observar melhor as respostas	sim			1	9,1%	***
	não	16	100,0%	10	90,9%	
pouca interação do paciente	não	14	87,5%	11	100,0%	0,499*

4.3.4.3 Dificuldades de comunicação e tempo de atuação profissional

O maior ou menor tempo de atuação profissional não interferiu nas dificuldades observadas, havendo indícios que os mais antigos na profissão tendem a reconhecer melhor que a falta de recursos dificulta a comunicação. Não foram observadas na tabela 27 diferença estatisticamente significativa em nenhuma das dificuldades observadas ($p > 0,05$).

Tabela 27- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem em função do tempo de atuação profissional. São Paulo, 2010.

Dificuldades	até 5 anos		acima de 5 anos		p-valor
	n	%	n	%	
falta de resposta do paciente	7	58,3%	8	53,3%	0,795
sim não	5	41,7%	7	46,7%	
dificuldade do funcionário de se expressar			1	6,7%	>0,999*
sim não	12	100,0%	14	93,3%	
falta de recursos adequados	4	33,3%	5	33,3%	>0,999*
sim não	8	66,7%	10	66,7%	
agitação do paciente	1	8,3%			0,444*
sim não	11	91,7%	15	100,0%	
falta de tempo para observar melhor as respostas			1	6,7%	***
sim não	12	100,0%	14	93,3%	
pouca interação do paciente			2	13,3%	0,487*
sim não	12	100,0%	13	86,7%	

4.3.5 Comparação dos dados da entrevista estruturada e a observação realizada

As figuras 6 e 7 facilitam a visualização dos dados referidos pelos profissionais versus os referentes à observação realizada pelo pesquisador.

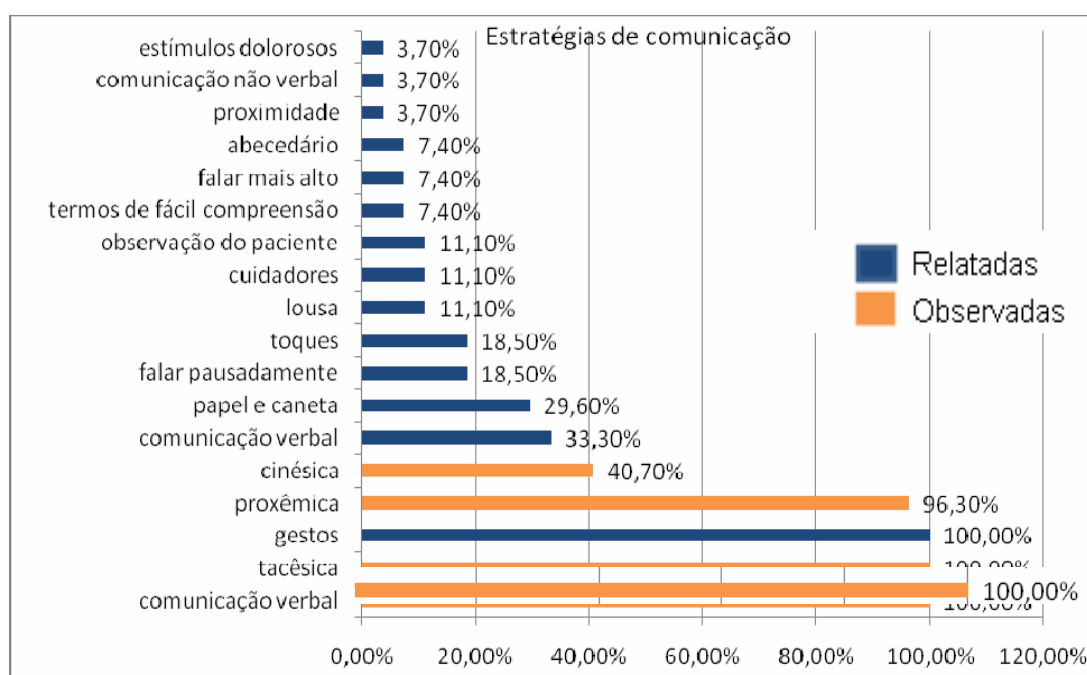


Figura 6- Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem relatadas e observadas. São Paulo, 2010.

Vale enfatizar, com respeito aos dados da figura 7, que o termo dificuldade foi adotado para identificar o tipo de situação em que qualquer fator poderia prejudicar a comunicação, não ocorrendo tentativas de comunicação ou resultando em comunicação inefetiva. O estudo não permitiu classificar o tipo de dificuldade ou outras razões, como o pouco envolvimento dos profissionais na comunicação com seus pacientes.

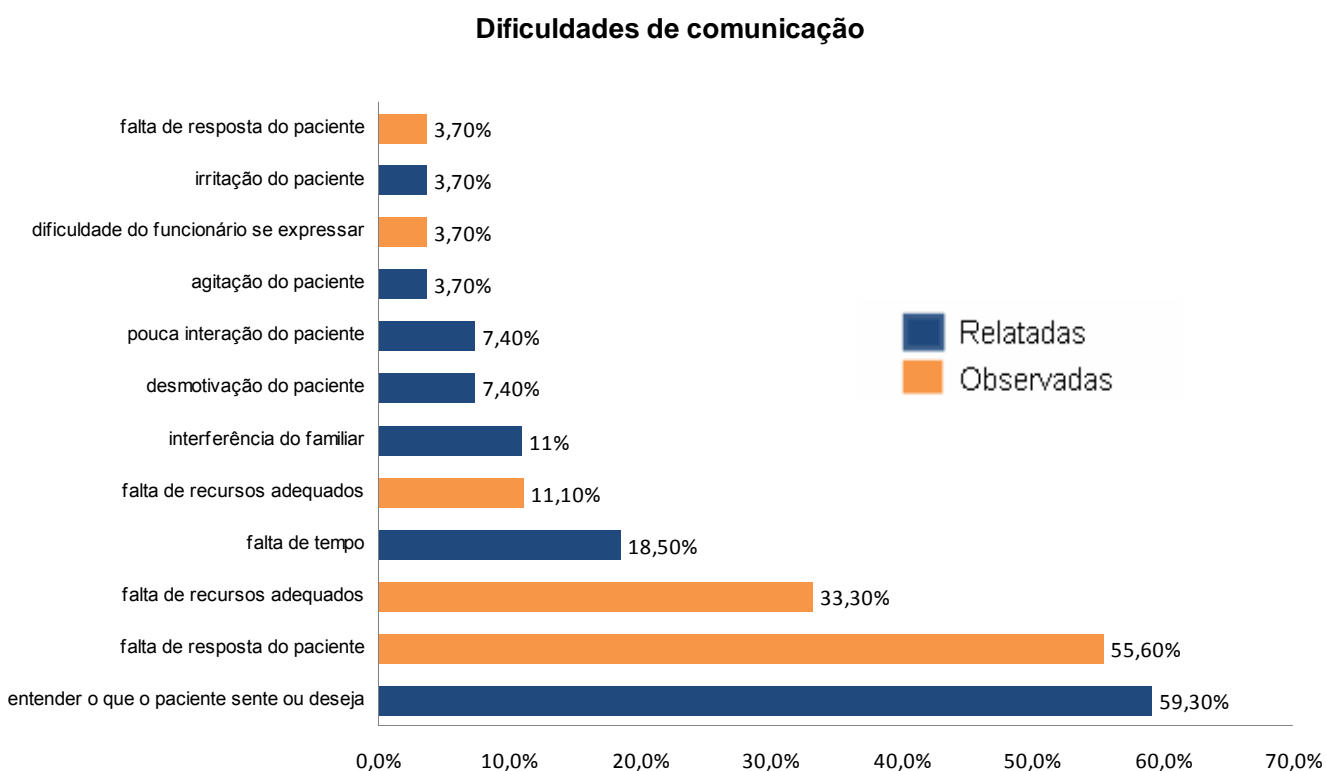


Figura 7- Dificuldades de comunicação da equipe de enfermagem relatadas e observadas.

Vale ressaltar que em nenhum momento foi observado o uso de recursos informados como lousa, papel e caneta, abecedários ou outros, assim como gestos ilustradores na maioria dos sujeitos.

5 DISCUSSÃO

Embora o objetivo deste estudo tenha sido direcionado para a observação das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de enfermagem durante o cuidado, vale ressaltar que a comunicação observada na maioria das vezes esteve restrita ao emissor. Os profissionais tendem a informar o que irão fazer, perguntam às vezes se o paciente sente dor, contudo pouco se comunicam com o paciente durante a prestação do cuidado. Foi observado que os pacientes respondem sim ou não com a cabeça, quando questionados, porém chama atenção (tabela 24) que mais da metade deles não apresentou respostas às solicitações. Nesses momentos de falta de resposta do receptor não foram observadas tentativas de melhorar a comunicação por parte do emissor.

O quadro depressivo que se instala em muitos pacientes após o AVE é conhecido. Chamou atenção a publicação sobre dificuldades de comunicação de autoria de uma estudante de enfermagem, destacando a complexa dimensão física, psicológica e social da pessoa que sofre um AVE. A estudante descreve o enfrentamento de uma irlandesa que apresentou disfasia após AVE, informando que se sentia frustrada, ameaçada, machucada e ninguém sabia como se relacionar com ela. . *“Eu senti como que caindo num labirinto cheio de ecos sem significados, com ninguém para explicar minha experiência”³*.

A amostra estudada reflete o cenário da profissão no país. Os dados apontam duas situações importantes, a primeira que a assistência de enfermagem na instituição estudada é realizada quase que exclusivamente por profissionais de nível médio, como na grande parte dos hospitais brasileiros e a segunda que o número de enfermeiros é pequeno e insuficiente para atender à demanda de cuidados. Em estudos realizados em outros países a população se constituiu apenas de enfermeiros⁵³, por ser este o profissional que realiza a assistência direta aos pacientes. Este aspecto é de suma importância porque impacta diretamente na qualidade de assistência, principalmente em condições nas quais os pacientes apresentam incapacidades temporárias ou permanentes de comunicação, quando a habilidade de comunicação efetiva é essencial para o cuidado⁵⁴. O enfermeiro é considerado como o profissional melhor preparado na equipe para lidar com essas

incapacidades, sendo observado que os enfermeiros que fizeram parte desta amostra encontraram as mesmas dificuldades que os demais membros da equipe e utilizaram também as mesmas estratégias.

Com respeito à influência da experiência adquirida pelo tempo de atuação com pacientes acometidos por AVE, nossos resultados estão em consonância aos identificados na literatura⁵⁴, onde não há evidências que associam o tempo de atuação dos profissionais com esses pacientes com melhor desempenho na comunicação, ou seja, se a experiência a facilita. Hinckley⁵⁵ sugere que pessoas (cuidadores/familiares) que vivem com pacientes afásicos (e disfásicos) por um tempo maior obtêm mais sucesso em suas estratégias de comunicação com estes pacientes e por isto devemos observá-las com a finalidade de desenvolvermos nossas habilidades. Quanto aos funcionários da equipe de enfermagem onde o estudo foi realizado não foi observado se a experiência dos mesmos influenciou melhor desempenho na comunicação. Apesar de a amostra atingir a idade máxima de 56 anos, dela participou representativa parte de sujeitos com idade em torno de 30 anos, a maioria tendo menos de 05 anos de experiência. Estes dados diferem de um estudo desenvolvido por Sundin et al na Suécia, cujas idades estiveram na faixa de 27 a 64 anos, com tempo de atuação de 1 a 12 anos³.

Pelos dados informados na entrevista a experiência foi considerada fator preponderante para as estratégias de comunicação, porque segundo os participantes esta foi a forma de aprendizado mais significativa. Em contraposição à alta frequência de respostas que valorizam a experiência, os dados que associam esta variável à formação profissional atingiram baixos índices neste estudo, assim como o aprendizado por meio de colegas. Esses resultados já eram esperados, pois é conhecido o descaso com as técnicas de comunicação como um item de relevância na formação da grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem, onde praticamente inexistente o conteúdo em apreço. Vários estudos identificados na literatura concluíram que há um déficit de conhecimento e treinamento na equipe de enfermagem relativo às habilidades de comunicação com pacientes com incapacidades de comunicação⁵⁴. Esta questão foi levantada pelos próprios pacientes que também identificaram as barreiras para uma comunicação efetiva. Silva⁵³ levanta a importância do ensino da comunicação não verbal e apresenta um programa para aprendizado embasado em referencial teórico. A

autora considera também que por meio da educação a equipe de enfermagem pode manter-se atualizada e competente na sua prática⁵⁶. Este é um aspecto essencial, já que a educação e orientação influenciam mudanças de comportamento e melhoram os resultados do cuidado.

As estratégias de comunicação relatadas pelos participantes compreendem vários tipos, sendo predominante a informação de utilização de gestos, seguidas pela comunicação verbal, uso de papel e caneta, toques, fala pausada, lousa e observação do paciente, entre outros. Observa-se que os recursos referidos em sua maioria fazem parte da comunicação não verbal, que tem destaque expressivo nos processos interacionais, constituindo-se em principal recurso da comunicação e qualificando a interação humana com emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente⁵⁷. Essas estratégias relatadas pelos participantes deste estudo são reconhecidas em vários trabalhos, sendo classificadas como técnicas alternativas e subdivididas nas que utilizam sinais e partes do corpo e as que utilizam recursos materiais como pinturas, alfabetos, lápis e papel e computadores^{54, 58}.

A comunicação verbal como estratégia tem relevante importância nas interações pessoais porque constitui a base da comunicação cotidiana⁵⁹. É representada pela linguagem falada e escrita. Em estudo realizado com pacientes internados em centro de terapia intensiva foi verificado que os enfermeiros utilizam com maior frequência as técnicas relacionadas à comunicação verbal, como fazer perguntas, devolver a pergunta feita, usar frases descritivas, assim como também ouvir reflexivamente e usar terapêuticamente o humor. Alguns dados deste estudo confirmam em parte tais observações, pois várias estratégias observadas envolveram algumas dessas técnicas, embora não tenham sido totalmente reconhecidas pelos participantes. Há de se destacar, entretanto, a discrepância entre o valor teórico atribuído à comunicação verbal referida e a aplicada, observada na prática, onde os índices nesta categoria atingiram apenas um terço dos profissionais.

Os gestos foram bastante referidos, mas os denominados ilustradores, que acompanham a fala e são muito úteis no processo de comunicação, estiveram presentes em menor intensidade na observação de campo realizada. Eles exercem

relevante papel na decodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais⁶⁰. As expressões e manifestações corporais são elementos fundamentais para o processo de comunicação, razão de sua ampla utilização. Em estudo feito com graduandos de enfermagem sobre o significado da comunicação não verbal, os gestos e a expressão facial são os símbolos mais presentes que foram apontados nas relações humanas⁶¹. Segundo o autor, este fato se contrapõe à outros estudiosos que afirmam ser a comunicação tacênica a estratégia mais usada na comunicação com os clientes, o que está em consonância com nossos achados, confirmando ser esta forma de comunicação mais prevalente que a cinésica. Apesar de os gestos serem mais prevalentes que o toque na opinião dos participantes, este último constituiu-se em ferramenta essencial no processo de comunicação observado, com relevante caráter instrumental. Ocorreu também neste estudo uma dificuldade técnica de observação dos gestos: além dos ilustradores, não se observou outros tipos de gestos, como os emblemáticos, reguladores e afetivos somente aqueles que são acompanhados da fala.

Em outro estudo com pacientes que apresentavam déficit temporário de comunicação foi verificado que sob a perspectiva do paciente a comunicação acontece por meio da escrita, das expressões faciais e corporais⁶². A maioria dos estudos incluindo pacientes com déficit temporário são realizados em Unidades de Terapia Intensiva. Apesar de as funções mentais poderem ser muito diferentes daquelas dos pacientes avectomizados, representativa parte dos pacientes de UTI têm grande necessidade de comunicação, pois quando não estão sedados podem apresentar alto nível do alerta. Nesse sentido a competência do profissional no uso da comunicação verbal e não verbal não deve diferir nas diferentes situações.

As dificuldades de comunicação mais relatadas pelos participantes foram entender o que o paciente está sentindo ou deseja e a falta de recursos materiais adequados. Em estudo feito com pacientes, enfermeiros e cuidadores, foi demonstrado que a principal barreira para uma comunicação efetiva entre pacientes e enfermeiros reside na associação do cuidado somente com as necessidades físicas e ordens médicas, realizado no tempo mínimo necessário, o que o torna ineficaz e sem corresponder às necessidades reais, resultando em sentimentos de frustração⁵⁴. É importante ressaltar que esse estudo não incluiu pacientes com déficits de comunicação⁵⁴, mas foram também observadas dificuldades referentes à

incapacidade de linguagem do paciente e à presença de familiares no ambiente de cuidado, aspectos que corroboram os verbalizados pelos participantes desta pesquisa, expressos como “dificuldade de entender o outro” e “interferência do familiar”.

Os estudos feitos em diferentes populações, aqui analisados, fortalecem as evidências que as dificuldades constituem-se em obstáculos para uma comunicação efetiva, fato que deveria subsidiar programas educacionais durante a formação do enfermeiro, assim como o treinamento para atuação profissional.

Nordehn³⁰ concluiu que para a comunicação ser mais efetiva com pacientes com afasia após AVE é fundamental que haja maior disponibilidade de tempo do profissional e que este use recursos materiais adequados. O autor enfatiza que esses fatores causam dificuldades de comunicação com pacientes incapacitados, o que foi também verbalizado por alguns profissionais e observado neste estudo. Outras dificuldades relatadas e relacionadas diretamente ao paciente, como a falta de resposta, desmotivação e irritação, estão associadas com as seqüelas do AVE. Este pode provocar incapacidades cognitivas, visuais e afetivas como déficits de atenção e memória, diplopia e diminuição da visão e depressão, o que compromete gravemente a motivação³⁰, tornando-os muitas vezes apáticos. Apesar de a falta de tempo e recursos materiais terem sido verbalizados por alguns membros da equipe de enfermagem, durante a observação de campo foi possível constatar que quando o cuidado é realizado em pacientes apáticos, o desafio imposto para uma comunicação efetiva é maior. A tendência dos funcionários é não se esforçar para vencer os obstáculos que impedem a interação com seus pacientes, mesmo quando o cuidado físico é corretamente executado. Alguns deles se concentram nas etapas do cuidado, executam-no com competência, mas rotineiramente, com caráter impessoal. Outros se comunicam com seus próprios colegas, como durante o banho de leito, atividade comumente realizada por mais de um funcionário.

A falta de continuidade no cuidado pelo mesmo profissional, não relatada pelos sujeitos deste estudo, é também discutida na literatura⁶³. Se considerarmos que a observação é fundamental para reconhecer melhor as expressões faciais e entender as pessoas estabelecendo uma interação adequada com bons resultados, a descontinuidade e grande rotatividade de funcionários é fator limitante nos processos de comunicação, porque interrompe uma relação terapêutica baseada no

conhecimento mútuo. Este dado não foi relatado neste estudo. Os funcionários observados foram os mesmos que participaram da entrevista semi-estruturada. Entretanto, foi possível verificar rotatividade de funcionários quando necessário substituições devido folgas dos funcionários.

A atividade de enfermagem mais presente nas observações deste estudo foi referente aos cuidados de higiene, priorizados devido à complexidade inerente a realização do banho diário e da higiene íntima, em pacientes fisicamente limitados, atividade de competência e responsabilidade da equipe de enfermagem. Durante essas atividades os profissionais permanecem mais tempo com o paciente e pensou-se ser necessário o estabelecimento de maior interação devido à natureza do procedimento. Nossos achados apontam dissonância entre o tipo de comunicação relatada e a observada durante os cuidados de higiene. É obvio que esse tipo de cuidado exige aproximação e toque, além da comunicação verbal. Entretanto, observou-se preponderância do toque instrumental, quando em muitas situações observadas o toque terapêutico tornaria o cuidado mais eficaz. A falta do uso de gestos que tornassem a comunicação mais adequada e competente, mais afetiva nesses pacientes tão carentes, e mais científica, diante o conhecimento já disponível na literatura específica, merecem reflexão sobre o papel expressivo do enfermeiro. O fato de a comunicação verbal, a não verbal táctica e a proxêmica terem sido mais utilizadas, contrariamente à comunicação cinésica, contrapõe ao que foi observado por autores que colocam a comunicação não verbal referente aos gestos, como a mais utilizada⁶¹.

Discutindo a comunicação enfermeiro-paciente, alguns autores⁵¹ consideram necessário que os enfermeiros confirmem por meio da comunicação verbal a mensagem recebida pelo paciente, assegurando que este tenha entendido o que foi proposto e que os cuidados de enfermagem estejam de acordo com o esperado, o que demonstra capacidade de comunicação e interação do profissional. Juntamente com esta estratégia é recomendado que para pacientes com incapacidades de comunicação sejam usados outros recursos adicionais como gráficos com símbolos e linguagem de sinais⁶¹. Apesar das diferenças existentes entre o que foi relatado e o que foi observado no presente estudo quanto à utilização das estratégias, quantitativamente diversas, mas com baixos índices de referência pelos sujeitos, os recursos citados se enquadram entre os recomendados na literatura.

A linguagem corporal é em sua maior parte realizada sem que tenhamos consciência de sua ocorrência, acontecendo à margem do nosso controle⁵⁷. Em pesquisa feita com enfermeiros, Bahr⁶¹ identificou que esses perceberam mais sentimentos por meio das expressões faciais, embora o melhor desempenho tenha sido nas categorias de substituição e contradição do verbal. A autora considera que o reconhecimento dos sentimentos do paciente é fundamental para que o enfermeiro perceba suas reais necessidades. Desta forma, é imprescindível a qualificação dos profissionais para a percepção do não verbal.

A comunicação proxêmica presente em todas as interações observadas entre os sujeitos deste estudo foi relacionada por acadêmicos de enfermagem como a principal influência da comunicação não verbal durante os cuidados de enfermagem⁶¹. A grande utilização deste tipo de comunicação se justifica pela necessidade de aproximação enfermeiro-cliente, essencial no relacionamento interpessoal que faz parte do processo terapêutico⁶¹. Há de se considerar, entretanto, que os cuidados escolhidos para ser observados poderiam introduzir um viés na avaliação desta variável, pois é impossível para o profissional executá-los sem estar próximo do paciente. Contudo, a forma como o profissional ocupa um espaço que do ponto de vista do território pertencente ao paciente, exige dele o conhecimento necessário para que o sujeito de suas ações não se sinta inadequadamente invadido. É nesse momento que o uso de técnicas de comunicação apropriadas poderia garantir o diferencial que as ações de enfermagem necessitam atingir, o que deve ser buscado pelos líderes de equipes, seja a nível de cuidados ou equipes de liderança administrativa dos hospitais.

A comunicação tacêtica, esteve presente em todas as atividades observadas, ocorreu igualmente por estar relacionada à execução dos procedimentos. Este tipo de comunicação envolve o uso das mãos, permitindo, se usado corretamente, um atendimento mais humanizado⁶⁵. Neste estudo, como já expressamos, o uso durante o cuidado pode ser classificada como toque instrumental, porque foi o tipo de toque necessário para o desenvolvimento das técnicas não objetivando outra finalidade. Este fato pressupõe que os profissionais aplicaram este recurso sem a consciência de sua importância e indicação na relação cliente-profissional. Em estudo realizado por Pinheiro⁶⁶ foi observado predominância do toque instrumental sobre o instrumental-afetivo e afetivo. De acordo com estes autores os profissionais de

enfermagem devem compreender que o processo de cuidar também é uma forma de comunicação não verbal. Apesar destes dados, em outro estudo observacional⁶⁷ constatou-se que os profissionais têm consciência da importância do toque para uma assistência de qualidade, em contraposição aos achados desta pesquisa.

As dificuldades de comunicação observadas mais frequentes referiram-se à foram falta de resposta do paciente e falta de recursos adequados, o que se assemelha às dificuldades relatadas pelos profissionais e corrobora dados da literatura⁵⁴. Quando analisamos estas dificuldades em função da categoria profissional, nota-se que a mais comum, em todas as categorias, foi entender o que o paciente está sentindo ou deseja, indicando que independente da formação profissional existe incapacidade de interação e de comunicação efetiva com estes pacientes, que pode talvez ser devido ao impacto causado pelas condições clínicas e/ou ao despreparo dos profissionais. A falta de resposta do paciente também é uma dificuldade predominante entre as categorias. Esta situação justifica a primeira porque se o paciente não apresenta nenhum tipo de resposta fica difícil avaliar seus desejos, necessidades e a eficácia da comunicação. Portanto, nesse aspecto a observação confirma as dificuldades relatadas nas entrevistas.

Durante as reflexões sobre o quadro observado, de um lado um paciente apático e deprimido e do outro um profissional relatando dificuldades diante a falta de resposta e dificuldade na compreensão devido à disartria ou afasia, buscamos na literatura da área estudos que discutissem tais dificuldades após AVE, tema restrito nos periódicos nacionais. Entre os estudos realizados no exterior destacam-se aqueles que têm buscado a melhor compreensão do grau de comprometimento neurológico e sua associação com o comportamento do paciente, por meio de baterias de testes⁶⁸ e ferramentas para avaliar o desempenho funcional^{35,69}, fundamental para a elaboração do plano de reabilitação. Outros autores relatam experiências de estudos longitudinais usando estratégias de enfrentamento como determinante da qualidade de vida em pacientes avectomizados, as quais são importantes a partir de cinco meses após a alta, pois antes disso a qualidade é associada às condições funcionais das pessoas⁷⁰.

Em publicação com co-autoria de seu próprio paciente deprimido após AVE, um artista pintor, Skinner relata como abordou com sucesso as dificuldades inerentes ao estado emocional de Nagel, o qual relata os seus sentimentos na experiência

vivenciada⁷¹. O criativo processo de reabilitação foi focado na pintura de um painel em uma parede, passo importante para iniciar a melhora do estado depressivo⁷¹. O sucesso na comunicação referida, contudo, foi resultado de iniciativa pessoal. O estudo de Gordan ET all revelou que os enfermeiros controlam o fluxo da conversação com seu pacientes, criando assimetrias em todas as interações. ... *“Isto talvez ocorra porque eles não têm confiança para manter uma conversação com pessoas com dificuldade de comunicação. A equipe de enfermagem necessita receber treino para fortalecer os programas de comunicação em reabilitação e se engajar mais profundamente nos cuidados, de tal forma que uma ampla cultura institucional seja compartilhada nas enfermarias de AVE”*⁷².

Quanto à falta de recursos disponíveis, apenas dois técnicos e um enfermeiro os mencionou, enquanto a observação indicou sua necessidade entre um terço da amostra. Os recursos materiais são fundamentais para o estabelecimento de uma boa interação; sendo recomendada a utilização de vários tipos como computadores, amplificadores de vozes, quadros, lousas e figuras entre outros⁵¹. Bahr considera que a educação da família, dos cuidadores e da equipe de saúde, no uso deste tipo de tecnologia para auxiliar na comunicação com pacientes afásicos, é imperativa para um cuidado efetivo, inclusive para sua adaptação às atividades diárias após a alta hospitalar⁶⁴.

Foi surpreendente verificar ausência de diferenças significantes na maioria das associações da idade com as dificuldades referidas e observadas. O fato de se ter trabalhado com apenas duas faixas etárias poderia ter dificultado a observação de diferenças? Ou tende a facilitar, já que o corte ocorreu aos 35 anos? Apenas com relação à falta de recursos foi observado maior índice referente ao grupo mais idoso, embora não atingisse o nível de significância desejado (0,09). Há de se considerar que com o tempo de experiência adquirida, mesmo do grupo mais novo, seria fundamental para o cuidado de enfermagem o conhecimento dos recursos mais simples. Por que eles pouco foram lembrados no grupo mais idoso, do qual se espera maior experiência? Nossos resultados poderiam fortalecer a idéia que não é a experiência pessoal e/ou profissional que determina melhores resultados e sim algumas habilidades desenvolvidas por determinadas pessoas como paciência e escuta terapêutica que alcançam melhores resultados, como referido por Moules⁷³.

Os recursos mais utilizados em todas as categorias segundo os participantes foram os gestos e a comunicação verbal foi a mais referida entre os técnicos de enfermagem. Já quanto aos recursos que foram utilizados por essa mesma equipe e que foram observados durante os cuidados foram comuns em todas as categorias e praticamente realizados por todos os profissionais. Entretanto a comunicação cinésica foi a menos aplicada durante as observações, contrariando as informações colhidas nas entrevistas. Talvez este fato tenha ocorrido porque os profissionais associam-se a comunicação não verbal somente aos gestos, desconhecendo outras formas que eles utilizam diariamente. Sendo assim, faz-se necessário orientá-los porque segundo dados da literatura da área a comunicação não verbal é cinco vezes mais efetiva que as palavras⁷³. O uso destes tipos de comunicação não foi influenciado pela idade, mas foram mais usados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem devido ao pequeno número de enfermeiros na equipe e na assistência direta aos pacientes.

Foi visto que o tempo de formação também não influenciou as formas de aprendizado das estratégias de comunicação e nem as dificuldades, sugerindo que estas ainda sejam desenvolvidas empiricamente. Este fato suscita novamente reflexões sobre a falta do conteúdo das técnicas de comunicação na formação de todos os profissionais que cuidam de pacientes, sobretudo a comunicação não verbal.

Questiona-se se as diferenças observadas entre os dados da entrevista semi estruturada e a observação de campo poderiam ser devido ao fato de a comunicação verbal não ser importante na concepção dos profissionais ou porque os profissionais não possuem um conhecimento fundamentado sobre comunicação, já que os mesmos informaram não terem recebido este conteúdo específico em seu desenvolvimento profissional.

A observação realizada neste estudo conduz a indagação sobre a não aplicabilidade dos conceitos teóricos na prática, já que a literatura nacional e internacional oferece subsídios para os programas de formação. A complexidade imposta pelo atendimento do paciente afásico requer apoio aos profissionais, cujo enfrentamento para oferecer cuidado em situações difíceis requer especial atenção das instituições acadêmicas e assistenciais.

Limitações do estudo

O estudo apresentou algumas limitações importantes que podem ter influenciado os resultados. A primeira foi que o pesquisador não fazia parte da equipe de enfermagem estudada, o que pode ter influenciado na coleta de dados durante o período de observação, porque mesmo sabendo dos objetivos do estudo os participantes pareciam se sentir incomodados com o fato de alguém estar os observando e podem não ter utilizados recursos que habitualmente utilizam em seu dia a dia.

A segunda limitação está relacionada ao instrumento de coleta de dados referente à observação não participante, que durante o teste piloto não identificou uma lacuna referente à necessidade de decodificação da comunicação não verbal utilizada durante o cuidado. Apesar da tentativa de registrar ao máximo o que havia sido observado no diário de campo, a decodificação das estratégias após a coleta de dados, com base nas anotações realizadas no campo, pode ter sofrido alguma influência do tempo ocorrido, já que esta decodificação não foi realizada em loco.

Pensou-se que a escolha dos cuidados realizados pudesse propiciar a observação de tentativas de comunicação, o que ocorreu em menor índice do que os referidos, sobretudo a utilização de recursos para facilitá-la. Sugere-se que em outros estudos seja incluída observação da interação enfermeiro paciente em momentos de encaminhamentos para exames, preparo para alta e outras situações não rotineiras. Estudos mais complexos, com maior disponibilidade de tempo do pesquisador, poderiam associar as dificuldades com o grau de lesão, déficit neuronal, tipo de afasia e avaliação do estado emocional do paciente após AVE.

Outra limitação é referente aos pacientes que se encontravam nas unidades de internação estudadas. Todos estavam hospitalizados por longo período de tempo que variou de 06 meses a 02 anos, não propiciando a observação de outras atividades que não as consideradas rotineiras.

Apesar das referidas limitações, este estudo representou uma oportunidade para refletir sobre a atuação do enfermeiro, diante a incontestável falta de conhecimento da comunicação não verbal e a impessoalidade e inexpressividade no cuidado aos pacientes com afasia após AVE.

6 CONCLUSÕES

Este estudo nos permitiu concluir:

1- que as estratégias de comunicação utilizadas pela equipe de enfermagem com os pacientes afásicos são aplicadas de maneira informal, sem conhecimento apropriado dos profissionais e sem orientação sistematizada pelo processo de enfermagem.

2- que os recursos materiais, tão importantes e necessários para a interação com os pacientes afásicos, apesar de citados pelos participantes como estratégias utilizadas, praticamente inexistem na instituição estudada e não foram utilizados durante as observações.

3- que as estratégias de comunicação utilizadas na prática diária observada se contrapõem aos recursos citados pelos participantes do estudo, sendo a comunicação verbal, a não verbal tacênica e a proxêmica, mais comuns do que os gestos. Estes, incluídos na comunicação cinésica, foram referidos por 100% dos participantes no estudo. Entretanto, os gestos ilustradores foram observados em apenas 40,7% dos profissionais. Os cuidados de enfermagem observados exigiam toque instrumental e proximidade do paciente, o que torna a avaliação do uso da comunicação tacênica e proxêmica complexa e discutível.

4- que as dificuldades de comunicação referidas e observadas assemelham-se com as relatadas na literatura e compreendem principalmente a dificuldade de entendimento do paciente, a falta de resposta do mesmo e a escassez de recursos materiais adequados a este tipo de situação.

5- que as estratégias utilizadas ou dificuldades encontradas são independentes da categoria profissional, idade e experiência profissional, associações estatisticamente testadas em nível de $p > 0,05$.

Os achados deste estudo estimulam a realização de outros no mesmo tema, tendo em vista a necessidade de avanço no conhecimento de enfermagem sobre o cuidado no AVE, uma das doenças de maior impacto sócio-econômico negativo na área da saúde. Os estudos deveriam focar não apenas os aspectos relacionados aos pacientes como também os aspectos educacionais, condições de trabalho e os sentimentos dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1-Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2004; 62(3B):844-51.
- 2-Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2004; 4(1):95-102.
- 3-Sundin K, Jansson L, Norberg A. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *J. clin. Nurs.* 2000; 9(4):481-8
- 4-Hidberg B, Cederborg AC, Johanson M. Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *J. nurs. Manag.* 2007; 15:214-221.
- 5-Bejot Y, Benatru I, Rouaud O, Fromont A, Besancenot JP, Moreau T, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe: Geographic and environmental differences. *J. neurol. sci.* 2007; 262: 85-88.
- 6-Minelli C, Fen LF, Minelli DPC. Stroke incidence, Prognosis, 30-Day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil- A population-based prospective study. *Stroke.* 2007; 38:2906-11.
- 7-Gillum RF. New considerations in analyzing stroke and heart disease mortality trends-The year 2000 age standard and the international statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. *Stroke.* 2002; 33:1717-22.
- 8-Kuller LH. Epidemiology and prevention of stroke, now and in the future. *Epidemiol. Rev.* 2000; 22(1):14-17.
- 9-Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur.j. neurol.* 2006; 13:581-598.
- 10-Bobadilha JF, Mainar AS, Navarro-Artieda R, Planas-Comes A, Soto-Alvarez J, Sanchez-Maestre C, Alvarez-Martin C, Ezpeleta-Echevarri D. Estimation de La prevalência, incidência, comorbilidades y costes directos asociados em pacientes que demandan atencion por ictus em um âmbito poblacional español. *Rev. neurol.* 2008; 46(7):397-405.
- 11-Callow AD. Cardiovascular disease 2005-The global picture. *Vascul. pharmacol.* 2006; 45:302-7.
- 12-Saposnik G, Brutto OHD. Stroke in South America – A Systematic Review of Incidence, Prevalence, and Stroke Subtypes. *Stroke.* 2003; 34: 2103-7.

- 13-Bianchini S. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa [dissertação de mestrado]. Guarulhos: Universidade de Guarulhos; 2009.
- 14-Zetola VHF, Novak EM, Camargo CHF, Júnior HC, Coral P, Muzzio JA, Iwamoto FM, Della Coleta MV, Werneck LC. Acidente Vascular Cerebral em Pacientes Jovens-Análise de 164 casos. *Arq. neuropsiquiatr.* 2001; 59(3-B):740-5.
- 15- Arcuri EAM, Santos JLF, Rocha e Silva M. Is early diagnosis of hypertension a function of cuff width? *J Hipertens.* 1989; 7:560-11.
- 16- Arcuri EAM, Araujo TL, Veiga EV, Oliveira SMJV, Lamas JT, Santos JLF. Medida da pressão arterial e a produção científica dos enfermeiros brasileiros na área de hipertensão. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41 (2):292-8.
- 17-Manchev IC, Mineva PP, Hadjiev DI. Prevalence of stroke risk factors and their outcomes- A population-based longitudinal epidemiological study. *Cerebrovasc Dis.* 2001; 12:303-7.
- 18-Chaves MLF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev bras. hipertens.* 2000; 7(4):372-82.
- 19-Andrade LAF, Pimentel PCA, Zukerman E. Acidente vascular cerebral. In: Knobel E. *Conduitas no paciente grave.* 2ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 1998. v1, p.665-82.
- 20-Oliveira RMC, Andrade LAF. Acidente Vascular Cerebral. *Rev. bras. hipertens.* 2001; 8(3):280-9.
- 21-Machado FS, Akamine N. Hemorragia Subaracnóidea. In: Knobel E. *Terapia Intensiva-Neurologia.* São Paulo: Ed.Atheneu; 2003. p.123-136.
- 22-Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro Consenso Brasileiro do Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. *Arq. neuropsiquiatr.* 2001; 59(4):972-80.
- 23-Ferraz AC, Pedro MA. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. In: Knobel E. *Terapia Intensiva- Neurologia.* São Paulo: Ed.Atheneu; 2003. p.93-110.
- 24-Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, Hock N, Miller E, Mitchell PH. Comprehensive Overview of nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke.* 2009; 40:2911-44.
- 25-Cavalcanti EFA. Diretrizes recomendam aumentar a janela terapêutica para trombólise no AVCI para 4,5 horas. *Medicinanet* [on line]. 2009 [capturado 15 Jul 2009]. Disponível em:<www.medicinanet.com.br>
- 26-Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Lyrer PA. Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke. *Stroke.* 2006; 37:1379-84.

- 27-Bakheit A MO, Shaw S, Carrington S, Griffiths S. The rate and extent of improvement with therapy from the different types of aphasia in the first year after stroke. *Clin. Rehabil.* 2007; 21:941-9.
- 28-Thomas AS, Lincoln NB. Predictors of Emotional Distress After Stroke. *Stroke.* 2008; 39:1240-5.
- 29-Ortiz KZ. *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição.* Barueri, SP: Manole, 2005. p.47-64.
- 30-Nordehn G, Meredith A, Bye L. A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication With Patients Who Have Stroke-Related Communication Disorders. *Top. stroke rehabil.* 2006 winter; 13(1):68-77.
- 31-Sabe L, Courtis MJ, Saavedra MM, Prodan V, Lujan-Calcano, Mélian S. Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de La afasia: "Bedside de Language". Utilización em um centro de rehabilitación. *Rev. neurol.* 2008; 46(8): 454-60.
- 32-Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. *Cerebrovasc Dis.* 2004; 17:35-43.
- 33-Thomessen B, Thoresen GE, Bautz-Holter E, Laake K. Screening by nurses for aphasia in stroke-the Ullevaal Aphasia screening (UAS) test. *Disability and Rehabilitation.* 1999; 21(3):110-5.
- 34-Simmons-Mackie N, Threats TT, Kagan A. Outcome assessment in aphasia:a survey. *J. commun. disord.* 2005 ; 38:1-27.
- 35-Love T, Oster E. On the categorization of aphasic typologies: The SOAP (A Test of Syntactic Complexity). *J. psycholinguistic. res.* 2002; 31(5):503-29.
- 36-Doesborgh SJC, Van de Sandt-Koerman WME, Dippel DWJ, Van Harskamp F, Koudstaal PJ, Visch-Brink EG. Linguistic deficits in the acute phase of stroke. *J. Neurol.* 2003; 250:977-82.
- 37-Connolly JF, Mate-kole C, Joyce BM. Global aphasia: an innovative assessment approach. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999, 80(October):1309-15.
- 38-Berthier ML. Poststroke aphasia. *Drugs Aging.* 2005; 22(2):163-82.
- 39-Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. bras. enferm.* 2008 maio-jun; 61(3):312-8.
- 38-Cianciarullo TI. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.* São Paulo: Ed. Atheneu; 1996.
- 40-Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(3):327-30.

- 41- Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):323-7.
- 42-Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev. latinoam. enferm.* 2002 julho-agosto; 10(4):485-92.
- 43-Silva MJP. Comunicação tem remédio - comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
- 44-Knapp ML. Essentials of nonverbal communication. EUA. Holt, Rinehart and Winston. 1980. Nonverbal communication: basic perspectives; p.1-25
- 45-Sawada NO, Zago MMF, Galvão CM, Ferreira E, Barrichello E. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado. *Rev. latinoam. enferm.* 2000; 8(4):73-80.
- 46-Rebouças CBA, Pagliuca LMF, Almeida PC. Comunicação não-verbal: aspectos observados durante a consulta de enfermagem com o paciente cego. *Rev. Enferm Esc Anna Nery.* 2007; 11(1):38-43.
- 47-Dias AB, Oliveira I, Dias DG, Santana MG. O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Rev Bras. enferm.* 2008; 61(5):603-7.
- 48-Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2007. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta; p.61-77.
- 49- Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1997; 31(3):410-22.
- 50-Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Avaliação dos métodos de coleta de dados. P. 247-84.
- 51-Valladares L. Os dez mandamentos da observação participante. *rev. Brás. ciênc. soc.* 22(63):153-5.
- 52-Magalhães MN, Lima ACP. Noções de Probabilidade e Estatística. São Paulo: IME-USP. 2ª ed. 2000.
- 53-Hedberg B, Cedeborg AC, Johanson M. Care-planing meetings with stroke survivors:nurses as moderators of the communication. *J. nurs. Manag.* 2007; 15:214-21.
- 54-Finke EH, Light J, Ketko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J. clin. Nurs.* 2008; 17:2102-15.
- 55-Hinckley JJ. Finding messages in bottles:living successfully with stroke and aphasia. *Top. stroke rehabil.* 2006; 13(1):25-36.

- 56-Silva MJP. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. *Rev. latinoam. enferm.* 1996; 4(nº especial):25-37.
- 57-Araujo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41(3):419-25.
- 58-Diener BL, Bischof-Rosario JA. Determining decision-making capacity in individuals with severe communication impairments after stroke: the role of augmentative-alternative communication(AAC). *Top. stroke rehabil.* 2004; 11(1):84-8.
- 59-Oliveira OS, Nóbrega MMI, Silva AT, Filha MOF. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na internet].* 2005 [acesso em 09 abril 2008]; 7(1). Disponível em:<<http://WWW.fen.ufg.br>>.
- 60-Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. latinoam. enferm.* 2000; 8(4): 52-8.
- 61-Santos CCV, Shiratori K. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2005; 58(4):434-7.
- 62-Zinn GR, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado:vivência de quem cuida. *Rev. latinoam. enferm.* 2003; 11(3):326-32.
- 63-Happ MB. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Soc. Sci. med.* 2000; 50:1247-55
- 64-Bahr E. Light Technology augmentative communication for acute care and rehab settings. *Top. stroke rehabil.* 2008; 15(4):384-90.
- 65-Silva MJP. Percebendo o ser humano além da doença- o não verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing.* 2001; out: 14-20
- 66-Pinheiro EM, Rocha IF, Silva MCM. Identificação dos tipos de toque ocorridos no atendimento de enfermagem de um serviço ambulatorial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 1998; 32(3):192-8.
- 67-Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e unidade semi-intensiva cirúrgica. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2003; 37(1):52-61.
- 68- Salter K, Jutai J, Foley N, Hellings C, Teasell R. Identification of aphasia post stroke: A review of screening assessment tools. *Brain inj.* 2006; 20(6):559-68.
- 69-Cloutman L, Newhart M, Davis C, Heldler-Gary J, Hillis AE. Acute recovery of oral word production following stroke: Patters of performance as predictor of recovery. *Behav. neurol.* 2009; 21(3):145-53.
- 70-Darlington A S E, Dippel DWJ, Ribbres GM, Van Balen R, Passchier J, BusschbachJJV. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: A longitudinal studies. *Cerebrovasc. Dis.* 2007; 23:401-7

71-Skinner MK, NagelPJ. Painting a mural and writing an article: Creative rehabilitation strategies. *Rehabil. nurs.* 1996; 21(2):63-6.

72-Gordon C, Ann Ashburn & Ellis-Hill C. The use of conversational analysis:nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *J. adv. nurs.* 2009; 65(3):544-53.

73-Moules C. Communication difficulties. *Nursing times.*1996; 92(7):32-3.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Entrevista semi-estruturada

1 - Iniciais: _____

2 - Idade: _____

3 - Tempo de formação profissional: _____

4 - Tempo de experiência profissional com pacientes com Acidente vascular encefálico (AVE): _____

5 - Nível de formação profissional:

() doutorado () mestrado () especialização () curso de graduação

() curso técnico de enfermagem () curso auxiliar de enfermagem

6 - Com que frequência você cuida de pacientes com AVE?

() diariamente () semanalmente

() quinzenalmente () mensalmente () raramente

7 - O quanto você acha que a comunicação é importante para o cuidado de enfermagem?

Marque numa escala de 0 a 10 o grau de importância, sendo 0 para o menor valor e 10 para o maior valor. Caso não considere importante, apresente suas razões.

8 – Como você se comunica com os pacientes com afasia após acidente vascular encefálico durante o cuidado de enfermagem. Quais os recursos ou meios que utiliza na comunicação?

9 - Como você aprendeu estas estratégias? Pode selecionar mais de uma alternativa

() iniciativa pessoal

() ensinados durante curso de formação profissional

() por experiência profissional

() outros _____

10 - Quais as dificuldades encontradas por você para se comunicar com estes pacientes?

APÊNDICE 2

Roteiro de Verificação

INICIAIS _____

DATA: ____ / ____ / ____

Atividades desenvolvidas	<input type="checkbox"/> Cuidados de higiene <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Encaminhamento para exames <input type="checkbox"/> Outras
Início da atividade	
Término da atividade	
Estratégias utilizadas	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal <input type="checkbox"/> Comunicação escrita <input type="checkbox"/> Comunicação não verbal <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Painéis <input type="checkbox"/> Figuras <input type="checkbox"/> Objetos <input type="checkbox"/> Nenhuma estratégia adequada <input type="checkbox"/> Outros
Dificuldades	<input type="checkbox"/> Falta de entendimento por parte do paciente <input type="checkbox"/> Falta de entendimento por parte do profissional <input type="checkbox"/> Agitação do paciente <input type="checkbox"/> Não houve dificuldades <input type="checkbox"/> Outros

APÊNDICE 3



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do documento de identidade nº _____, aceito participar do estudo Identificação das estratégias de enfermagem para se comunicar com pacientes afásicos após acidente vascular encefálico, que tem como objetivos descrever as estratégias de comunicação usadas pela equipe de enfermagem com pacientes com afasia após acidente vascular encefálico e identificar as dificuldades encontradas por essa equipe para se comunicar com pacientes com afasia após acidente vascular encefálico. A finalidade do estudo é conhecer estes aspectos para melhorar o cuidado de enfermagem.

Entendo que a coleta dos dados para o estudo será realizada em duas (2) etapas: a primeira consiste de uma entrevista aplicada pelo pesquisador responsável em um único encontro com data e horário definido pelo participante e a segunda será durante o início de meu turno de trabalho por uma única vez para observação de minhas atividades de comunicação com estes pacientes. Entendo também que não haverá nenhum tipo de custo financeiro de minha parte para a entrevista ou para a observação, sendo que a duração do encontro pode variar de 01 a 02 horas. Também entendo que fui selecionado porque trabalho em unidades de atendimento de pacientes que sofreram um acidente vascular encefálico. Estou ciente que posso interromper a minha participação no estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que isto traga prejuízos à minha vida profissional e/ou pessoal.

Compreendo que os resultados desta pesquisa serão utilizados com fins científicos e divulgados em meios próprios para este fim e que se eu tiver alguma dúvida e necessitar de maiores esclarecimentos, posso entrar em contato com a pesquisadora responsável Regina Cláudia Silva Souza no endereço Rua Frei Caneca 239/53, cidade de São Paulo ou a qualquer momento pelos telefones 11-31293832 e 11-72746161.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Assinatura do entrevistador

ANEXOS

ANEXO 1



BENEFICÊNCIA
PORTUGUESA
DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA DA ENTRADA: 25 de Agosto de 2009.

DATA DA AVALIAÇÃO: 30 de Setembro de 2009.

CAAE: 0037.0.360.000-09

Nº DO PROTOCOLO NO CEP: 505-09

(este nº deverá ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Regina Cláudia Silva Souza

Área de Especialização: Enfermagem

Nº de Sujeitos no Centro: 40

Nº de Sujeitos no Brasil: 40

Nº de Sujeitos Total: 40

Projeto de Pesquisa: "Identificação das estratégias de enfermagem para se comunicar com pacientes afásicos após acidente vascular encefálico".

Considerações/Comentários: O objetivo primário deste estudo é identificar as dificuldades informadas pelos membros da equipe de enfermagem para estabelecer comunicação com os pacientes que apresentam afasia após acidente vascular encefálico.

Ao se proceder à análise ao projeto em questão, considera-se que:

- a) O projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.
- b) O Comitê de Ética em Pesquisa avaliou o Protocolo de Estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- c) O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.



Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa manifesta-se:

Visto que as solicitações do parecer emitido em 31 de Julho de 2009 foram atendidas satisfatoriamente em nova versão do projeto com as alterações realizadas de acordo com as sugestões solicitadas, o Comitê de Ética em Pesquisa manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O Comitê de Ética em Pesquisa conclui:

- Projeto de Pesquisa em português, versão 2 – Aprovado
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Aprovado
- Orçamento financeiro detalhado – Entregue
- Declaração de ciência e concordância com o estudo, Denise Alves Saltini – Entregue
- Currículo do pesquisador principal e equipe – Entregue

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita:

- Apresentação de relatórios parciais (a cada seis meses) e finais;
- Notificação de eventos adversos;
- Notificação de eventuais emendas ou modificações no protocolo.

Situação: Protocolo Avaliado e Aprovado em reunião ordinária no dia 30 de setembro de 2009.

Prof. Dr. Bonno van Bellen
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 02 de outubro de 2009.