

COMUNICAÇÃO NA INTERAÇÃO COM O UTENTE, CUIDADOR E/OU FAMÍLIA

MANUAL



OBJECTIVOS

- Identificar possíveis estratégias para ultrapassar as barreiras na comunicação e interação com utente.
 - Identificar mitos e crenças comuns nas populações migrantes e minorias étnicas em Portugal.
 - Explicar que as tarefas que se integram no âmbito de intervenção do/a Técnico/a Auxiliar de Saúde terão de ser sempre executadas com orientação e supervisão de um profissional de saúde.
 - Identificar as tarefas que têm de ser executadas sob supervisão direta do profissional de saúde e aquelas que podem ser executadas sozinho.
 - Aplicar técnicas de comunicação na interação com o utente, cuidador e/ou família com alterações de comportamento ou alterações ou perturbações mentais.
 - Aplicar técnicas de comunicação na interação com utentes com alterações sensoriais.
 - Explicar a importância de adequar a sua ação profissional a diferentes públicos e culturas.
-

Conteúdos Programáticos

- A comunicação na interação com o utente, cuidador e/ou família
 - A comunicação na interação com indivíduos em situações de vulnerabilidade
 - A comunicação na interação com indivíduos com alterações de comportamento:
 - - Agressividade
 - - Agitação
 - - Conflito
 - A comunicação na interação com indivíduos com alterações ou perturbações mentais
 - A comunicação na interação com o utente com alterações sensoriais
 - A comunicação não-verbal
 - Outras linguagens
 - Comunicação e Interculturalidade em saúde
 - Barreiras interculturais na comunicação
 - Mitos e factos sobre saúde e (i) migração
 - A comunicação na interação com populações mais vulneráveis
 - Tarefas que em relação a esta temática se encontram no âmbito de intervenção do/a Técnico/a Auxiliar de Saúde
 - Tarefas que, sob orientação de um profissional de saúde, tem de executar sob sua supervisão direta
 - Tarefas que, sob orientação e supervisão de um profissional de saúde, pode executar sozinho
-

A COMUNICAÇÃO NA INTERAÇÃO COM O UTENTE, CUIDADOR E /OU FAMÍLIA



1.1.A comunicação na interação com indivíduos em situações de vulnerabilidade

A Relação de ajuda é uma relação particularmente significativa que se instaura entre ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento e que sente dificuldade em enfrentar sozinha e em encontrar os meios de os aceitar, de se adaptar ou sair destes, e um ajudante, na ocorrência um técnico/a de saúde, que em dado momento o ajuda a encará-los e a encontrar em si próprio recursos necessários para lhe fazer face.

É uma troca, tanto verbal como não-verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico.

Assim, a relação de ajuda deixou de estar focalizada apenas no doente e passou a abranger qualquer utilizador dos cuidados de saúde, a sua família e os amigos, contribuindo para a personalização dos cuidados, exigindo criatividade, sensibilidade e um desejo profundo de partilhar sentimentos e de comunicar de uma forma individual e única.

Uma função importante da comunicação é transmitir mensagens de uma pessoa para a outra. Contudo, podemos realçar uma outra função fundamental relativa à comunicação em saúde: o estabelecimento de relacionamento significativo com o doente, que é uma das principais funções da comunicação nos cuidados de saúde.

É por este meio que o profissional acolhe o doente, pesquisa dados fidedignos sobre ele, a sua doença, as suas necessidades, sentimentos e pensamentos e oferece elementos para que ele desenvolva a sua capacidade de autocuidado e para a satisfação das suas necessidades.

As competências dos técnicos de saúde em comunicação interpessoal e ajuda são uma componente fundamental do seu papel e pré-requisitos essenciais para cuidados de qualidade. A comunicação é essencial para o estabelecimento de um relacionamento técnico/doente adequado.

Podemos identificar as expectativas dos doentes relativamente aos profissionais de saúde, no que respeita á comunicação, como sendo as seguintes:

- Ter amabilidade de se apresentar;
 - Explicar-lhes os tratamentos e dizer-lhes se obtiveram resultados;
 - Despende o tempo que for preciso para falar com eles e se necessário dar-lhes explicações;
 - Mostrar-se conscienciosos e abertos às suas perguntas;
 - Informá-los todos os dias dos cuidados programados;
 - Mostrar coerência quando se trata de os informar;
 - Responder aos seus chamamentos e aos seus pedidos dentro de um período razoável;
 - Assumir a continuidade dos cuidados;
 - Informá-los sobre as consequências da doença que os afeta;
 - Transmitir aos outros membros de equipa de cuidados a informação que receberam dos doentes;
 - Responder às suas perguntas e satisfazer as suas necessidades, mas também saber prevêê-las;
 - Dar-lhes a sensação de que são realmente escutados e interessar-se pelos seus problemas e suas preocupações;
 - Dizer-lhes claramente aquilo que têm ou não direito a espera.
-

A comunicação interpessoal ocorre em todo o momento no desempenho do profissional de saúde, podendo, contudo, ser terapêutica ou não terapêutica. Podemos depreender que a comunicação é terapêutica quando ajuda, quando promove, quando dá oportunidade ao doente de crescer, amadurecer, equilibrar-se e ser atendido nas suas necessidades.

O técnico de saúde, ao conviver com o doente por mais tempo que outros profissionais, principalmente quando se trata de uma doença crónica que exige um cuidado mais prolongado, ambos experimentam um conjunto de fenómenos, sentimentos, pensamentos e reações que podem interferir benéficamente no processo de comunicação. Entre eles estão a empatia, o respeito mútuo e a confiança.

A empatia é muitas vezes confundida com a identificação e simpatia. Para que a interação com o doente se torne terapêutica o profissional tem de tentar perceber a experiência do outro, como esta a vivência, estando sempre atento para não perder o seu papel de profissional ou mesmo a sua identidade.

Quando esta percepção do mundo do outro acontece pode-se dizer que está presente a empatia. A empatia e o envolvimento emocional são fundamentais para que o profissional compreenda o mundo do outro. Somente assim ele pode oferecer um cuidado individualizado, respeitando as crenças, os valores e a cultura do doente.

Uma capacidade ligada à empatia é a escuta ativa. Podemos escutar passiva ou ativamente, que ao praticarmos escuta passiva não integramos a articulação dos sentimentos do outro, faltando a convicção e a tranquilização da escuta ativa.

As capacidades de escuta jamais serão desnecessárias na profissão de técnico de saúde, pois só a atitude de disponibilidade e escuta poderão conduzir a uma relação de confiança e respeito. Define escuta ativa como a capacidade de ouvirmos com todos os nossos sentidos, a fim de identificar as reais necessidades do doente.

Pelo exposto, podemos afirmar que, no desenvolvimento do processo terapêutico existem técnicas de comunicação terapêutica que facilitam a interação técnico/doente. Ao utilizá-las o técnico deve considerar cada uma delas particularmente para cada situação específica.

O técnico de saúde, na implementação do processo de cuidados deve recorrer a técnicas de comunicação terapêuticas como:

Escuta

Capacidade em demonstrar, pela comunicação não-verbal, o seu interesse pelo doente, enquanto observa as reações deste face às mensagens recebidas.

Silêncio

Capacidade de comunicar ao doente, de forma não-verbal, a sua aceitação.

Orientação

Instruções/orientações dadas ao doente com o intuito deste saber o que se espera dele.

Comentários abertos

Observações de âmbito geral capazes de direccionar a interação e encorajar o doente a prosseguir.

Redução da distância

Entre técnico e doente transmitindo a mensagem de que o técnico quer estar próximo do doente.

Consideração

Reconhecimento da importância do doente na interação.

Recapitulação

Validação da interpretação da mensagem por parte do profissional ao doente.

Reflexão

Remeter ao doente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, com o intuito deste reconhecer a importância das mesmas.

Clarificação

Pede input adicional ao doente de forma a compreender a mensagem recebida.

Validação consensual

Demonstra o desejo do profissional em compreender o significado de sinais ou conotação de palavras específicas emitidos pelo doente.

Focalização

Questões ou afirmações com o intuito de ajudar o doente a desenvolver uma ideia.

Síntese

Revisão através da qual é feita uma constatação dos principais temas discutidos durante a interação.

Planificação,

Decisão mútua relativamente à finalidade e direção das interações futuras.

Aa técnicas de comunicação não terapêutica dizem respeito a:

Não escutar

Em que o técnico coloca as suas necessidades acima das necessidades do doente; inúmeros são os fatores que podem provocar a ocorrência deste tipo de comunicação, as condições emocionais e de saúde do profissional, problemas pessoais ou de trabalho, dificuldade de fixação e concentração, de atenção, sobrecarga de trabalho, fadiga, entre outros.

Colheita inadequada de dados

Ao se seguir rigidamente o formulário, podemos não estar a explorar dados importantes para a prestação de cuidados individualizados ao doente.

Julgar

Aprovando ou reprovando os relatos do doente, demonstrar aprovação ou reprovação do comportamento do doente emitindo julgamento da situação retira do doente a oportunidade de tomar as suas próprias decisões.

Acalmar

Tentando dizer a palavra mágica, negando o medo e sentimentos do doente; transmite ao doente ausência de sentimento empático, que traduz falta de sensibilidade e consideração pelos sentimentos do doente.

Rejeição

Recusando discutir os temas com o doente.

Defesa

Tentando proteger alguém ou alguma coisa do feedback negativo, negando ao doente o direito de exprimir a sua opinião.

Aconselhamento

Negando ao doente a palavra como parceiro na tomada de decisão; dizer ao doente sobre o que deve pensar, como comportar-se ou o que fazer, pode significar que o profissional sabe o que é melhor para o doente e que este é incapaz de tomar decisões retardando o seu desenvolvimento para a independência e autonomia.

Responder com estereótipos

Ao utilizar expressões verbais banais e sem significado, o profissional nega o significado da comunicação ao doente.

Mudar de conversa

O profissional dirige a interação para áreas de seu interesse, levando à não existência de discussão de temas importantes para o doente;

Paternalismo

Coloca o profissional num plano superior, evidenciando condescendência em relação ao doente.

Cabe a cada técnico de saúde, no seu dia-a-dia, evitar todas estas técnicas de comunicação não terapêutica desenvolvendo a competência em comunicação e descobrir novas formas de tornar sua comunicação com o doente a mais terapêutica possível, nunca permitindo que ela se torne um ato puramente mecânico e rotineiro.

1.2. A Comunicação na interação com indivíduos com alterações de comportamento

1.2.1. Agressividade

As dificuldades de comunicação entre técnicos e utentes podem ter a ver com três aspetos fundamentais:

- Transmissão de informação pelos técnicos de saúde
- Atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação
- Comunicação afetiva dos técnicos de saúde
- Literacia de saúde dos utentes.

Problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os utentes podem relacionar-se com os processos de comunicação afetiva dos técnicos de saúde, em particular quando ocorrem:

- Distanciamento afetivo, relacionado com o evitamento de temas difíceis da doença grave, ameaçadora ou terminal ou de resultados positivos de exames que se realizaram (as “más notícias”). Pode levar facilmente à banalização
- Desinteresse pelas preocupações do utente tem em relação ao seu futuro
- Dificuldade em funcionar como fonte de apoio emocional e de transmissão de segurança.

Para gerir a agressividade do utente utilize a técnica ERICA:

- Escute o que o interlocutor lhe diz;
 - Recapitule o assunto e mostre que o compreendeu;
 - Interrogue com perguntas abertas e fechadas, com o objetivo de obter o máximo de informação;
 - Combine a forma como o assunto vai ser tratado;
-

- **Agradeça** ao cliente/utente o facto de lhe ter colocado a situação.

Muitas pessoas difíceis têm os seus motivos pessoais/situacionais ou psicológicos. Lembre-se:

- Que eles estão a ser difíceis por razões próprias. Não por sua causa.

Forma de atuação:

- Não personalize as situações (lembre-se que não o estão a atacar a si);
 - Mantenha a calma e escute o cliente/utente;
 - Concentre-se na situação e não na pessoa;
 - Não o contradiga;
 - Não discuta;
 - Não lhe diga que é grosseiro ou mal-educado;
 - Interprete corretamente o comportamento;
 - Encaminhe o cliente/utente para a melhor solução;
 - Gratifique-se por acalmar um cliente/utente agressivo.
-

1.2.2. Agitação

O trabalho desenvolvido na área do atendimento em instituições de saúde é propício ao aparecimento de situações de crise e ou solução das mesmas. As questões de saúde e doença são por vezes motivo de alteração de estados emocionais.

A crise é um método adaptativo ou satisfatório para lidar com indivíduos ou situações ambientais que envolvam stress, ameaças psicológicas ou fisiológicas. O desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para resolvê-lo conduzem à ocorrência de um estado de crise.

Esta intervenção centra-se na resolução do problema de imediato, através da utilização de recursos pessoais, sociais e ambientais. A estes recursos e a forma como são utilizados pelos indivíduos para gerir e ultrapassar os problemas, conjuntamente com a resposta emocional ao mesmo.

A família deverá ser envolvida neste processo e deverá ajudar o indivíduo na escolha de estratégias para enfrentar os seus sentimentos de ansiedade e angústia. O suporte social diz respeito às pessoas que se relacionam com o indivíduo que poderão ao partilhar experiências vividas e a realçar alguns aspetos pertinentes da situação a ultrapassar a crise em que se encontra.

Podem-se abordar cinco exemplos de ajuda que são desenvolvidos e fornecidos a uma família que se encontra em crise:

- 1º- Se um membro de uma determinada família perante uma determinada situação fica sem saber que decisão tomar, o técnico/a de saúde, conjuntamente com ele, podem elaborar estratégias de ação/ sugestões;
 - 2º- Perante um elemento da família que não é capaz de estar junto do utente, o técnico/a de saúde deverá aperceber-se dessa situação e fornecer-lhe apoio como também orientá-la;
 - 3º- Outro exemplo comum em que o profissional pode atuar, surge quando o familiar fica demasiado centrado nos aspetos tecnológicos que envolvem o utente em situação de internamento, podendo o profissional verbalizar que ele próprio tomará conta desses aspetos;
-

4º- Perante um familiar hostil, agressivo com diálogo provocador para com o utente deve este profissional refletir sobre o fenómeno observado para poder intervir, nomeadamente através de perguntas ao familiar do que se passa. Se esta intervenção não resultar poderá ser necessário uma avaliação familiar;

5º-Se o familiar se encontra "perdido" relativamente a situação do utente, a intervenção poderá passar pela explicação/clarificação da situação.

A família deve ser vista como mais um recurso útil para a resolução de muitos dos problemas que são apresentados pelos doentes em situação de crise de saúde quando ocorrem ao hospital.

1.2.3.Conflito

Todo o erro deve ser corrigido, acompanhado de uma explicação e pedido de desculpas. Os Utentes em situação fragilizada (em inferioridade) não podem receber do atendedor uma atitude de superioridade, que pode desencadear uma manifestação de agressividade ou insegurança, e destrói a relação de uns com os outros.

Gerir bem uma reclamação é ser-se capaz de:

Cativar o agressivo:

- Não personalizando as situações, sendo tolerante;
 - Mantendo a calma e prestando-lhe atenção;
 - Concentrando-se no problema e não na pessoa;
 - Percebendo que o utente está só insatisfeito com a situação;
 - Procurando deslocar-se para uma zona calma, sentar-se com o Utente, procurando compreender as necessidades da pessoa e satisfazê-las na medida do possível, dizendo-lhe o que vai fazer daí para a frente;
-

Acolher bem o utente:

- Identificar-se;
- Cumprimentar afavelmente;
- Procurar receber o cliente num local mais discreto e tranquilo que o balcão de atendimento;
- Enquanto o utente expõe o seu problema permaneça atento e neutral.
- Não deixe que a sua expressão facial demonstre o contrário.

Conservar a serenidade:

- Se o utente se dirige a um colaborador de forma ofensiva, tal atitude não deve ser considerada como algo pessoal.
- Normalmente o descontentamento é com a entidade, por isso é fundamental dominar as emoções;
- Mantenha um tom educado;
- Tranquelize o utente;
- Evite envolver-se em discussões. Atue com profissionalismo.

Ser compreensivo:

- Coloque-se na posição do utente;
 - Trate o utente como exige que o tratem a si;
 - Evite aproveitar-se da constatação de que houve um equívoco por parte do utente. Nestes casos é importante encontrar uma via que permita ao utente ter uma saída airosa.
-

Fazer perguntas que ajudem a resolver a situação:

- Demonstrar ao utente que as questões são para obter informação e não para encontrar culpas ou desculpas;
- Evitar usar termos técnicos, pois o utente pode não dominar este tipo de linguagem.

Evitar entrar em justificações:

- A adoção de atitudes defensivas transmite uma má impressão e acentua a insatisfação;
- Evite dar desculpas, porque o que está em causa é resolver o problema;
- O que interessa ao utente é ser escutado e solucionar o seu problema.

Desculpar-se quando é claro que o erro foi nosso:

- Não há sistemas nem pessoas infalíveis. O utente aceitará uma desculpa sincera, seguida de uma eficaz solução para o problema;

Acordar o procedimento para solucionar o problema:

- As soluções têm de ser aceitáveis para ambas as partes.
- Se o utente efetua uma reclamação injustificada devido a desconhecimento das regras internas da instituição é importante dar-lhe explicações de forma clara e completa.

Despedir-se corretamente:

- Cumprimente afavelmente;
 - Coloque-se à disposição para o futuro.
-

Se não foi possível solucionar a queixa ou reclamação assuma o compromisso de responder o mais brevemente possível, transmitindo-lhe uma solução. Mas de nada servirá todo o tempo e trabalho investido a receber o reclamante se não se cumprirem os compromissos assumidos.

Sempre que possível as queixas devem ser resolvidas no próprio posto de trabalho; Se a reclamação implica algumas melhorias na organização, há que propor as soluções julgadas necessárias.

1.3. A Comunicação na interação com indivíduos com alterações ou perturbações mentais

As doenças do foro psiquiátrico são uma das que provocam mais sofrimento aos pacientes e familiares. Aqueles porque nem sempre têm crítica para a sua descompensação, o que dificulta o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento e estes porque nem sempre conseguem compreender e lidar com o seu doente.

Ainda persiste o problema da estigmatização e discriminação inerente àqueles que padecem destas enfermidades, comparativamente a doentes que sofrem de outras patologias.

Uma boa relação empática, escuta ativa, o respeito e proximidade afetiva, entre o técnico de saúde e o doente são por vezes tão valiosos, como um fármaco.

Alguns Princípios que Visam Melhorar a Comunicação

Para melhorar a comunicação interpessoal, quer como emissor, quer com recetor, devemos regeremo-nos por alguns princípios, nomeadamente:

- Falar de forma clara, correta e simples, não nos expressarmos demasiado alto nem muito baixo.
- Concentrarmo-nos na mensagem e induzirmos os outros também a fazê-lo.
- Ser breve; manter uma postura correta, um rosto aberto, simpático atencioso, recetivo e prestável. Mostrar interesse. É sem dúvida alguma, importante e influenciador não tanto a comunicação em si mas a qualidade da mesma, no que se reporta à manutenção do nosso bem-estar e qualidade de vida. Ainda inserido no contexto da comunicação interpessoal existe um fator deveras importante, a questão das distâncias.

Se em qualquer doente a primeira entrevista é essencial, com estes pacientes o primeiro contacto é onde se decide o estabelecimento do processo empático e em que existe a possibilidade de criar a confiança para o futuro.

Assim, no âmbito da entrevista, aquando da sua entrada, o técnico de saúde deve:

- Apresentar-se, explicar os motivos da entrevista, proporcionar privacidade e dar ênfase à confidencialidade. Fazer avaliação física e obter toda a informação possível virada para os objetivos terapêuticos. Terminando com um gesto de agradecimento pela cooperação recebida.
 - Mostrar empatia a fim de compreender os pensamentos do doente. Não basta compreendê-los se não formos capazes de o transmitir. Para ser empático, o técnico deve possuir flexibilidade suficiente para pôr de lado o seu quadro de referência habitual e inserir-se no doente a fim de identificar e compreender as suas mensagens explícitas e implícitas, identificar não só as emoções como também o contexto em que as vive.
 - Escutar, pois a capacidade de escuta constitui o fulcro da relação de ajuda, pelo que é indissociável da aquisição das diferentes capacidades (de respeito, empatia, congruência e clarificação) inerentes a essa relação. É uma arte que todos os profissionais de saúde devem desenvolver. Escutar, porém, não
-

é simplesmente ouvir. É descobrir todos os indicadores fornecidos pelo doente. O que requer do Técnico de Saúde uma grande abertura à comunicação obrigando-o a um empenhamento total que possa captar todos os indicadores emitidos pelo paciente, tanto verbal como não verbalmente.

- Aceitá-lo como doente, pois padece de uma doença se bem que a Medicina ainda não esteja preparada para lhe dar uma solução definitiva.
 - Informá-lo de que o seu problema pode ter componentes orgânicos, psicossociais, mas não desanimar. É importante diminuir-lhe o stress de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Algumas vezes são doentes com baixa autoestima, sentimentos de menos valia, que tiveram pouco êxito a nível familiar, social ou laboral, sedentos de afeto e famintos de vida, e por isso a nossa ajuda e carinho são sempre benéficos.
 - Estabelecer uma relação de confiança. O êxito das nossas atuações dependerá grandemente da perceção que o doente tiver da nossa relação com ele, sendo a compreensão e empatia imprescindível para facilitar o processo terapêutico evolutivo.
 - Mostrar naturalidade, ambiente sossegado e seguro.
 - Promover uma «certa distância», pois não deve existir confusão de papéis e envolvimento emocional, já que podem ser condicionadores da prática terapêutica
 - Facilitar a conduta verbal e não-verbal, ajudando-o a iniciar e prosseguir a conversa sem indicar nem sugerir conteúdos; respeitando os seus silêncios
 - Tranquilizá-lo, se necessário informá-lo da natureza e prognóstico da sua doença, em função do seu grau de compreensão, bem como dos condicionamentos que a informação lhe pode causar.
 - Não lhe criar falsas expectativas. Ajudá-lo a aliviar os sintomas, a diminuir o sofrimento obtendo, assim, uma qualidade de vida aceitável.
 - Desculpabilizá-los, alguns, dado a especificidade da doença, tendem a sentir-se poderosos, empreendedores e desinibidos.
 - Alertar para os principais sintomas de aviso, manifestados por: Nervosismo, insónia, dificuldade de concentração, isolamento social, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, humor depressivo e descuido a nível de higiene
 - Nunca omitir as tomas da medicação e negligenciar as consultas médicas de rotina. Não obstante, se se esquecer, não deve tomar a dose dupla na toma seguinte.
-

- Comunicar com um tom de voz suave e baixo através de frases curtas, reiterativas e simples, porque estão fragilizados, com dificuldade de concentração e retenção de muita informação.
- Estimular a higiene regular do sono. Se este é imprescindível para repor o equilíbrio energético entre mente, corpo e emoções, despendido diariamente devido ao ritmo de vida que levamos, nestes doentes dada a sua venerabilidade as suas necessidades são maiores, pelo que devem repousar e dormir o mais possível.
- Manter proximidade física e mostrar-se o mais natural possível, uma vez que são sensíveis às relações e emoções, tanto positivas como negativas.
- Ouvir o paciente sem o criticar, não lhe dirigir frases taxativas, “do tipo”: tudo está na sua cabeça, aceitando a situação dos doentes com depressão tal qual a descrevem, tentar convencê-los do contrário só serve para deixarem de ter confiança em nós.

Perante um doente descompensado e possivelmente agressivo não se deve atuar com autoritarismo ou contra agressão porque isso pode aumentar a sua violência. Não obstante, pode ser necessário recorrer ao uso da força, com o propósito de contê-lo em estado de crise.

É importante avaliar objetivamente o que se sabe do doente e não o rotular de «muito perigoso» quando não há a certeza de o ser. Mas agir sempre com prudência pois é tolice minimizar os riscos óbvios decorrentes da informação disponível e não se tomarem as precauções adequadas.

As intervenções de saúde não são estandardizadas porque o que pode ser um êxito para um, pode não resultar noutro com a mesma doença. A experiência profissional melhora substancialmente as perícias da comunicação, isto leva a que o profissional se sinta mais seguro quando tem de enfrentar as dificuldades decorrentes de situações de agressividade latente em fase de descompensação.

2. A Comunicação na interação com o utente com alterações sensoriais



2.1. A comunicação não-verbal

A comunicação é um instrumento importante e pode se dar de duas formas: verbal e não-verbal.

A comunicação verbal refere-se às mensagens faladas ou escritas, que ocorrem na forma de palavras como elementos da linguagem que são utilizadas para se comunicar. É através dela que se expõem ideias e se compartilham experiências. É a forma de comunicação mais utilizada no dia-a-dia.

A comunicação não-verbal refere-se às mensagens emitidas pela linguagem corporal, ou seja, é toda mensagem transmitida sem o uso das palavras. Ela ocorre por meio da expressão facial, movimentos dos olhos e da cabeça, movimento do corpo, postura, gestos, silêncio, palidez e sorriso. Este tipo de comunicação merece uma atenção maior, uma vez que não se tem controle consciente sobre ela.

Compreender a expressão não-verbal emitida pelo doente, reforça a aproximação da equipa de saúde com este. E ao realizar essa aproximação, o técnico faz um estudo das reais necessidades do doente e facilita desta maneira a elaboração de um plano terapêutico, contribuindo para a realização de um cuidado abrangente e sistematizado.

Os profissionais de saúde têm que ter presente que todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não-verbal do doente são reveladoras da sua vivência.

Uma das condições, talvez a mais básica para o êxito na prestação de cuidados, reside na capacidade do técnico ouvir, compreender, estar atento, interessado e fundamentalmente saber demonstrá-lo ao doente.

O comportamento não-verbal do técnico será a primeira fase, pela riqueza de sinais não-verbais emitidos, o doente ao perceberá-lo, sentir-se-á mais apoiado e capaz de se envolver na relação, revelar as suas necessidades, facultando assim ao profissional uma via para implementar estratégias de ajuda ao doente.

A linguagem não-verbal muitas vezes é desprezada, os profissionais nem sempre lhe dão uma importância suficiente, no entanto ela pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir.

Para a comunicação ser utilizada como um instrumento básico dos cuidados de saúde, é necessário que o profissional identifique os diversos meios que os doentes possam utilizar para comunicarem-se de forma não-verbal e principalmente que saiba correlacionar o significado de cada método, para que se estabeleça o processo comunicativo.

Por outro lado, torna-se interessante ressaltar a importância da utilização da comunicação não-verbal pela equipa, uma vez que, o objetivo é considerar o doente como um ser singular, onde os cuidados a serem prestados a este deverão ser feitos de forma individualizada.

Na realidade, o que advém da comunicação não-verbal é mais facilmente retido relativamente às palavras, compreendemos facilmente a importância de estabelecer uma relação harmoniosa entre estes dois modos de expressão. É preciso não esquecer que as mensagens silenciosas do olhar, da expressão facial ou da postura são em grande parte inconscientes e podem trair a nossa vontade, os nossos verdadeiros sentimentos.

Esta concordância entre o verbal e o não-verbal necessário à comunicação apela ao conceito de autenticidade, congruência e assertividade, ou seja, está intimamente ligada ao comportamento profissional do profissional de saúde.

A pessoa autêntica é aquela que não procura enganar, exprime nas suas palavras e nas suas atitudes a harmonia dos seus pensamentos, das suas emoções e dos seus desejos.

A assertividade é a chave para uma relação bem-sucedida entre doente e técnico de saúde. Comunicar assertivamente é ser competente nas várias estratégias de comunicação para expressar os seus pensamentos e sentimentos, protegendo, em simultâneo, os seus direitos e os dos outros; é ter atitude positiva acerca da comunicação direta e franca; sentir-se confortável e controlar a ansiedade, tensão, timidez ou medo; sentir-se seguro relativamente a seguir uma conduta respeitando-se a si e aos outros e respeitar os seus direitos e os dos outros.

2.2. Outras linguagens

Na interação com os doentes, o profissional deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não-verbal, cinésica, proxémica, tacésica e paralinguagem ou para verbal e aperceber-se de emoções e reações dos doentes que deve aprender e reconhecer.

A linguagem Cinésica é conhecida como a linguagem do corpo. Assim, quanto aos traços físicos, o que nos impressiona em primeiro lugar num doente é a sua aparência física, a sua maneira de estar, de olhar, entre outros fatores.

A expressão do olhar e da face geram normalmente comportamentos não-verbais muito reveladores. A região ocular é particularmente expressiva e os traços da face, estes não tomam o seu sentido real senão por uma leitura global da expressão facial e do contexto. Na comunicação verbal, os gestos, também são fundamentais, pois servem para ilustrar o que o doente sente.

No cotidiano da saúde, é de salientar o olhar como um instrumento colocado em prática pelos técnicos, em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente com intuito de captar todas estas emoções e reações referidas reveladas através da comunicação não-verbal do doente.

Por vezes, a informação captada através do olhar torna-se invasiva para o doente na medida em que as expressões, reações, ou mesmo algumas partes do corpo que o doente entende que são privadas, conseguem ser alcançadas por este órgão dos sentidos, exceto se houver algum tipo de impedimento que resguarde o observado.

As expressões faciais dos diversos sentimentos foram classificadas como expressão de afetividade/felicidade, medo/insegurança, dor, discordância, aprovação, surpresa, tristeza, raiva, ansiedade, dúvida, interesse e vergonha.

Quando a expressão é de afetividade e felicidade o paciente costuma apresentar fixação do olhar, pupilas dilatadas e olhos brilhantes.

As pálpebras fechadas rapidamente ou abrindo-se excessivamente, expressões sérias e rígidas e franzimento dos lábios refletem medo e insegurança.

A dor pode ser expressa pelo choro, por olhos fechados, rugas na testa, lábios comprimidos, aumento da rigidez facial. A discordância pode ser manifestada através da pupila contraída, enquanto na aprovação a pupila se encontra dilatada.

A abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas mostram que o paciente está surpreso. Os sinais de tristeza são identificados quando a comissura labial está voltada para baixo também definido como “olhar cabisbaixo”.

A raiva costuma ser percebida quando a testa está enrugada, o olhar e a boca se encontram tensos, a mandíbula cerrada e as pupilas contraídas.

A ansiedade manifesta-se através do suor na testa, palidez e por movimentações dos lábios.

Quando há inclinação lateral da cabeça e a sobrancelha se encontra erguida pode ser um indicativo de dúvida.

Quando o paciente se encontra interessado, o seu olhar costuma se fixar na direção do objeto ou da pessoa de interesse, e algumas vezes ocorre o meneio positivo da cabeça.

A vergonha expressa-se com rubor na face, abaixamento dos olhos, mudança do foco do olhar e observação através dos olhos entreabertos.

O técnico deve estar atento a estas expressões e movimentações, pois muitas vezes o corpo fala o que o paciente está sentido naquele momento e ao avaliar os gestos, posturas e movimentos dos pacientes pode-se buscar compreender o que eles querem dizer.

A linguagem proxémica estuda os espaços interpessoais, a distância mantida entre os participantes de uma interação. Quando o técnico invade o território de um doente aproximando-se demasiado dele ou tocando-o produz neste rutura do equilíbrio psicológico e mesmo em certos casos um sentimento de agressão e de insegurança.

O tocar depende também do conceito de territorialidade, uma vez que supõe uma penetração no espaço imediato do doente.

A proxémia, ou seja, a aproximação dos corpos dos sujeitos que participam de uma relação interpessoal, é na realidade o fator principal de influência que a comunicação não-verbal pode ocasionar durante os cuidados de saúde, dado que a aproximação técnica/doente se justifica devido à necessidade de estabelecer uma comunicação e do relacionamento interpessoal, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar ao doente.

A linguagem taxémica estuda o toque, não só como instrumento de sensação, mas também como expressão de afetividade. Apesar das ambiguidades sempre possíveis, o tocar continua a ser um meio de comunicação importante em cuidados de enfermagem.

É das primeiras sensações experimentadas pelo ser humano quando nasce. Desde a via maternal e depois ao longo do desenvolvimento do ser humano, o tato permite a expressão de afetos, a vinculação, a identidade e a intimidade, tornando-se num veículo imprescindível nas relações de afeto e interpessoais.

O sentido do tato é privilegiado pela carga emocional que este poderá transmitir, as mãos vão estabelecer um elo de comunicação. Aquando a prestação de cuidados, o tato deve ser um ato espontâneo e sincero, logo este tipo de comunicação não deve traduzir sentimentos negativos.

Esta técnica deve ser utilizada quando o técnico se aproxima da cama do paciente, seja para cumprimentá-lo ou para transmitir um gesto de carinho, transmitindo uma sensação de segurança e confiança, capaz de deixá-lo mais tranquilo.

Há situações em que é sugerido o uso do toque: quando o paciente se sente sozinho, quando se encontra em fase terminal, com dor, com autoestima e autoimagem diminuídas. O local a ser tocado pelo profissional não deve constranger o paciente, sendo mais aceito o toque nos ombros e membros superiores. A aproximação deve ser feita mais lentamente, já que a rapidez neste processo pode provocar uma reação de defesa.

O toque realizado pelos familiares também deve ser recomendado pelos profissionais de saúde, pois já se comprovou que esta ação diminui o ritmo cardíaco e gera uma expressão que sugere melhora e alívio.

A Paralinguagem ou paraverbal estuda o tom de voz, a ênfase dada a determinadas palavras, os grunhidos, o choro e os soluços que utilizamos ao falar, o silêncio entre outros, são comportamentos paraverbais dos doentes indicadores ricos de significados.

Os sons emitidos podem ser os grunhidos (“ah”, “er”, “uh”), ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiros, pigarrear, riso, choro e gemidos forçados para disfarçar tensão ou chamar atenção. Estes exemplos são sinais para linguísticos que demonstram características de personalidade, atitudes, relacionamento interpessoal e autoconceito.

A técnica de Paralinguagem é que confere emoção às informações. Também permite que o profissional de saúde compreenda que o silêncio pode existir em situações ligadas a ele mesmo ou ao próprio paciente. Este pode estar calado por vergonha, raiva ou testando o profissional para ver se ele se mantém ao seu lado prestando a devida atenção às suas ações.

Ao usar esta técnica o profissional deve estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e à inflexão do som emitido pelos pacientes, pois cada indivíduo pode expressar a mesma sensação de maneiras diferentes, dependendo do dia, do momento, da situação e dos estímulos recebidos.

3. A comunicação e a Interculturalidade em Saúde



3.1. Barreiras interculturais na comunidade

A contextualização interna e externa os cuidados de saúde, das consultas médicas, tem influência na comunicação profissional de saúde - doente e na eficácia e desempenho das interpretações dos problemas por parte do profissional de saúde.

Assim, o contexto das experiências anteriores, nomeadamente, expectativas, modelos explicativos, preconceitos e representações culturais que cada um traz para o encontro clínico, influenciam na comunicação e na relação entre o utente/doente e o profissional de saúde.

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente.

Neste contexto a instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o utente/doente e os profissionais passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento, não só, da cultura e o respeito pela diversidade mas, também, exigindo atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

Os aspetos sociais e culturais podem constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde, por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde e, por outro lado, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente, ao nível linguístico e cultural.

O encontro com a “diferença cultural” nos cuidados de saúde pode levar a fortes reações emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da interculturalidade.

É importante acentuar que uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a este explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protetoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão.

O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua e da cultura do país de acolhimento (no caso dos migrantes e minorias) originam dificuldades comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio e com os profissionais de saúde, tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando medo e vergonha por não conseguirem comunicar, assim como, desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços, nomeadamente, ao Serviço Nacional de Saúde.

No caso de hospitalização de um doente originário de outra cultura e possuidor de outra língua, muitas dificuldades se levantam, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, relativamente à comunicação, como ao próprio diagnóstico.

Se a doença, a hospitalização são, por si só, sinónimos de mau estar, ansiedade e stresse, esta situação é ainda maior quando o doente é confrontado com um código linguístico e cultural diferente, com um sistema cultural e simbólico desconhecido, com um referencial diferente do seu meio de origem.

É indispensável, para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso existente entre modelos explicativos e culturais diferentes, para um melhor acolhimento e compreensão das conceções e práticas de saúde e doença das populações a quem prestam cuidados, uma formação psico-sociocultural dos profissionais de saúde.

Desta forma, as representações e as hipóteses explicativas das famílias e dos utentes e os seus comportamentos poderão ser melhor compreendidos e não serem reduzidos apenas a superstições, a ideias ultrapassadas, à falta de informação.

Deverão antes, ser integrados na cultura, num sistema de crenças, de teorias e de práticas que, embora por vezes muito afastados da medicina ocidental, possuem a sua estrutura lógica, a sua lógica cultural e social e têm uma função adaptativa e psicológica importante que passa muitas vezes despercebida e/ou não é valorizada.

É necessário repensar as relações e os modelos de comunicação profissional de saúde /doente. A um modelo de comunicação profissional de saúde/doente, unilateral, vertical, baseado unicamente na transmissão de um emissor considerado como o possuidor do saber a um recetor passivo, destituído de saber, é necessário contrapor um modelo de comunicação interativo.

Este modelo deve ter em conta os “saberes” e o contexto sociocultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos profissionais de saúde e dos utentes/doentes mas, também, os processos implicados na comunicação entre profissional de saúde e doente como uma interação que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos.

3.2.Mitos e factos sobre saúde e (i) migração

Uma das principais figuras do Outro e da diversidade cultural é o Migrante, aquele para quem a migração poderá aumentar a liberdade, melhorar as condições de vida, alargar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação e constituir um fator importante de desenvolvimento, se lhe for proporcionado acolhimento e contextos social, educacional, sanitário e políticos adequados.

Muitos migrantes são confrontados com fronteiras de identidade, vulnerabilidade e pobreza, com fronteiras de comunicação, preconceito, estereótipo e racismo que os conduzem a situações de sofrimento, desilusão, isolamento e exclusão, as quais podem afetar a sua integração, saúde mental e física, acesso aos cuidados de saúde e prevenção, capacidade para reclamar e defender os seus direitos e o exercício de cidadania.

Os fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos do que no passado, atingindo todos os continentes, géneros, classes sociais, gerações e os vários domínios da vida pública, devendo estas deslocações ser consideradas como um direito humano fundamental.

Em Portugal, o INE (2011) regista 443 055 estrangeiros com título de residência válido, constituindo a comunidade brasileira a maior população estrangeira residente em Portugal, seguida pela população da Ucrânia, Cabo Verde, Roménia e Angola.

As questões da saúde e cidadania das populações migrantes estão no centro das preocupações da União Europeia, onde se inclui Portugal. Com efeito, o direito à saúde constitui um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos.

No contexto europeu, a Convenção Europeia de Assistência Social e Médica e a Carta Social Europeia (2006) constituem instrumentos fundamentais para a garantia dos direitos de proteção social e de saúde, em situação de igualdade com os nacionais, da população estrangeira residente nos Estados membros do Conselho da Europa.

Em Portugal, a legislação garante aos migrantes o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, estatuto legal e nível económico (Despacho 25 360/2001, Ministério da Saúde).

Em contexto de formação e de prestação de cuidados de saúde, torna-se necessário a construção de um cuidado de saúde culturalmente competente, que passa pelo desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais, interculturais e de cidadania.

A informação, comunicação e cidadania na saúde, particularmente em situação de diversidade cultural, deverá ser promovida tendo em conta os contextos e uma comunicação culturalmente adaptada, ser desenvolvida em cooperação com o indivíduo, o grupo e a comunidade e numa perspetiva sistémica, integrativa e integracionista, tendo em vista prevenir a doença e diminuir vulnerabilidades e riscos para a saúde, promover estilos de vida saudáveis.

A formação e a pesquisa em comunicação intercultural e em comunicação em saúde é fundamental para o conjunto dos intervenientes sanitários, sociais, educativos, políticos e da média, particularmente, para os profissionais que trabalham nos vários sectores da saúde em contexto multicultural, tanto ao nível nacional, como ao nível da cooperação internacional e da ajuda humanitária.

Para ajudar uma comunidade a melhorar a sua saúde, seja ela migrante ou nacional temos, não só, de promover a equidade e a articulação entre centros de saúde e unidades hospitalares como é, igualmente, necessário conhecer e compreender não só as formas de viver, de pensar, de comunicar e de agir dos indivíduos que a compõem, mas também os cuidados, a intervenção em saúde exige tomar em consideração a sua visão do mundo e os seus modos de vida e de pensamento.

Um mundo pluricultural e globalmente interdependente, necessita de uma nova abordagem de cidadania para as populações nacionais e migrantes, para os grupos minoritários e majoritários que incorpore a dinâmica da mudança e da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos em estratégias e políticas multi/interculturais que promovam o desenvolvimento humano, a liberdade cultural, a comunicação intercultural, a inclusão e que beneficiem o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos.

4. A Comunicação na interação com população mais vulneráveis



A equidade e acesso universal aos cuidados de saúde são garantidos no Serviço Nacional de Saúde e pela Lei de Bases da Saúde (Lei 56/79. Lei do Serviço Nacional de Saúde).

A Lei de Bases da Saúde prevê (...) “ a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (Ministério da Saúde, 2008).

O Serviço Nacional de Saúde deve “(...) garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”.

As desigualdades em saúde:

- Estão fortemente associadas a determinantes sociais: nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde;
 - Afetam particularmente os Grupos Vulneráveis: situação socioeconómica (pobres, sem-abrigo, desempregados de longa duração, imigrantes), condicionantes individuais (deficiência ou doença rara) ou grupo etário (crianças e idosos);
 - Afetam o desenvolvimento socioeconómico. A saúde está associada à riqueza de cada país, sendo também geradora de desenvolvimento.
 - Podem ser avaliadas através de indicadores de esperança de média de vida, mortalidade e morbilidade, resultados em saúde materna e infantil, estratificados pelas características socioeconómicas;
-

Neste âmbito, os profissionais de saúde devem:

- Ser sensível aos determinantes associados ao acesso, promovendo estratégias de melhoria, adequando os serviços (por exemplo, primeira consulta de resposta rápida para triagem ou reencaminhamento), flexibilizando a resposta, diversificando as práticas (acesso telefónico, email), trocando experiências e avaliando o desempenho.
- Desenvolver a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores intra e inter instituições, assegurando a articulação de cuidados, orientando o doente de forma eficiente e permitindo a monitorização e avaliação.
- Estimular ativamente a figura do cuidador informal, do voluntário e do sector social como relevantes na prestação de cuidados.

Ao reconhecer-se os aspetos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, grupo ou comunidade criam-se oportunidades de intervenções de saúde facilitadoras de mudança e uma cobertura mais justa, equitativa e solidária.

A Organização Mundial de Saúde afirma que a equidade deve ser assegurada através do financiamento dos serviços que beneficiam os segmentos mais pobres e mais vulneráveis da sociedade. Ou seja, atribuir mais a quem mais necessita e atribuir o mesmo a quem se encontra em iguais condições.

O técnico de saúde, ao nível da comunidade, tem competências para planear e avaliar o estado de saúde de uma comunidade, podendo, assim, identificar as necessidades de saúde da mesma. O diagnóstico de saúde da comunidade constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e consiste no conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco e recursos existentes na área da saúde.

Dentro dessa intervenção, o técnico atua encorajando os indivíduos, famílias e grupos vulneráveis a obterem serviços de saúde, orientando para estratégias de prevenção e de promoção da saúde e ajudando a identificar forças, dificuldades e recursos. Neste âmbito, a educação para a saúde é fundamental no trabalho com populações vulneráveis, uma vez que capacita os indivíduos a serem capazes de tomar as suas próprias decisões e a melhorar o seu estado de saúde.

O primeiro passo para a capacitação dos indivíduos e grupos dá-se quando o técnico se preocupa com a defesa das populações, nomeadamente na área das políticas da saúde, daí que acredite que todos estes processos necessitam de ser acompanhados e por vezes impulsionados através da implementação de políticas públicas.

A avaliação das intervenções de saúde com as populações vulneráveis começa com os objetivos que se querem alcançar e centra-se em verificar até que ponto os resultados de saúde foram atingidos, quer seja a nível individual, de grupo ou comunidade.

Os técnicos de saúde, em particular em Saúde Comunitária, ao identificarem os fatores de vulnerabilidade e ao intervirem no sentido de os reduzir, podem contribuir para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, famílias ou comunidades com quem trabalham.

5. Tarefas no âmbito de intervenção do/a Técnico/a Auxiliar de Saúde



5.1. Tarefas sob orientação de um profissional de saúde, tem de executar sob sua supervisão direta.
--

1. Nos contextos de saúde, o supervisor do técnico/a de saúde é um enfermeiro que pode ter as competências de consultor, conselheiro, orientador, que estabelece e desenvolve relações de ajuda em vários campos de intervenção e que:
 2. Disponibiliza os seus conhecimentos e saberes avaliando as necessidades de formação e de suporte emocional para melhorar cuidados seus e dos seus pares;
 3. Promove e coopera em processos sistematizados de mudança e de atendimento do doente;
 4. Dá visibilidade e incentivo às boas práticas;
 5. Promove a autorreflexão perante as situações que se deparam nos vários contextos de trabalho;
 6. Desenvolve processos de reflexão-ação sobre o seu próprio papel como supervisor e também como prestador de cuidados de enfermagem.

 7. Os intervenientes na relação supervisiva devem ter em consideração as políticas diretivas, as preocupações com a melhoria dos primados de qualidade para o cliente, participar no debate sobre a filosofia do cuidar, desenvolvimento de processos formativos e motivação para o seu próprio processo de desenvolvimento de competências.

 8. As medidas que o supervisor deve estabelecer apresentam-se como:
 - O ser explícito no suporte,
 - Considerar todas as formas de ajuda;
 - Desenvolver os processos comunicativos;
 - Ser um elemento encorajador, clarificador e dinamizador;
 - Desenvolver o foco nos aspetos mais relevantes dos assuntos;
-

- Desenvolver as atividades do processo supervisivo de uma forma faseada;
- Utilizar as energias do próprio supervisado, mais do que dar conselhos, dar informações para reflexão;
- Saber avaliar introduzindo as medidas corretivas educacionais;
- Saber refletir e levar o outro a desenvolver processos de autorreflexão

De acordo com o respetivo perfil profissional, cabem ao técnico/a de saúde as seguintes tarefas que, sob orientação de um enfermeiro, tem de executar sob sua supervisão direta:

- Auxiliar na prestação de cuidados aos utentes, de acordo com orientações do enfermeiro;
- Executar tarefas que exijam uma intervenção imediata e simultânea ao alerta do técnico/a de saúde.

A supervisão das práticas do técnico/a auxiliar de saúde terá uma dimensão menos intrusiva, permitindo a sua autonomia, nomeadamente quando nos referimos a:

- Relação de ajuda ao doente/utente, convivente significativo ou familiar;
- Promoção da melhoria do estado de saúde do doente em situação de urgência ou emergência;
- O cuidar de doentes que se encontram em risco de vida;
- A identificação de problemas nos doentes;
- Aspetos da comunicação com o doente e a família.

Neste campo, a supervisão aponta para a identificação de soluções de problemas, melhoria efetiva da prática e aumento de competências, capacidades e conhecimento dos profissionais com vista à qualidade global e globalizante.

O Técnico/a auxiliar de saúde deve então:

- Adaptar-se e atualizar-se a novos produtos, materiais, equipamentos e tecnologias.
 - Agir em função das orientações do profissional de saúde e sob a sua supervisão.
 - Agir em função de normas e/ou procedimentos.
 - Agir em função de princípios de ética.
 - Agir em função do estado de saúde do utente,
 - Agir em função dos aspetos culturais dos diferentes públicos.
 - Assumir uma atitude de melhoria contínua.
 - Concentrar-se na execução das tarefas.
 - Trabalhar em equipa multidisciplinar.
 - Agir em função do bem-estar de terceiros.
 - Comunicar de forma clara e assertiva
 - Demonstrar compreensão, paciência e sensibilidade na interação com utentes.
 - Demonstrar interesse e disponibilidade na interação com utentes, familiares e/ou cuidadores.
 - Demonstrar interesse e disponibilidade na interação com os colegas de trabalho.
 - Demonstrar segurança durante a execução das tarefas.
 - Autocontrolar-se em situações críticas e de limite.
-

5.2. Tarefas que, sob orientação e supervisão de um profissional de saúde, pode executar sozinho

O/A Técnico/a Auxiliar de Saúde é o/a profissional que auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos espaços e no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde, sob orientações do técnico/a de saúde.

Atividades Principais:

- Auxiliar na prestação de cuidados aos utentes, de acordo com orientações do enfermeiro.
- Auxiliar nos cuidados pós-morte, de acordo com orientações do profissional de saúde.
- Assegurar a limpeza, higienização e transporte de roupas, espaços, materiais e equipamentos, sob a orientação de profissional de saúde.
- Assegurar atividades de apoio ao funcionamento das diferentes unidades e serviços de saúde.
- Auxiliar o profissional de saúde na recolha de amostras biológicas e transporte para o serviço adequado, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos.

O técnico/a de saúde que ajuda deve possuir algumas capacidades, nomeadamente:

- Ter capacidade de especificar e fazer especificar;
 - Ter capacidade de respeitar-se a si mesmo e ao utente;
 - Ter capacidade de ser congruente consigo mesmo e na relação com o utente;
 - Ter capacidade de ser simpático;
 - Ter capacidade de confrontar-se e confrontar os outros;
 - Ter capacidade de escuta.
-

Igualmente importante é que o técnico/a de saúde desenvolva e utilize as competências da relação de ajuda para assegurar um ambiente encorajador e estimulante. Assim, as competências são as seguintes:

Clarificação:

O técnico/a de saúde deve ajudar o utente a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções;

Empatia:

O técnico/a de saúde deve reconhecer os sentimentos e ter a capacidade de se colocar no lugar do utente, de compreendê-lo e transmitir ao utente essa compreensão; “a enfermeira empática usa momentaneamente as emoções do cliente com a finalidade de o compreender inteiramente mas é essencial que se mantenha consciente de sua própria individualidade”;

Respeito mútuo:

O técnico/a de saúde deve respeitar o utente como pessoa humana, com as suas características individuais, suas crenças e valores; “ Respeitar o ser humano é acreditar profundamente que ele é único e que devido a essa unidade só ela possui todo o potencial Especifico para aprender a viver de forma que lhe é satisfatória”.

Congruência:

Corresponde á concordância entre o que o técnico/a de saúde pensa e sente, e aquilo que exprime durante a relação de ajuda; “ A congruência tem as suas raízes na espontaneidade e na segurança interior, as quais proporcionam o prazer de se ser verdadeiramente aquilo que se é”.

Escuta ativa:

O saber escutar traduz-se por um comportamento físico (postura); observação (olhar o outro) e o escutar propriamente dito (audição). Estas atitudes demonstram o interesse e a atenção dispensadas ao utente, devendo o técnico/a de saúde estar atento á mensagem verbal e gestual.

Confrontação assertiva:

O técnico/a de saúde confronta o utente com a finalidade de lhe proporcionar novas perspetivas que o possam motivar a mudar comportamentos para uma vida mais saudável.

Aceitação incondicional do direito da pessoa doente:

O técnico/a de saúde deve aceitar o outro tal como este é sem avaliação com juízos de valor e sem preconceitos. Deve aceitar tanto o doente agressivo, como o doente exigente ou com qualquer outro.

Autenticidade:

Evidencia a relação consigo próprio e manifesta-se pela capacidade do técnico/a de saúde se manter, ele próprio, nas suas interações com o doente, de ultrapassar as atitudes convencionais e de lhe juntar o que há de mais verdadeiro e de mais real. Esta atitude supõe espontaneidade e sinceridade, assim como ausência de comportamentos defensivos por parte do profissional.

Bibliografia

AA VV., *Estratégias para a saúde: Eixos estratégicos: equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde*, Ed. Alto Comissariado da Saúde/ Ministério da Saúde, 2010

AA VV. *Carta de direitos do doente internado*, Ed. Ministério da Saúde/ Direcção-Geral de saúde

Briga, Sónia, *A Comunicação terapêutica enfermeiro doente*, Dissertação de Mestrado em enfermagem, ICBAS/ Universidade do Porto, 2
