

BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA***BARRIERS IN COMMUNICATION IN EMERGENCY SERVICES***

Wanderson Ferreira de Souza¹ * Maria Eugenia Guerra Mutro² * Natalia de Fátima Paes³ * Rita de Cássia Altino⁴ * Taís Lopes Saranholi⁵

RESUMO

Objetivo: identificar as possíveis variáveis ou situações que podem ser um obstáculo na comunicação entre os beneficiários dos serviços de urgência e emergência com o profissional enfermeiro. Metodologia: revisão integrativa, baseados em levantamentos sistemáticos de artigos e periódicos relacionados sobre o tema, com critérios de inclusão: escritos na produção científica nacional em língua portuguesa, publicado no recorte temporal dos últimos 07 anos (2013-2019) e nas bases de dados eletrônicos disponíveis online: BIREME, BDENF, SCIELO, LILACS, Biblioteca digital de monografias da UFRN, Portal de periódicos da UFPEL e “LUME” – Repositório digital da UFRGS. Resultados: os achados evidenciaram com clareza que quando abordado interações interpessoais entre enfermeiro-cliente que é possível uma gama de acontecimentos na comunicação. A mesma pode ser influenciada por diferentes fatores, de forma positiva ou negativa, no entanto quando se tornam limitações/barreiras, podem prejudicar a troca de mensagens, e consequentemente comprometer o progresso do atendimento e impactar na efetividade do desfecho final do processo de cuidados. Conclusão: neste cenário não é somente valorizar o “dito”, mas sobretudo, entender que há muitas subjetividades envolvidas na comunicação que somente podem ser compreendidas quando este profissional tem conhecimento sobre outros modos operantes de comunicação.

Palavras-chave: Barreiras de Comunicação; Comunicação em Saúde; Relações Interpessoais; Relações Enfermeiro-Paciente; Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

Objective: to identify the possible variables or situations that may be an obstacle in the communication between the beneficiaries of emergency services with the professional nurse. Methodology: integrative review, based on systematic surveys of articles and related journals on the subject, with inclusion criteria: written in the national scientific production in Portuguese, published in the time frame of the last 07 years (2013-2019) and online electronic databases: BIREME, BDENF, SCIELO, LILACS, UFRN Digital Monograph Library, UFPEL Journal Portal and “LUME” - UFRGS Digital Repository. Results: the findings clearly showed that when addressing interpersonal interactions between nurse-client that a range of events in communication is possible. It can be influenced by different factors, positively or negatively, however when they become limitations / barriers, they can impair the message exchange, and consequently compromise the progress of care and impact the effectiveness of the final outcome of the care process. Conclusion: in this scenario it is not only to value the “said”, but above all, to understand that there are many subjectivities involved in communication that can only be understood when this professional has knowledge about other operating modes of communication.

Keywords: Communication Barriers; Health Communication; Interpersonal Relations; Nurse-Patient Relations. Nursing in Emergency.

¹ UNISAGRADO, Bauru, São Paulo, Brasil. Prefeitura Municipal de Bauru, Bauru - São Paulo, Brasil. Email: wand-ferreira@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-9384-4752

² Prefeitura Municipal de Bauru, Bauru - São Paulo, Brasil. Email: maromutro@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-8329-482X

³ Prefeitura Municipal de Bauru, Bauru - São Paulo, Brasil. Email: natti_paes@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-0356-2925

⁴ UNISAGRADO, Bauru - São Paulo, Brasil. Prefeitura Municipal de Bauru, Bauru - São Paulo, Brasil. Email: altino.blv@terra.com.br. ORCID: 0000-0002-1355-6054

⁵ UNISAGRADO, Bauru - São Paulo, Brasil. Email: tais_saranholi@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-2397-0646

INTRODUÇÃO

A unidade de Urgência e Emergência é o primeiro local de apoio dos beneficiários em situações de agravos à saúde para manifestarem seus sofrimentos, realizando a interface no referenciamento dos indivíduos com os demais níveis de atenção à saúde dentro do sistema⁽¹⁾.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma política pública implementada pelo Ministério da Saúde (MS) de uma rede, em constante conexão organizada⁽²⁾ que tem como parte integrante instituída através da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência estão 24 horas em estado de vigília ininterrupto para atender esta demanda espontânea e referenciadas de utentes nestes serviços⁽³⁾.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, o país Brasil tem 210 milhões de habitantes⁽⁴⁾ e cerca de 162 milhões de pessoas, isto é, 70% da população dependem do sistema público de saúde SUS afirma o Ministério da Saúde⁽⁵⁾. Estes, na busca de acesso à assistência para sua saúde, são admitidos nesta especialidade e após o atendimento inicial na recepção, tem o primeiro nível de contato habitualmente com o enfermeiro do acolhimento com classificação de risco (ACCR) para uma primeira avaliação geral, e se apresentam normalmente de com ansiedade, dúvidas, desconfiança, desconforto, insegurança e estado emocional perturbado⁽⁶⁾.

A teoria das relações interpessoais na enfermagem, desenvolvida por Hildegard Elizabeth Peplau⁽⁷⁾, assume um papel importante na área do relacionamento interpessoal e no processo de comunicação⁽⁸⁾,

e esta, serve como base para aplicações de métodos de investigações atuais. A autora define com clareza os pressupostos básicos e os conceitos-chave de sua teoria, ela afirma que os propósitos são mediados pelo relacionamento interpessoal contínuo que privilegia à relação enfermeiro/paciente e se faz necessário uma relação entre duas pessoas ou mais de forma que ambos possam interagir no processo saúde/doença e no processo de cuidar e o atendimento prestado deve levar em consideração a cultura, crenças e necessidades do sujeito^(7,9).

Estratégia organizada e instituída no Brasil por políticas públicas do MS através da Política Nacional de Humanização (PNH)⁽¹⁰⁾, apresenta o acolhimento agregado às propostas de inovações nos processos de trabalho como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética e o ACCR como dispositivo técnico-assistencial sob a óptica de protocolos pré-estabelecidos do grau de necessidade do enfermo, e tem por objetivo de qualificar e elevar com excelência a performance do acolhimento humanizado com equidade, identificar e avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, classificar os riscos relevantes e prioritários de acordo com o nível de complexidade, vulnerabilidade e grau de sofrimento, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento^(11,12). Esta política visa diminuir o risco de mortes evitáveis, extinções das conhecidas “triagens por porteiro” ou profissional não qualificado, priorização de acordo com os critérios clínicos e não por ordem de chegada⁽¹³⁾.

Segundo a Portaria do MS 3390/2013, estabelece a classificação de risco da seguinte forma: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada e deixar explícito

que deverão programar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas⁽³⁾.

Neste sentido, a portaria do MS 2.048/2002, que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências, propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a classificação de risco, sinalizando que este ofício deverá ser executado somente por profissionais de nível superior mediante treinamento específico⁽¹³⁾.

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n.º 423/2012 regulariza nacionalmente e respalda a competência legal do enfermeiro para a realização da classificação de risco, deixando explícito que no âmbito da equipe de enfermagem este instrumento é uma atividade privativa e de autonomia do enfermeiro, desde que não haja exclusão de pacientes, que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada⁽¹⁴⁾. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo as disposições da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem)⁽¹⁵⁾ e aos princípios da PNH⁽¹⁰⁾.

No cenário do ACCR, o enfermeiro é protagonista e peça chave no funcionamento eficiente deste dispositivo, pois a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro⁽¹⁶⁾, sendo o profissional indicado para aplicabilidade das nuances deste processo de coletar, interpretar, considerar e confirmar as constatações das queixas, classificando-as baseado no critério de gravidade, direcionando o caminho para intervenções e otimizando o tempo de espera deste atendimento em consonância com o protocolo instituído, pois o enfermeiro está respaldado por um protocolo e recebe

treinamento adequado para isso^(17,18), se atentando que o protocolo não deve substituir a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do usuário em sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento⁽¹⁰⁾.

Muito se tem discutido sobre as principais dificuldades referente à comunicação na maioria dos serviços de urgência e emergência no Brasil, sendo assim, tendo em vista os aspectos observados nesta especialidade, percebe-se lacunas que ainda são vivenciadas pelos profissionais referente as barreiras na comunicação durante o atendimento^(19,20), sendo de fundamental importância a analogia das entrelinhas deste processo de trabalho e assistência. Por esta razão surgiu a motivação deste estudo no sentido de compreender e identificar a problemática do tema, buscando entender este dilema, trazendo uma reflexão aos interessados sobre a importância de mudanças no paradigma assistencial neste contexto, de novos métodos de organização e condutas a proceder, tendo a missão de pontuar à luz das evidências científicas e ao meu entendimento as lacunas existentes.

O objetivo desse estudo foi de identificar as possíveis variáveis ou situações que podem ser um obstáculo na comunicação entre os beneficiários dos serviços de urgência e emergência com o profissional enfermeiro.

MÉTODOS

Realizada uma revisão integrativa da literatura de caráter exploratório retrospectivo. Esta modalidade de pesquisa permite a análise de pesquisas e síntese dos conceitos de forma ampla, tendo em vista a necessidade do conhecimento científico para elaboração e desenvolvimento.

A revisão integrativa da literatura é

um método que consiste em analisar de forma crítica, estudos anteriores sobre a temática selecionando-os de acordo com as fases organizativas que permitem analisar e avaliar os dados coletados. Algumas etapas devem ser seguidas para elaboração da revisão integrativa, sendo elas: Elaboração da pergunta/problemática; coleta bibliográfica, classificação dos dados, análise e discussão dos estudos incluídos, e resultados^(21,22).

A indagação norteadora desta revisão integrativa foi: Quais são as possíveis variáveis ou situações que podem ser um obstáculo na comunicação entre os beneficiários dos serviços de urgência e emergência com o profissional enfermeiro?

Na seleção dos descritores, foi utilizada a terminologia em saúde consultada nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), assim foram utilizados os seguintes descritores: “barreiras de comunicação”, “comunicação em saúde”, “relações interpessoais”, “relações enfermeiro-paciente” e “enfermagem em emergência”.

Os critérios de inclusão para análise destes foram: ser escritos na produção científica nacional em língua portuguesa, publicado no recorte temporal retrospectivo

dos últimos 7 anos (2013-2019) e nas bases de dados eletrônicos disponíveis on-line: Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library on-line-Brasil (SciELO), Literatura Latino-Americana Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Digital de Monografias da UFRN, Portal de Periódicos da UFPEL e “LUME” – Repositório Digital da UFRGS.

RESULTADOS

Na amostra inicial, dentre as bases de dados buscadas, somente a partir da palavra chave obteve-se um total de 32 artigos que abordavam essa problematização; posteriormente, foram 18 estudos pré-selecionados através da leitura dos resumos, dentre estes, após a análise e leitura dos artigos na íntegra, 09 foram excluídos por não estarem relacionados ao objetivo da pesquisa, totalizando em uma amostra final de 09 estudos selecionados que apresentaram conteúdos relevantes vinculados ao objeto da pesquisa do tema proposto, e foram sumariamente catalogados para visualização na Tabela 1.

Tabela 1. Artigos identificados segundo: identificação, base de dados, ano, primeiro autor, título, periódico, local da pesquisa, objetivos e barreiras na comunicação. 2019.

Nº	BASE DE DADOS	ANO	PRIMEIRO AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	LOCAL DA PESQUISA	PRINCIPAIS OBJETIVOS	BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO
1	LILA CS	2016	Rulio Glécias Marçal da Silva	<i>Estratégias de comunicação do enfermeiro com o paciente estrangeiro: relato de experiência</i>	Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR v.20, n° 2	São Paulo - Brasil	Compartilhar a vivência de enfermeiros no atendimento de paciente oriundos de países do Mercosul e dividir suas estratégias de comunicação	Falta fluência Idioma estrangeiro
2	BIREME	2016	Hosana Ferreira Rates	<i>O cotidiano de trabalho do enfermeiro no</i>	Biblioteca digital Universidade	Divinópolis - Minas Gerais - Brasil	Analisar o cotidiano de trabalho de enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco em	Diálogo sintético, algo “frio” e rápido, falta de sensibilidade no

				<i>acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento</i>	Federal de Minas Gerais		uma Unidade de Pronto Atendimento	processo de escuta
3	Biblioteca Digital de Monografias da UFRN	2015	Irlenya Medeiros Araújo	<i>A comunicação estabelecida pelo enfermeiro no momento do acolhimento e classificação de risco pediátrico</i>	Biblioteca digital de Monografias da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte - Nordeste - Brasil	Apreender a comunicação estabelecida durante a interação profissional de enfermagem com família no processo de ACCR, levando em consideração os aspectos da linguagem	O tempo de atendimento, cuidador como foco do diálogo, ACCR centrado no modelo biomédico e checklist
4	LILACS	2015	Priscila Games da Costa	<i>Domínio de idiomas estrangeiros por enfermeiros que atuam em serviços de emergência e unidades de terapia intensiva</i>	Rev. Enferm. Cent.- Oeste Min. vol.5, nº 2	Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil	Identificar o domínio de idiomas estrangeiros pelos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência e unidades de terapia intensiva	Dificuldades de comunicação por barreiras com o Idioma
5	BIREME	2014	Adriana Valongo Zani	<i>Processo comunicativo no pronto socorro entre a enfermagem e pacientes: representações sociais</i>	Online braz j nurse vol.13, n.º 2	Paraná - Brasil	Descrever e analisar o processo comunicativo estabelecido entre profissional da área de enfermagem e paciente/familiar em Unidade de Pronto Socorro, na perspectiva de profissionais e pacientes envolvidos	Desgaste psicoemocional dos profissionais, ausência de protocolos de cuidados adequados, fluxo intenso de usuários, jornada de trabalho exaustiva
6	SciELO	2013	Marcio Roberto Paes	<i>Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de Emergência</i>	Rev. Ciência, Cuidado e Saúde Vol. 12, nº 1	Curitiba - Paraná - Brasil	Apreender a percepção da equipe de enfermagem acerca da comunicação que estabelece com o paciente com transtorno mental	Dificuldades em se comunicar com paciente com comorbidades clínico-psiquiátrica como eventos relacionados ao suicídio, agitação, confusão mental, delírios e psicoses
7	SciELO	2013	Thalita Rocha Oliveira	<i>A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee</i>	Rev. Eletr. Nursing Global Vol. 12, nº 2	Belford Roxo - Rio de Janeiro - Brasil	Caracterizar comunicação enfermeira-paciente no cuidado de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento 24h e discutir os aspectos da comunicação e da relação interpessoal enfermeira-paciente no cuidado à luz do referencial teórico de Joyce Travelbee	Diante da insatisfação do paciente; manter autocontrole e retraimento pessoal.
8	Portal de Periódicos da UFPel	2013	Cibele Cielo	<i>A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência</i>	Journal of Nursing and Health (JONAH) Vol. 03, nº 2	Rio Grande do Sul - Brasil	Relatar a comunicação no cuidado à saúde em uma unidade de urgência e emergência adulto de um hospital universitário	Rotinização das tarefas; Prática mecanizada; Decisões unilaterais Falta de privacidade; Rotina acelerada de atendimento; Altas demandas; Falta de sensibilidade frente às dúvidas e angústias do paciente/familiar

9	LUME Repositório Digital da Univ. Fed. Rio Grand e do Sul	2013	Virgínia de Menezes Portes	<i>Cartilha bilingue: superando barreiras linguísticas nos serviços de urgências e urgências</i>	LUME Repositório Digital da Univ. Fed. Rio Grande do Sul	Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil	Apresentar a elaboração de uma cartilha bilingue como uma ferramenta de comunicação, em formato de protótipo, entre estrangeiros e profissionais da saúde durante a copa do mundo de 2014	Barreiras comunicação linguística entre profissionais de saúde e usuários estrangeiros	de entre de saúde
---	---	------	----------------------------------	--	--	--	---	---	-------------------------

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os achados relacionados sobre a temática evidenciaram que as variáveis que ocasionam barreiras na comunicação no ACCR são desafios diários do cotidiano do enfermeiro nesta especialidade pela complexidade da dinâmica deste momento da assistência e que este cenário possui algumas características peculiares, que tendem a torná-lo um espaço, no qual a comunicação é mecanizada e impessoal.

Os autores desta revisão definem com clareza quando abordam interações interpessoais entre enfermeiro-cliente que é possível uma gama de acontecimentos na comunicação. A mesma pode ser influenciada por diferentes fatores, de forma positiva ou negativa, no entanto quando se tornam limitações/barreiras, podem prejudicar a troca de mensagens, e consequentemente ter impacto no processo de cuidados.

DISCUSSÃO

O ser humano, no âmbito da saúde, é colocado a prova em muitas situações durante a vida, e diante disto, responde as suas necessidades de diversas formas. Os achados da análise destacaram que os enfermeiros são frequentemente confrontados com as mais variadas situações na abordagem no ACCR e existem neste contexto muitas fragilidades que afetam o dialogismo entre os sujeitos enfermeiro-cliente⁽²³⁾.

Características específicas não faltam neste cenário, e dentre as mais diversas e variáveis na prática deste cotidiano está inserida a comunicação, isto é, intercâmbio de pensamentos e opiniões entre profissional e o beneficiário (emissor e receptor) na troca de fala e escuta em cada atendimento^(24,25).

Os enfermeiros são os profissionais que atuam mais próximos aos pacientes e tal proximidade exige desse profissional muito mais que habilidades técnicas e manuais^(25,26) e consequentemente é protagonista nos serviços de urgências por razão de sua formação acadêmica ser de forma generalista e holística, ou seja, sabendo ver e compreender o ser humano como um todo de forma integral, permitindo uma abordagem multidimensional no ato de cuidar, sendo assim, de sua responsabilidade, interpretar as respostas humanas de modo preciso para selecionar as intervenções apropriadas e avaliar o resultado alcançado, uma vez que ele é o responsável pelo direcionamento da assistência de enfermagem que será prestada^(24,26,27).

Deve-se realizar a coleta de informações, baseando-se, principalmente, na escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal somada à análise de exame físico, a fim de se identificar os sinais e sintomas, possibilitando o reconhecimento de padrões normais ou alterados e o julgamento de probabilidade do risco. Um dos achados nos estudos do autor^(20,26,23) neste contexto foram a constatação da forma de acolher dos enfermeiros, segundo as

autoras, era por meio de uma triagem rápida voltada para a queixa e sua localização no corpo e não para questões de ordem social, emocional ou outras. Desta maneira, entende-se que o trabalho do enfermeiro na classificação de risco é executado quase sempre com uma comunicação de forma impessoal e mecanicista, com um “checklist”, centrado no modelo biomédico, tendo “poucos espaços” para a escuta dos anseios, tensões e sofrimentos dos indivíduos, pois deixam de se levar em conta as questões subjetivas emocionais, psicossocial, socioculturais e o contexto de vida em que o beneficiário se encontra, constituindo assim, barreiras de comunicação^(23,24).

Os autores⁽²⁸⁾, enfatizam em sua obra que, ao faltar comunicação e interação o cuidado se torna simples procedimento técnico⁽²⁹⁾, assim, este momento é propício de estabelecer uma relação empática, uma comunicação eficaz de linguagem adequada, interação e integração, pois é a ocasião em que o beneficiário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde que neste primeiro momento encontra-se como estranhos, isto é, sem vínculo e normalmente tensos, temerosos e fragilizados diante do desconhecido^(25,30).

O manejo desta relação é permeado por condições complexas muitas vezes é marcada pela imprevisibilidade que podem levar o indivíduo a ter dificuldades ou não de conseguir relatar ou expressar sua queixa de forma ordenada e esclarecida por conta de sua condição ou estado geral momentâneos, ou vários outros mecanismos como tempo abreviado no atendimento, limitações de espaço reservado (ambiência não privativa), dor, exposição pública do sofrimento, timidez e vergonha do motivo da procura, restrição ao gênero do profissional receptor, tensão, ansiedade, descontrole emocional,

estado mental perturbado, respostas inadequadas às perguntas, ruídos, dispersão, entorpecido, pessoa com necessidades especiais (físicos, mentais, sociais), situações de emergências psiquiátricas, alcoolizado, potenciais suicidas, por influência da cultura do indivíduo, do seu mundo social, de sua personalidade, por incapacidade (seja naturalmente ou pela propícia causa que originou a urgência), diferença de idioma, transtornos mentais, por querer compartilhar suas queixas apenas com o profissional médico, hostilidade, agitados ou violentos, citados de forma fragmentados, contraditórios, com muita tensão emocional “afiorada”, com uso incorreto da linguagem, utópicos, antagonicos, com erros de comunicação, com a capacidade de comunicação limitada e/ou comprometida, comunicação conflitante, simulados, confusos, irrealis, obscuro, sem detalhamento convincente, abstratos, relatos paradoxal e não suficientemente claro para uma analogia dinâmica da situação real, enfim, uma gama de situações de contexto social, emocional e físico, apresentadas pelo paciente diante suas necessidades de assistência que podem influenciar um bloqueio no processo de comunicação^(19,24,26,27,29).

Então, compreender o que sucede no “interior” do cliente, qual é a real situação, identificar o problema e intervir precocemente de forma segura na perspectiva de proporcionar menores prejuízos na sequência do atendimento e favorecer a possibilidade de um bom prognóstico, se torna um desafio ao Enfermeiro diante da interface de condicionantes no momento do beneficiário expressar verbalmente (ou não) seu relato, sua queixa, ou o que o levou até aquele serviço, tendo em vista que o conhecimento e a previsibilidade humanas são falíveis e o enfrentamento dessas situações exige um

modelo capaz de identificar, no menor tempo possível, com base nos sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto adequado para aquela situação⁽²⁴⁾.

As barreiras à comunicação são elementos que podem impedir ou mesmo dificultar a comunicação entre as pessoas e o profissional da urgência deve estar preparado para enfrentar e identificar estas barreiras; incluindo a de comunicação. Podem estar associadas à falta de habilidade em ouvir, ver, sentir, compreender a mensagem e inúmeras causas que podem levar a este impedimento como deficiência orgânica, de memória, de atenção ou raciocínio⁽³⁰⁾.

A comunicação é uma ferramenta básica indispensável nessa relação, o que resulta na necessidade de entendimento por parte do enfermeiro sobre os processos de comunicação para com os pacientes e seus familiares. É o processo responsável pela emissão e recepção de mensagens entre duas ou mais pessoas que procuram compreender e serem compreendidas, permitindo “uma adaptação ao ambiente, bem como modificá-lo e transformá-lo, construindo a realidade social^(19,23,25,28,29)”.

O momento de comunicar é um momento delicado e crucial para a equipe e os pacientes. Durante este processo, ocorrem transações entre indivíduos nas quais são passadas trocas de informações e compreensões entre as pessoas, criando um movimento de retribuição, interação e reação, ocasionando, em um período pré-determinado de tempo, alterações no sentir, pensar e agir dos participantes do processo^(23,26).

A comunicação verbal é um recurso utilizado entre as pessoas para transmitir e expressar seus pensamentos, clarificar uma situação, compartilhar vivências, e validar o significado da percepção da

informação^(19,25,26,28), porém, mensagens verbais emitidas pelos profissionais nem sempre são compreendidas pelo paciente/familiar, as informações não são claras ou são contraditórias⁽¹⁹⁾. As percepções de sinais corporais e da linguagem falada representam a possibilidade de ir além da execução de procedimentos técnicos, que fragmentam e reduzem o paciente a um receptáculo de ações⁽²⁵⁾. No decorrer da escuta deve-se atentar para a posição do corpo adotado pelo enfermeiro, pois pode transmitir diferentes mensagens, auxiliando ou interferindo na relação terapêutica^(26,30).

No cenário de emergência, a enfermeira precisa estar atenta às diferentes formas de comunicação não verbal, se atentando a observar à expressão facial, pois muitos pacientes que chegam à unidade apresentam condição clínica desfavorável para a comunicação verbal⁽²⁵⁾. Para os autores^(28,29) a comunicação não-verbal acompanha a verbal e se dá por intermédio das mensagens expressas pela linguagem corporal com suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais como, por exemplo, de gestos, expressões faciais, olhares e toques. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida, é necessário lembrar que sentimentos não são fáceis de serem expressos, e o enfermeiro deve estar atento à linguagem não verbal: postura, gestos, tom de voz, entre outros aspectos dela^(19,23,28).

Para se conseguir informações acerca de um paciente, deve-se falar pouco e ouvir muito^(28,29). A enfermeira deve escutar o paciente com “ouvidos atento” e perguntar a si mesma: O que ele está dizendo? Como uma pessoa doente é facilmente influenciável, é melhor não colocar palavras em sua boca. Nesta avaliação não pode desconsiderar as percepções do beneficiário

(e de sua rede social) acerca de seu processo de adoecimento. O enfermeiro deve aceitar o paciente da maneira que ele se apresenta, deve usar frases simples, claras, uma linguagem mais acessível sem termos técnicos, que orientem sobre a situação e a razão do que está acontecendo. Deve também levar em consideração neste momento a visão holística destes pacientes, dos valores, cultura, raça, crenças, superstições, costume, tradições, preconceitos, experiências anteriores, expectativas respeitando suas particularidades^(23,24).

Comunicação presumida deve ser evitada; ela ocorre quando o paciente manifesta suas ideias, presumindo que o interlocutor esteja compreendendo perfeitamente o conteúdo de toda a mensagem, ou seja, pensando que o ouvinte “subentenda”, suponha e conclua antecipadamente as intenções e finalidades do falante, partindo de uma “falsa percepção de concordância de linha de pensamentos” e sobretudo, de ações que decorrem deles, assim, também se deve evitar a comunicação antecipada que conclui as ideias e intenções do interlocutor “atropelando” a finalização da mensagem gerando erros de interpretação do discurso. A comunicação confrontativa invade as motivações emocionais do interlocutor com comparações piores do que está sendo dito, causando distanciamento e antipatia⁽²³⁾.

A habilidade de comunicação interpessoal pode ser influenciada pelo ambiente e situação em que a interação ocorre, a capacidade dos indivíduos de expressarem seus sentimentos, de serem proativos, de darem ou não *feedbacks* além de estarem disponíveis para relação. O beneficiário ao dar entrada em uma unidade de urgência, certamente se encontra angustiada e com dor, nesse momento o espaço físico também pode exercer

influência positiva ou negativa, pois o mesmo não quer e não merece ser submetido a desconfortos adicionais advindos de uma estrutura física inadequada. A inexistência de áreas específicas para cada tipo de atendimento classificado e o pequeno espaço físico dificulta a organização^(24,28,30).

Outro aspecto que compromete a comunicação é a desconsideração do profissional para com as “tentativas dos indivíduos fragilizados de descreverem o que estão vivenciando, implicando em interpretações equivocadas” A equipe de saúde pode e deve proporcionar ao paciente uma assistência de qualidade integral e humanizada, mas é necessário assimilar habilidades de comunicação: escutar bem, não mentir nunca, evitar uma conspiração de silêncio, evitar a falsa alegria, não descartar uma possível esperança e aliviar a dor⁽²³⁾.

O enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir algumas habilidades indispensáveis para uma assistência qualificada, segundo os autores⁽²⁹⁾ competência em comunicação é habilidade fundamental a ser adquirida pelo profissional de saúde em geral e da enfermagem em especial⁽¹⁹⁾.

Dentre estas habilidades, citam-se competência em comunicação humana e terapêutica⁽²⁸⁾, conhecimentos pormenorizados em relação às diversas situações de saúde e capacidade de assistência como raciocínio rápido, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do doente e a limitação do fator tempo e ainda, habilidades de codificação e decodificação da fala e gestos, a escuta qualificada, o raciocínio clínico e a agilidade para tomada de decisões, a avaliação e o detalhamento correto da queixa apresentada pelo usuário e o conhecimento da rede assistencial para

realizar, de forma efetiva, os encaminhamentos necessários. Diante disto o enfermeiro deve ter senso crítico para tomar a decisão correta, uma vez que o custo de um erro pode ir desde uma pequena confusão administrativa até ao óbito do doente. A tomada de decisões é parte importante da prática médica e de enfermagem, pois a avaliação clínica sólida de um paciente requer tanto raciocínio como intuição e ambos devem estar baseados em conhecimentos e aptidões profissionais^(23,24,30).

Todavia, é necessário que o profissional de saúde valorize as trocas de experiências com os clientes, construindo um ambiente de educação em saúde em que todos os atores aprendem com as vivências e experiências do outro. Em síntese, vale lembrar, que o sucesso da classificação de risco depende da ação e do comportamento dos indivíduos e do coletivo envolvidos⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

Através dos estudos é possível refletir sobre a prática diária de enfermagem. Após a extensa leitura dos autores analisados neste estudo, percebe-se então que, o profissional enfermeiro ainda é “surpreendido” no cotidiano do ACCR em alguns quesitos relacionado às competências de comunicação, ao qual não está preparado, e conseqüentemente não tem uma resposta efetiva de enfrentamento destes desafios.

Os estudos apresentam que a comunicação nem sempre ocorre de forma satisfatória, com pouca empatia e unidirecional, com grande controle por parte dos profissionais, dificultando a percepção e a valorização correta dos anseios, tensões e sofrimentos dos clientes e do direcionamento eficaz do cuidado. Neste contexto, vale ressaltar que diversas interpretações podem ser feitas equivocadamente de ambas as

partes, quando o processo é interposto por barreiras na comunicação.

Dessa forma, é de fundamental importância uma nova renovação e reestruturação da ótica do profissional enfermeiro nestas abordagens; uma resignificação na recepção, interpretação e condução destes relatos para aprimorar a capacidade da tomada de decisão de acordo com a singularidade de cada indivíduo. Conclui-se que, neste cenário não é somente valorizar o “dito”, mas sobretudo, entender que há muitas subjetividades nas entrelinhas envolvidas na comunicação como a história, sentimentos e expectativas que somente podem ser compreendidas quando este profissional tem conhecimento sobre aplicabilidade de outros modos operantes de estratégias de comunicação a fim de que compreenda e se faça compreender.

Dentre as limitações desta pesquisa, destaca-se à escassez de estudos substanciais sobre esta temática percebe-se a importância de se propor novos estudos neste sentido, a fim de evoluir o tema ao longo do tempo, identificando características deste fenômeno, as melhores estratégias, intervenções e modos de agir/interagir no ato de cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. 2007; 15(1):13-19.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2011; 70.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

4. CENSO DEMOGRÁFICO. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

5. Ministério da saúde. Diretrizes Estratégicas. 2020. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

7. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1952.

8. George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

9. Peplau HE. *Interpersonal relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing*. Kingdon: MacMillan Educación, 1988, p.3-16.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): MS; 2010.

11. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, Política nacional de atenção às urgências. 2004; 29:49.

12. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 2013; 2(2).

13. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União, Brasília*. 2002; 1: 32-54.

14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília (DF): COFEN. 2012.

15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília (DF): COFEN. 2009.

16. Sacramento R et al. Acolhimento com Classificação de Risco: percepção do trabalhador sobre sua implantação. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2015; 17(1):11-18.

17. Roncalli AA et al. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. *Rev. Enferm. UFPE*, 2017; 11(4):1743-1751.

18. Roncalli AA et al. Protocolo de manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2017; 31(2).

19. Zani AV, Marcon SS, Toneti VLP, Parada CMGL. Processo comunicativo no departamento de emergência entre a equipe de enfermagem e pacientes: representações sociais. *Online braz j nurs [internet]*. 2014; 13(2): 139-49.

20. Rates, HF, Alves M, Cavalcante RB. Acolhimento com classificação de risco: que

lugar é esse? Revista Cofen, [s.l.]. 2016; 7(2): 52-56.

21. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2):8-9.

22. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. Revista Mineira de Enfermagem. 2014; 8(1): 1-11.

23. Araújo IM. A comunicação estabelecida pelo enfermeiro no momento do acolhimento e classificação de risco pediátrico. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

24. Rates HF. O cotidiano de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2016.

25. Oliveira TR, Simões SMF. A comunicação Enfermeira- cliente no cuidado em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. Enferm. glob. [online]. 2013; 12(30): 76-90.

26. Silva RGM et al. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. Arq Ciênc Saúde UNIPAR [Internet]. 2016, 20(2):145-8.

27. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. Ciênc Cuid Saúde. 2010, 9(3): 494-502.

28. Paes MR, Alves Maftum M. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. Ciência, Cuidado e Saúde. 2013, 12(1).

29. Cielo C, Camponogara S, Pillon RBF. A comunicação no cuidado à saúde em

unidade de urgência e emergência: um relato de experiência. Journal of Nursing and Health. 2013, 3(2): 204-12.

30. Da Costa PG *et al.* Domínio de idiomas estrangeiros por enfermeiros que atuam em serviços de emergência e unidades de terapia intensiva. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015; 5(2):1643-1649.

31. Portes VM. Cartilha bilíngue: superando barreiras linguísticas nos serviços de emergência e urgência. 2013.

Submissão: 2020-06-03

Aprovado: 2020-12-23