

André Pedro de Almeida

**Qual a perspectiva dos estudantes do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2011

André Pedro de Almeida

**Qual a perspectiva dos estudantes do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

André Pedro de Almeida

**Qual a perspectiva dos estudantes do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?**

Atesta a originalidade do trabalho :

(André Pedro de Almeida)

“Projecto de Graduação apresetado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para a obtenção
da Licenciatura de Enfermagem”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

SUMÁRIO

O presente trabalho insere-se no âmbito do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. O tema abordado foi “A perspectiva dos estudantes de Enfermagem do 2º Ano da Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda”.

“Relação na qual o que ajuda fornece ao doente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas” (Brammer 1975, citado por Lazure 1994: 14).

Definido o tema, optou-se por um estudo descritivo com metodologia quantitativa, incidindo o estudo na colheita de dados através de um questionário proposto a uma amostra de 15 alunos do 2º ano de Enfermagem, realizado entre os dias 22 e 27 de Junho de 2011. O processo de amostragem adoptado foi não probabilístico e aleatório.

O tratamento dos dados foi realizado com o programa SPSS 19.0 para Windows.

Obteve-se como resultado, às questões sobre Relação de Ajuda e os conceitos subjacentes a esta mesma temática, que a maior parte da amostra foi capaz de identificar a correcta definição de cada conceito.

ABSTRACT

This work falls under the 2th year of Degree in Nursing of the University Fernando Pessoa. The subject of this work was "The prospect of students in 2nd year of Nursing at the University Fernando Pessoa before the Helping Relationship."

Relationships in which it provides assistance to the patient that he needs certain conditions to meet their basic needs" (Brammer 1975, quoted by Lazure 1994: 14).

Set the theme, we opted for a descriptive study using quantitative methodology, focusing the study on collecting data through a proposed questionnaire to a sample of 15 students in 2nd year of Nursing, held between 22 and 27 June 2011. The sampling procedure adopted was not probabilistic and random.

Data analysis was performed with SPSS 19.0 for Windows.

We obtained as results, that the Helping Relationship issues and concepts underlying this same theme, that the majority of the sample was able to identify the correct definition of each concept.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação não pode nunca ser visto como um trabalho individual.

Assim sendo, não posso deixar de agradecer ao Prof. José Teixeira, meu orientador neste projecto, pela disponibilidade, apoio, sugestões e dedicação.

Não posso esquecer a minha família que me apoiou nos momentos de fraqueza e cansaço bem como nas horas de árduo trabalho.

Os meus colegas de curso que durante estes 4 anos me ajudaram a crescer.

Aos meus amigos que estiveram sempre do meu lado às vezes até sem paciência para mim.

E, acima de a outra pessoa qualquer, ao meu falecido Pai, que sempre acreditou em mim e depositou muita confiança. Este trabalho, esta conclusão de curso são graças a Ele também e por Ele.

“Cuidar é ajudar a viver”

(Collière, 199,p. 277)

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	15
I – FASE CONCEPTUAL.....	17
1 – Definição do Tema.....	17
2 – Problema de Investigação.....	17
3 – Questões de Investigação.....	18
4 – Objectivos de Investigação.....	18
5 – Enquadramento Teórico.....	19
II – FASE METODOLÓGICA.....	30
1 – Desenho de Investigação.....	30
i.i – Meio.....	30
i.ii – Tipo de Estudo.....	30
i.iii – Variáveis.....	31
i.iv – Princípios Éticos.....	32
i.v – População e amostra.....	33
i.vi – Instrumento de Recolha de dados.....	35
i.vii – Tratamento e Apresentação dos Dados.....	37
III – FASE EMPÍRICA.....	38
1 – Apresentação e Análise de Dados.....	38
1.1 – Caracterização da Amostra.....	39
1.2 – Apresentação dos Dados.....	40
2 – Análise e Discussão dos Resultados.....	43
IV – CONCLUSÃO.....	45

BIBLIOGRAFIA.....46

ANEXOS

Anexo I.....Questionário

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 : Distribuição da amostra de acordo com o género.....	39
Tabela 2 : Análise descritiva de acordo com a idade.....	39
Tabela 3 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Relação de Ajuda.....	40
Tabela 4 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Respeito.....	40
Tabela 5 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Escuta Activa.....	40
Tabela 6 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Empatia.....	41
Tabela 7 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Confrontação.....	41
Tabela 8 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Congruência.....	41
Tabela 9 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Toque Terapêutico	42

Siglas e Abreviaturas

n – Amostra da população em estudo.

p. - página

Prof. - Professor

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

0- INTRODUÇÃO

O tema escolhido para a investigação é **“A perspectiva dos estudantes do 2ºano de Enfermagem perante a Relação de Ajuda”**. A escolha do tema teve por base a experiência adquirida ao longo dos estágios curriculares, como o de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizados durante o curso, onde a relação de ajuda constitui um ponto crucial a ser avaliado.

Depois de escolhido o tema e uma vez identificado o problema de investigação, foi elaborada a questão de investigação (“Qual a perspectiva dos estudantes do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?”) e foi definido o tipo de estudo como quantitativo. Por último foram definidos os objectivos, com a finalidade de encontrar resultados relativamente à questão e “orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” (Fortin, 1999,p.100). “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que (...) especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo” (Fortin, 1999,p.100). Os objectivos de um estudo fazem-nos questionar o porquê da investigação. Ora neste estudo atende-se aos seguintes objectivos:

- Identificar qual é, na perspectiva dos estudantes da licenciatura de Enfermagem do 2ºano da Universidade Fernando Pessoa, o conceito de Relação de Ajuda
- Identificar os conceitos, relativos aos elementos que constituem uma Relação de Ajuda na perspectiva dos alunos do 2º ano da licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Como técnica para colheita de dados aplicou-se um questionário aos alunos do 2º Ano da licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e, posteriormente, com os dados obtidos procedeu-se ao tratamento, análise e discussão dos resultados.

O processo de amostragem adoptado foi não probabilístico e aleatório.

Esta investigação iniciou-se no dia 1 de Fevereiro de 2011 estendendo-se ao dia 25 de Junho e 2011, no seio dos meus colegas do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

Alcançou-se com este projecto, a percepção dos conhecimentos dos alunos do 2º Ano de enfermagem sobre Relação de Ajuda bem como os elementos que a constituem.

Obteve-se como resultado, às questões sobre Relação de Ajuda e os conceitos subjacentes a esta mesma temática, que a maior parte da amostra foi capaz de identificar a correcta definição de cada conceito.

I – FASE CONCEPTUAL

“ A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação” (Fortin, 1999, p.39).

1 – Definição do Tema

O tema escolhido para a investigação é **“A perspectiva dos estudantes do 2ºano de Enfermagem perante a Relação de Ajuda”**. A escolha do tema teve por base a experiência adquirida ao longo dos estágios curriculares, como o de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizados durante o curso, onde a relação terapêutica constitui um ponto crucial a ser avaliado.

2 – Problema de Investigação

Um problema de investigação “é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação” (Adebo, 1974 citado por Fortin, 1999, p.48). É também “uma dificuldade, teórica ou prática no conhecimento de alguma coisa de real importância para a qual se deve encontrar uma solução” (Lakatos, 1985). Segundo Mace (1978) a referida situação problemática surge quando se constata um desvio entre a situação julgada insatisfatória e a situação desejável e em que se sente necessidade de superar o desvio.

O problema de investigação diz respeito a «um enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta» (Fortin, 1999, p.374).

Num estudo de investigação torna-se necessário referir os antecedentes à escolha de um problema de investigação, que são constituídos pelos seguintes passos:

- 1) escolher um domínio ou um tema que suscite interesse da parte do investigador;
- 2) enunciar uma questão de investigação preliminar que representa a interrogação face ao domínio em estudo;

- 3) considerar os tipos de questões pivôs;
- 4) determinar o tipo de questão de investigação em relação ao estado dos conhecimentos no domínio escolhido;
- 5) proceder a uma análise crítica da questão que conduzirá ao seu enunciado final» (Fortin, 1999, p.48).

Iniciando os passos anteriormente referidos, suscitou-me interesse investigar **“Qual a perspectiva dos Estudantes do 2ºano da Licenciatura de Enfermagem perante a Relação de Ajuda?”**, pois parece evidente que só conhecendo-a, se poderá contribuir de um modo efectivo para o melhoramentos dos cuidados de Enfermagem a prestar no futuro.

3 – Questões de Investigação

Talbat (1995) citado por Fortin (1999) diz que as “questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada”.

- Qual é, na perspectiva dos estudantes da licenciatura de Enfermagem do 2ºano da Universidade Fernando Pessoa, o conceito de Relação de Ajuda?
- Quais são os conceitos, relativos aos elementos que constituem uma Relação de Ajuda na perspectiva dos alunos do 2º ano da licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa?

4 – Objectivos de Investigação

Depois de escolhido o tema e uma vez identificado o problema de investigação, foi elaborada a questão de investigação (“Qual a perspectiva dos estudantes do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?”) e foi definido o tipo de estudo como quantitativo. Por último foram definidos os objectivos, com a finalidade de encontrar resultados relativamente à questão e “orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” (Fortin, 1999, p.100). “O objectivo de um estudo é um enunciado

declarativo que (...) especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo” (Fortin, 1999, p.100). Os objectivos de um estudo fazem-nos questionar o porquê da investigação.

Ora neste estudo atende-se aos seguintes objectivos:

- Identificar qual é, na perspectiva dos estudantes da licenciatura de Enfermagem do 2ºano da Universidade Fernando Pessoa, o conceito de Relação de Ajuda
- Quais são os elementos que constituem uma Relação de Ajuda na perspectiva dos alunos do 2º ano da licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

5 – Enquadramento Teórico

v.i. - A PESSOA HUMANA

Por Marcel e Mounier, citado por Mondim (1980, p.288), o homem é um ser encarnado no agir. O Eu torna-se pessoa “somente na medida em que se empenha na acção e assume a responsabilidade dos próprios actos”.

Guardina dá-nos uma diferente perspectiva da pessoa humana: ela pertence a ela própria, não pode ser possuída por nenhuma outra instância, o que a torna incomunicável. A pessoa, para Guardina significa que no saber, no querer e no agir, o homem está em si mesmo.

Buber, citado por Mondim (1980, p.294) parte da relação do homem com o outro. Só é verdadeiramente pessoa aquele que respeita e compreende o outro. “Eu tenho origem na minha relação com o Tu: quando me torno Eu, então digo Tu”.

Bernardo (1983, p.72) caracteriza-nos a pessoa transcendente à natureza e sendo um ser de relação com o outro e com a sociedade. Nessa relação, ele identifica-se como ser único, diferente do outro. A pessoa é também um ser com um passado que deve ser integrado para ser ultrapassado, sendo através dessa tensão constante entre o passado e futuro que o agir pessoal se afirma como humano. *Frei Bernardo* também define a pessoa como um ser de necessidades. A hierarquia das necessidades, segundo este autor, articula-se a partir de duas necessidades básicas: ter e ser.

“A pessoa precisa de ter mas não se realiza como ser humano enquanto não são satisfeitas as suas necessidades na ordem do ser ou do valer. E aqui incluem-se as necessidades afectivas, sociais, intelectuais e estéticas...”.

Uma outra perspectiva da pessoa e da conquista do ser pessoal, surge da *Renaud*. O emergir constante do ser, opera-se de uma forma progressiva e são quatro as dimensões que marcam essa mudança: o corpo, a linguagem, a afectividade e a liberdade. Estas quatro dimensões do ser humano não se justapõem, mas como nos afirma a autora (p.161):

“...é o sentido da pessoa que atravessa cada uma destas dimensões, fazendo do corpo a matéria sonora a partir da qual a linguagem toma o seu voo, fazendo da afectividade a expressão que habita o corpo e se comunica ao outro, fazendo da liberdade a marca do agir que, mediante o corpo e a linguagem se diz e se escreve no mundo.”

Para esta autora, a personalização efectiva-se através do conjunto de actividades que realizamos nesse sentido, mas só se concretiza realmente se aceitarmos também o conjunto das passividades cujo controlo não está ao nosso alcance, como sejam o sofrimento, o envelhecimento e a morte.

Para culminar, este pequeno estudo sobre a pessoa não ficaria completo sem me referir a Chalifour, que na sua visão holística-humanista, caracteriza a pessoa apresentando as

premissas sobre as quais se fundam as suas características, com a finalidade de relembrar os principais pontos que guiam a observação e as estratégias de intervenção em Enfermagem.

v.ii. - RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

Segundo Taylor (1992), a relação enfermeiro/doente é a capacidade de estabelecer uma relação/diálogo. Esta relação poderá aumentar a sua complexidade e riqueza interpessoal consoante a diversidade cultural, social ou religiosa afectiva de cada um.

Segundo Taylor (1992), “a relação enfermeiro/doente a nível geral e específico não só tem sentido como é indispensável”.

Peplau (1952), refere que o enfermeiro na relação com o doente e no decurso da doença, desempenha vários papéis, tais como: pessoa estranha, pessoa de recurso, professor, líder, substituto, consultor e intervém com respostas específicas em forma de informação ou de ensino dos problemas postos pelo paciente, mostrando uma atitude de profundo respeito e de interesse positivo por ele.

Estabeleceu relações interpessoais, observando de perto o doente no sentido de o conhecer melhor, de conhecer, como este vê a sua situação a fim de o poder ajudar melhor. Para este, a ajuda é essencial, a aceitação do doente tal como ele é, é uma relação de ajuda terapêutica, classificando os sentimentos do doente e levando-o a compreender o seu próprio comportamento. Nesta ajuda o doente passa por várias fases; orientação, identificação, exploração e resolução.

Para Cesário (1980), a função do enfermeiro baseia-se na prestação de cuidados de enfermagem globais ao indivíduo, são ou doente, nos quais são indivisíveis os aspectos físico, mental, social e espiritual do indivíduo.

Tomliunson (1989), identifica três princípios fundamentais nos quais se apoia o relacionamento enfermeiro/doente, a equidade, o respeito pelas pessoas e a vontade de ajudar e cuidar dos enfermos.

Segundo Choppuis (1990), “ A primeira impressão é muito importante para o início de uma relação de colaboração”.

De acordo com Kyes et al (1985), é importante que a pessoa que ajuda seja aberta e acessível para receber estímulos de outras pessoas sob tensão buscando ajuda e compreensão, significando, isto que, o profissional de enfermagem, na medida do possível, deve ter a sua própria (casa em ordem), livre de tensões opressivas, quer internas, quer externas, e ter capacidade para lidar com os problemas quotidianos e adoptar a filosofia de que a maioria dos problemas tem solução ou podem ser minimizados até um nível mais fácil de serem controlados.

Segundo Augusto (1991), o doente deve ser entendido como pessoa activa e não passiva, e o processo decisório deve incluir a opinião deste. A relação de dependência que o doente sente, relativamente aos técnicos de saúde, deve ser minimizada, sempre que possível, tanto por palavras como por actos; sendo para Shulpz et al (1982) a confiança a pedra fundamental de uma relação terapêutica, é, a consistência e seus limites são as pedras para construí-la.

v.ii.i - RELAÇÃO DE AJUDA : O QUE É ?

“Relação na qual o que ajuda fornece ao doente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas” (Brammer 1975, citado por Lazure 1994: 14).

v.ii.ii - COMO ESTABELEECER UMA RELAÇÃO DE AJUDA

Segundo Chiavenato (1987), praticar relações humanas significa, portanto, muito mais do que estabelecermos e/ou mantermos contactos com outros indivíduos: significa estarmos condicionados nessas nossas relações por uma atitude, um estado de espírito, ou uma maneira de ver as coisas, que nos permita compreender as outras pessoas respeitando a sua personalidade, cuja estrutura é, sem dúvida, diferente da nossa.

Segundo Loff (1994), para se estabelecer o encontro com uma pessoa, doente ou não, a atitude mais adequada é a de compreensão, pois a compreensão é o único meio que permite que duas personalidades estabeleçam reciprocidade ou compenetração psicológica.

Empatia:

“A empatia é a capacidade de sentir o que outra pessoa esta sentindo, procurar imaginar-se no lugar do outro, encarar as coisas do seu ponto de vista implicando compreensão e simpatia”, Loff (1994).

Watson, citado por Correia et al (1993), considera como um factor importante no processo de relação, o desenvolvimento de sensibilidade em relação a si próprio e aos outros, pois a sensibilidade equilibrada em relação aos seus próprios sentimentos é a base de toda a relação empática. Só na medida em que se reconhece, aceita e consegue explorar os próprios sentimentos, será capaz de aceitar os sentimentos dos outros.

Segundo Loff (1994), todo o técnico de saúde deve ter esta capacidade, porque faz parte fundamental do seu trabalho e do seu relacionamento profissional. Deverá conhecer as experiências do outro como se fosse dele, sem deixar de ser o que é.

O toque como forma de relação:

Segundo Blondis e Jackson (1982), “o toque é considerado como uma das maneira mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas para o paciente dependendo do momento, forma e local onde ocorre”. Como tal, e referenciando Dell’ Acqua, Araújo e Silva (1982) é então, finalidade do toque “a possibilidade de usá-lo como tratamento, além de meio de comunicação e integração”.

O enfermeiro é a pessoa que, dentro da equipa de saúde, utiliza com mais frequência esta forma de comunicação sob as suas mais variadas formas. Serve-se deste meio para captar informações acerca do doente, mas também como forma de intervenção, durante as várias situações de cuidados. Utiliza-o quando vai avaliar a temperatura do doente, ao avaliar a frequência cardíaca, quando faz uma massagem, quando verifica a presença de globo vesical, etc., e a forma como o doente reage a este toque, a forma com se deixa tocar, constitui uma fonte de informação muito importante para a enfermeira. Pelo toque, é possível verificar o grau de tristeza ou bem-estar que o doente sente, as suas necessidades de afecto, as dificuldades que ele tem em aceitar que os outros se ocupem dele. Ou seja, o toque é inerente ao acto de cuidar. Como refere Figueiredo (1995), “o acto de cuidar é intrínseco ao acto de tocar, a ponto de se confundirem num só procedimento, sendo o corpo da enfermeira o instrumento da acção”.

A escuta activa e os meios de comunicação:

Sempre que um doente se dirige ao enfermeiro ele pretende ser escutado e compreendido. Carkhuff, citado por Oliveira (1995, p.29) define a escuta como “uma disponibilidade ou uma atenção dirigida à pessoa que vai ser ajudada”.

Ouvir, é apenas uma parte de escutar. O escutar, tal como defende Lazure (1994), “não é de maneira alguma sinónimo de ouvir. Escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores. Escutar é uma arte intrínseca à prática do enfermeiro e, por isso, cada um de nós deve

desenvolvê-la”. Escutar representa a união do significado e da interpretação à percepção do som. Escutar é um processo activo e voluntário que exige tempo e atenção, é aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas. É nesta forma de estar totalmente presente que a enfermeira manifesta ao doente a sua vontade em o compreender verdadeiramente, ao mesmo tempo que lhe mostra que ele lhe é importante. Ouvir com os nossos ouvidos mas escutar com o nosso ser, é esta a importante qualidade que deve estar presente na Enfermagem e que detecta o significado das palavras proferidas pelo doente que são muitas vezes opostas às suas manifestações não verbais, carregadas de significado. Por isso o escutar com o “terceiro ouvido” é também a “escuta com o ouvido do espírito e do coração”, como dizia um poeta persa do séc. XII. Mas, ouvir alguém de forma adequada é bastante complicada e, no entanto, é fulcral para a relação enfermeiro/doente. O enfermeiro não poderá obter quaisquer resultados até que tenha perguntado ao utente qual é o problema e escutado a resposta.

Segundo Peavy (1981), “qualquer que seja a forma de comunicar usada pelo doente, a mensagem traz sempre dois tipos de informação: a conceptual e a afectiva”. Para poder identificar estas duas informações, a enfermeira deve estar atenta ao conteúdo exprimido pelo doente, mas também prestar atenção à forma que ele usou para transmitir esse conteúdo, pois nem sempre a mensagem verbal que ele emitiu é rigorosamente aquilo que ele quer dizer. O contexto no qual a mensagem foi emitida, a intensidade da voz do doente, as hesitações, os termos escolhidos para comunicar, são manifestações não verbais que, juntamente com as outras informações reconhecidas pela expressão facial, os seus gestos e a sua postura, ajudarão a enfermeira a captar a mensagem comunicada, compreendendo o seu conteúdo conceptual e afectivo.

Mas escutar não é só ouvir ou deixar o doente falar durante horas. Escutar é estar atento e captar, no meio do discurso do doente, aquilo que ele conta acerca de si mesmo, passando da escuta social à escuta terapêutica que necessita de empatia para compreender para além das palavras. Segundo Castro, Vaz, Catita e Cordeiro (2002, p.21), “o enfermeiro (...) deve estar disponível para a total comunicação com o doente e não apenas para as palavras que ele pronuncia, já que as palavras nunca traduzem a

realidade complexa da experiência dos indivíduos”.

Na escuta, há um outro factor de crucial importância que é o respeito pelos momentos de silêncio. Segundo Lazure (1994, p.106), “o silêncio em si é muito eloquente: pode significar a integração do que acaba de ser dito. Pode também traduzir a intensidade da procura da resposta mais pertinente, tendo em conta tudo o que a precedeu. O silêncio pode significar o medo ou o sofrimento que impedem que as palavras saiam, ou uma alegria tão intensa que não pode ser explicada por palavras”. O silêncio é uma forma de comunicação, um espaço criado no diálogo, em que não há troca de palavras, mas no qual ocorre muita comunicação não verbal. Este espaço proporciona ao doente uma oportunidade de organizar os seus pensamentos e de analisar os seus sentimentos. De entre as técnicas de comunicação utilizadas numa relação, o silêncio é aquela que é menos compreendida e a menos utilizada. Existe a ideia corrente entre os profissionais de saúde de que os momentos de silêncio devem ser evitados e esquecem-se com frequência de que tudo no mundo está prestes a exprimir-se e que só o silêncio e a escuta podem dar-lhes essa informação que o mundo lhes quer transmitir.

Segundo Lazure, citado por Oliveira, Vinha, Correia e Morato (1995, p.30) para escutar eficazmente, o enfermeiro deve:

- concentrar-se no desejo de estar em relação estreita com o doente. Necessita de afastar as suas preocupações pessoais do espírito de forma a sentir-se calmo;
- escolher um local calmo, favorável à escuta, e que seja protegido de ruídos, facilitando a comunicação;
- adoptar uma distância confortável face ao doente tendo em conta a sua origem étnica e a sua cultura;
- instalar-se confortavelmente, de modo a que os dois possam estar face a face;
- adoptar uma postura corporal de abertura. Esta deve facilitar a visibilidade a ambos, e o doente deve sentir-se próximo da enfermeira. Muitas vezes o debruçarmo-nos demonstra mais atenção. Em toda a sua postura, a enfermeira deve deixar

transparecer abertura, disponibilidade, interesse e motivação.

- olhar o doente no rosto sem contudo fixar intensamente os olhos pois este facto pode estar a aumentar a ansiedade do doente;

- saber fazer silêncio. Os períodos de reflexão são muito importantes e por vezes necessitamos de tempo para integrar a pergunta e elaborar a resposta;

- ser honesto.

A Confrontação :

Vários autores se interessaram pelo estudo desta atitude e tentaram extrair uma definição que abrangesse a amplitude que este termo encerra. Desse grupo de autores, citamos Auger (1972), Egan (1987), Carkhuff e Berenson (1967), Trottier e Gosselin (1982). A definição proposta é:

"Fundada principalmente sobre a compreensão que a pessoa que presta ajuda tem do mundo subjectivo da pessoa ajudada, a confrontação é uma mistura de intervenções activas da pessoa que presta ajuda visando a redução de distorções ou de contradições observadas na conduta da pessoa ajudada e na comunicação com ela; essas distorções são misturadas com as percepções que a pessoa ajudada tem de si e do mundo interior e exterior, assim como das percepções que ele tem da pessoa que presta ajuda da relação que ele vive com ela."

Como referem Trottier e Gosselin, citado por Chalifour (1989, p.170) “o fim último da confrontação,...é levar a pessoa a um melhor contacto consigo mesma, com as suas forças, com as suas fraquezas e as suas possibilidades de acção para que possa reconciliar as visões contraditórias que ela tem de si mesma e realizar, no agir a integração e a unificação da sua identidade própria e o seu comportamento”.

“A confrontação pode constituir uma ameaça para o doente, quando esta se efectua sobre aspectos julgados importantes por ele. Para que o doente perca o receio e que utilize a confrontação como um meio

de explorar o que ele próprio vive, a enfermeira terá de seguir determinadas regras:

- O enfermeiro terá de provar uma compreensão empática e um respeito elevado do doente, para que as suas intervenções se efectuem com autenticidade;

- O doente deverá sentir que o enfermeiro é seu aliado e que trabalha consigo na busca de um emergir progressivo das suas potencialidades;

- O enfermeiro deverá acolher as reacções do doente e explorá-las consigo. Resultantes da confrontação, essas reacções podem ser manifestadas sob a forma de ansiedade e de um sentimento de ameaça.

- O enfermeiro deverá ter identificado claramente os objectivos que pretende com a confrontação e esses objectivos deverão estar centrados no doente e não no enfermeiro.

- A confrontação só deve ser utilizada quando o enfermeiro identificou claramente os elementos de incongruência para que não corra o risco de aumentar a incompreensão da situação. Esta também deve ter lugar no momento em que a incongruência se verifica.

- A confrontação não deve ser imposta, mas apresentada ao doente de tal forma que ele não perceba que é obrigado a reconhecer a incongruência.” (Chalifour, 1989)

O respeito :

Rogers e Kinget (1969), citado por Chalifour (1989, p.151) referem que “o cliente é respeitado, não devido a qualquer mérito, dignidade ou competência particular que ele poderá ter adquirido ao longo da sua existência ou à custa de qualquer qualidade particular - sinceridade, coragem, cooperação, inteligência, destreza - da qual ele poderá prestar provas..”

Uma particularidade importante que Jacques Chalifour nos revela é que o enfermeiro deve fazer um juízo favorável do doente, mesmo quando em determinada situação esta reconhece que ele mente. Numa situação destas, deve ser reconhecido no seu comportamento a sua dificuldade de assumir uma parte dele mesmo, levando a que o doente sinta necessidade de a deformar. Não deve ser julgado pelo seu comportamento mas confrontado, tentando ir buscar e reconhecer o que ele diz de si, mesmo através

dessa mentira. Confiando no doente, pode-se obter uma verdadeira revelação de espontaneidade e autenticidade.

Em síntese, referindo a definição de Chalifour (1989, p.152), “... o respeito é uma atitude pela qual o enfermeiro reconhece que o cliente é único na sua forma de estar no mundo e desta forma é digno de interesse e, acima de tudo, digno de reconhecimento e valorização”.

Congruência :

A este respeito, Juan (1991, citado por Araújo, 2002,p.60) afirma que “a congruência conduz a um estado de coerência interna entre o que digo, penso e sinto, o qual implica uma maturidade emocional e uma compreensão autêntica de si mesmo”

Para Sampaio (1994,p.28), “a enfermeira que consegue ser congruente, consegue maximizar o desempenho das suas funções com os outros, especialmente o papel de quem ajuda, é capaz de inquirir e aprender acerca das dificuldades e experiências com os outros, responder às suas próprias experiências como às experiências do doente”.

II – FASE METODOLÓGICA

Consiste em descrever os meios para realizar a investigação. É na fase metodológica que se define a maneira de como proceder para obter as respostas às questões de investigação estipuladas (Fortin, 2009, p.53)

1 – Desenho de Investigação

i.i – Meio

Este estudo foi desenvolvido no seio dos alunos o 2º ano do Curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

i.ii – Tipo de Estudo

Para identificar as dimensões da relação de ajuda em Enfermagem torna-se útil compreender o ser humano em todas as suas dimensões, bem como as suas maiores preocupações.

Assim, e atendendo ao problema e objectivos desta investigação, optei por um estudo quantitativo descritivo, pois, dadas as suas características, responde ao que pretendo.

Segundo Cervo e Bervian (1983, p.36) “dizem que os estudos descritivos, observam, registam e correlacionam factos e fenómenos (variáveis) sem as manipular”.

De acordo com Fortin (1996, p.162), o objectivo do estudo descritivo consiste em “discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno, mas o exame dos tipos e dos graus de relação não é o objectivo deste nível de investigação”.

Para Minayo & Sanches (1993), a investigação quantitativa actua em níveis de realidade e tem como objectivo trazer “oferecer-nos” dados, indicadores e tendências observáveis.

Para Gil (1998, p.46), investigação descritiva é “um procedimento racional e sistemático que tem por objectivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”, desde que todas as suas partes se encadeiem e sirvam de base para a consecução do mesmo. Ainda segundo este autor (1998, p.46) este tipo de pesquisa “descreve as características de determinada população ou fenómeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Partindo desta abordagem teórica, mais rapidamente se compreende a razão da escolha desta metodologia na minha investigação.

i.iii – Variáveis

A definição de variáveis constitui igualmente um passo marcante do estudo de investigação e tem por objectivo, segundo Gil (1988), conferir maior precisão aos enunciados científicos. Neste contexto, as variáveis podem ser definidas como «qualidades, propriedades, ou características de objectos, de pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação. (...), pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos» (Kerlinger, 1973, citado por Fortin, 1999, p.36).

Cervo e Bervian (1983), referem-se ao conceito de variável como sendo os aspectos, as propriedades, os factores reais ou potencialmente mensuráveis através dos valores que assumem e discerníveis num objecto de estudo. Para Gil (1988), o conceito de variável

diz respeito a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos de acordo com os casos particulares ou as circunstâncias. Richardson (1989), refere-se às variáveis como sendo aspectos de um fenómeno passíveis de serem observados, apresentando variações ou diferenças em relação ao mesmo ou a outro fenómeno. A variável pode ser igualmente definida como sendo “toda a qualidade de uma pessoa, grupo, ou situação que varia ou assume um valor diferente”. (Polit e Hungler, 1995,p. 26).

Sendo assim, torna-se necessário identificar as variáveis do meu estudo. Para este estudo interessa apenas as variáveis atributo.

“As variáveis atributo são as características dos sujeitos num estudo” (Fortin, 2003, p.37).

Neste contexto, para o presente estudo delimitaram-se como variáveis atributo:

- Género;
- Idade;

i.iv – Princípios Éticos

Antes de empreender uma investigação, o investigador deve solicitar autorização formal para realizar o estudo num dado estabelecimento. Além da obtenção da autorização para realizar o estudo, deve-se considerar que “qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético” (Fortin, 1999,p.261). No pedido de autorização deve constar o instrumento de colheita de dados que vai ser utilizado no estudo.

Por outro lado, é de particular preocupação para o investigador, os participantes na investigação estarem informados acerca da mesma e darem o seu consentimento em relação à sua participação no estudo (consentimento informado). De acordo com Polit e Hungler (1995), citados por Streubert e Carpenter (2002,p.39), “o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação”. No mínimo deve ser fornecida informação verdadeira e suficiente, aos participantes no estudo, para os ajudar a decidir se desejam ser participantes na investigação (Streubert e Carpenter, 2002).

No estudo em questão o pedido de autorização foi feito à Direcção da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, antes da aplicação do instrumento de colheita de dados.

i.v – População e amostra

Uma vez definido o problema em estudo e após ter sido documentado pela literatura e inserido num desenho apropriado procede-se à caracterização da população, estabelecendo critérios de selecção para o estudo, precisa-se a amostra e determina-se o seu tamanho.

A população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, 1999,p.41).

Na visão de outros autores pode-se conceituar população como “o conjunto ou totalidade de objectos, sujeitos ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações” (Polit e Hungler, 1995,p.34).

Segundo Richardson (1989), população é o conjunto de elementos que possui determinadas características e cada unidade ou membro de população, ou universo, denomina-se elemento.

Neste contexto é importante distinguir população alvo e população acessível, considerando a primeira como sendo “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” e a segunda como “constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador” (Fortin, 1999,p.202).

De acordo com Woods e Catanzaro (1988), citado por Fortin (1999), a população acessível apresenta diferenças no que concerne a uma ou várias características e geralmente é limitada a uma região, cidade, hospital, entre outros.

Para Fortin (1999), a população alvo dificilmente é acessível na sua totalidade, pelo que a população acessível deve ser representativa desta.

Na perspectiva de Fortin (1999), a amostra deve ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada, acrescenta ainda, que a amostra é dita representativa quando as suas características se

assemelham o mais possível às da população alvo, devendo ser também representativa de outros factores susceptíveis de exercer alguma influencia sobre as variáveis a estudar.

Assim sendo, a população em estudo são os alunos do 2ª Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, sendo a amostra constituída por 15 alunos do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto. O processo de amostragem adoptado foi não probabilístico e aleatório.

i.vi – Instrumento de Recolha de dados

Para Fortin (1999), a recolha de informação é desenvolvida tendo como suporte os instrumentos de colheita de dados.

Tendo por base De Ketele e Roegiers (1999) esta diz respeito a um processo organizado com vista a obter informações, próximo de fontes diversas, com a finalidade de passar de um nível para outro de conhecimento ou de modificar a representação de uma dada situação, no quadro de uma acção precisa e deliberada, em que os objectivos foram claramente definidos e que dá garantias de validade suficiente.

De acordo com Polit e Hungler (1995), um instrumento é um elemento ou técnica que o investigador utiliza para colher dados, constituindo o instrumento de trabalho que viabiliza o estudo.

Segundo Fortin (1999) a escolha do instrumento prende-se com as variáveis e a sua operacionalização, tendo em conta determinados factores, nomeadamente os objectivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida.

Para o presente estudo seleccionou-se como instrumento de colheita de dados o questionário pelas suas características e vantagens, não esquecendo porém as suas desvantagens. Essa opção foi fundamentalmente por ajudar a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de maneira rigorosa; é um instrumento menos dispendioso e requer menos habilidades da parte de quem o aplica; assegura a fidelidade e facilita as comparações entre os sujeitos; garante o anonimato das respostas e, por este facto, permite exprimir mais livremente as opiniões que se consideram mais pessoais.

O questionário elaborado neste estudo foi constituído por 7 questões de escolha múltipla sendo que as respostas correctas correspondentes às definições presentes neste estudo de investigação são B , C , A , C , B , B , A , respectivamente para as questões 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 e 7.

Foi aplicado a 27 de Junho de 2011.

Pré-teste

Pré-teste segundo Fortin (1999), é a medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado tratamento experimental. É o ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala.

No presente estudo, o pré-teste foi aplicado a 2 estudantes de enfermagem a frequentar o 2ºano na Universidade Fernando Pessoa uma vez que são aqueles que mais se assemelham, a nível de experiência vivida ao longo dos estágios no decorrer do curso, com a população em estudo. Este decorreu a 22 de Junho de 2011 sem necessidade de alterações ao corpo do mesmo.

i.vii– Tratamento e Apresentação dos Dados

De acordo com Polit e Hungler (1995), os dados colhidos são raramente passíveis de serem submetidos a análise, pelo que se deve proceder previamente à tradução dos dados verbais em categorias ou formas numéricas e seguidamente à transferência dos dados para que possam ser analisados por computador.

Assim, segundo Fortin (1999), a estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida numa determinada amostra. Da mesma forma, o tratamento estatístico é a essência da investigação, o que permite determinar se existe ou não associação entre duas ou mais variáveis.

Para se analisarem os dados neste estudo perspectivou-se a utilização de estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média aritmética e moda).

III – FASE EMPÍRICA

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados para Fortin (1999), refere-se ao conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados colhidos próximo dos sujeitos. Para além da análise, segundo Polit e Hungler (1995), antes da comunicação dos resultados, torna-se fundamental que os dados sejam organizados e interpretados. «A interpretação refere-se ao processo de compreensão dos resultados e de exame das implicações das descobertas, em um contexto mais amplo» (Polit e Hungler, 1999,p.36). Isto é, o processo de interpretação diz respeito à tentativa do investigador em explicar as descobertas à luz do que já é conhecido, através dos trabalhos anteriores na área, assim como, à luz da adequação dos métodos utilizados na investigação.

De acordo com Fortin (1999), a interpretação dos dados corresponde à etapa de uma investigação que tem por objectivo compreender os dados colhidos, atribuindo-lhes um significado. Para Gil (1991) o processo de análise de dados envolve diversos procedimentos, nomeadamente: codificação de respostas, tabulação de dados e cálculos estatísticos. Segundo Cervo e Bervian (1983), a análise através da classificação ordenada dos dados, do confronto dos resultados, das tabelas e das provas estatísticas quando empregados procuram verificar a confirmação ou não das hipóteses em estudo. Gil (1991) refere ainda que a sua apresentação, num estudo, envolve em geral a descrição, a análise e interpretação dos dados.

Para a apresentação dos dados serão utilizadas tabelas que julgo serem as mais adequados para facilitar a leitura e interpretação dos resultados. Estes resultados provêm dos factos registados no decurso da colheita dos dados e são apresentados e analisados de maneira a fornecer uma ligação lógica com a questão de investigação proposta e tendo em atenção a fundamentação teórica efectuada.

A amostra em estudo inclui 15 Estudantes de Enfermagem, a frequentar o 2º Ano/ 2º Semestre na Universidade Fernando Pessoa - Porto, sendo o tipo de amostragem não probabilística por conveniência.

i.i – Caracterização da Amostra

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	11	73.3 %
Masculino	4	26.7 %
Total	15	100.0 %

Tabela 1 : Distribuição da amostra de acordo com o género

Observando os resultados obtidos através da Tabela 1, verifica-se que nos estudantes de enfermagem que frequentam o 2º Ano da Licenciatura em Enfermagem, o sexo feminino tem uma frequência de 11 (73.3%) e o sexo masculino de 4 (26.7%).

	n	Intervalo	Minimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Idade	15	19	19	38	22.67	5.300	28.095

Tabela 2 : Análise descritiva de acordo com a idade

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que a idade varia entre os 19 e os 38 anos, havendo uma distribuição um pouco heterogénea. A média de idades desta população é de 22,67 anos com um desvio padrão de 5,300.

i.ii. – Apresentação dos dados

	Frequência	Percentagem
Opção A	9	60.0%
Opção B	6	40.0%
Total	15	100.0%

Tabela 3 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Relação de Ajuda

Atendendo aos dados presentes na tabela 3, verifica-se que 9 inquiridos (60%) assinalaram a opção A enquanto os restantes 6 inquiridos (40%) optaram pela opção B.

	Frequência	Percentagem
Opção C	15	100.0%

Tabela 4 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Respeito

Por observação da tabela 4 , percebe-se que foi unânime a resposta dos inquiridos tendo os 15 (100%) optado pela opção C.

	Frequência	Percentagem
Opção A	7	46.7%
Opção B	3	20.0%
Opção C	5	33.3%
Total	15	100.0%

Tabela 5 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Escuta Activa

Na análise da tabela 5 , determina-se uma grande dispersão nas respostas dos inquiridos. Obtiveram-se 7 respostas (46,7%) na opção A , 3 (20,0%) na opção B e 5 (33,3%) na opção C.

	Frequência	Percentagem
Opção A	8	53.3%
Opção C	7	46.7%
Total	15	100.0%

Tabela 6 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Empatia

A tabela 6 revela-nos uma divisão dos inquiridos pelas opções A e C sendo que se obtiveram 8 (53,3%) e 7 (46,7%) respostas a cada uma das opções, respectivamente.

	Frequência	Percentagem
Opção B	15	100.0%

Tabela 7 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Confrontação

A tabela 7 apresenta-nos de novo uma unanimidade plena na resposta dos inquiridos pela opção B, tendo-se obtido 15 (100,0%) respostas nesse sentido.

	Frequência	Percentagem
Opção A	3	20.0%
Opção B	12	80.0%
Total	15	100.0%

Tabela 8 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Congruência

Já a tabela 8 revela-nos que, relativamente a este item, apenas 3 (20,0%) dos inquiridos optaram pela opção A enquanto que os restantes 12 (80%) inquiridos assinalaram a opção B.

	Frequência	Percentagem
Opção A	9	60.0%
Opção B	4	26.7%
Opção C	2	13.3%
Total	15	100.0%

Tabela 9 : Distribuição das respostas de acordo com o conceito de Toque Terapêutico

Para finalizar, a tabela 9 mostra-nos uma nova dispersão de respostas já que 9 (60%) inquiridos optaram pela opção A, 4 (26,7%) pela opção B e apenas 2 (13,3%) pela opção C.

2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados passamos à discussão dos mesmos. A discussão dos resultados constitui segundo Lakatos e Marconi (1990), o “núcleo central” da investigação, onde resultam os trabalhos mais significativos, apurados na opinião dos autores consultados, documentos ou trabalhos anteriores, com a intenção de aumentar o conhecimento sobre o problema em causa.

Começarei agora por abordar a caracterização da população em estudo. A amostra é constituída por 15 elementos.

Relativamente à idade, esta varia entre os 19 e os 38 anos, com uma média de 22,67 anos de idade.

Passando agora para as questões relativamente aos conceitos constituintes da Relação de Ajuda, os resultados obtidos demonstram que grande parte dos alunos identificou a correcta definição dos conceitos.

Relativamente ao conceito de Relação de Ajuda denota-se claramente que existe uma confusão com o conceito de Relação Terapêutica. Assim sendo, obtiveram-se apenas 40% respostas correctas.

Já no que diz respeito ao conceito de Respeito, obtiveram-se 100% de respostas correctas.

Passando agora para o conceito de Escuta Activa, a diversidade de respostas foi grande. Apenas 46,7% dos inquiridos soube responder correctamente a esta questão já que os restantes 53,3% dividiram as suas respostas, confundindo com os conceitos de Congruência - 20,0% - e Respeito – 33,3%.

No que diz respeito ao conceito de Empatia verifica-se que 46,7% dos inquiridos sabem o correcto conceito de Empatia. Já os restantes 53,3%, não conseguem dar uma distinção adequada do conceito de Empatia com o Conceito de Toque Terapêutico.

O conceito de Confrontação mostra-nos que 100% dos inquiridos assinalaram a correcta definição deste mesmo conceito.

Quanto ao conceito de Congruência obtiveram-se 80,0% de respostas correctas tendo apenas 20,0% dos inquiridos optado pela definição de Toque Terapêutico em detrimento da correcta opção nesta questão.

Para finalizar, na questão última e referente ao conceito de Toque Terapêutico obteve-se de novo uma grande diversidade de respostas. Apesar desta diversidade, 60,0% dos inquiridos optaram pela correcta definição deste conceito enquanto que 26,7% optaram pelo conceito de Empatia e 13,3% pelo conceito de Respeito.

IV – CONCLUSÃO

Este projecto de graduação foi realizado para determinar qual a perspectiva dos alunos do 2º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto sobre a Relação de Ajuda tais como Respeito, Empatia, Confrontação, Congruência, Escuta Activa e Toque Terapêutico.

Como objectivos de estudo: Identificar qual é, na perspectiva dos estudantes da licenciatura de Enfermagem do 2ºano da Universidade Fernando Pessoa, o conceito de Relação de Ajuda; Quais são os elementos que constituem uma Relação de Ajuda na perspectiva dos alunos do 2º ano da licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Para tal, foi realizado um estudo descritivo simples, cuja população alvo foi representada pelos 15 alunos do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

O questionário foi o instrumento de colheita de dados, escolhido.

Concluiu-se então que, os conceitos relativos à Relação de Ajuda foram em grande parte identificados pelos alunos do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, que na sua maioria evidenciaram ter conhecimentos sobre a questão em estudo.

Neste sentido sugere-se que os alunos possam passar por um momento em que revejam todos estes conteúdos antes de irem para campo de estágio de forma a terem estes conceitos presentes quando deles necessitarem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, B. (1989). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

CARVALHO, M. M. M. (1996) *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures. Lusociência.

CHALIFOUR, J. (1989) *La Relacion d'Aide en Soins Infirmiers*. Paris : Edições Lamarre.

CERVO, A., BERVIAN, P. (1983) *Metodologia Científica*. 3.^a edição. São Paulo: McGraw-Hill.

COELHO, M. L. L.P. (2000) *O primeiro estágio em Enfermagem: um estudo exploratório de expectativas e dificuldades*. Tese de Mestrado em Ciências da Comunicação. Lisboa: U.C.P.

DE KETELE, J.; ROEGIERS, X. (1999) *Metodologia de Recolha de Dados*. Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, B. F. P. (1990) *Relação enfermeiro/doente em âmbito psiquiátrico e não psiquiátrico*. Revista Servir.

ELHART, D. (1983) *Princípios científicos de Enfermagem*. Lisboa: Livros Técnicos e científicos.

FORTIN, M. (1999) *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

GIL, A. C. (1988) *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A. ISBN 85-224-0300-7.

GIL, A. (1995) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4.^a Edição. São Paulo: Atlas.

LAKATOS, E. M. (1985) *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Atlas, S.A.A.

MONDIM, B. (1980) *O Homem, quem é ele?* - Elementos da Antropologia Filosófica. 7^oed. S. Paulo. Edições Paulistas.

PEARSON, A.; B. V. (1992) *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3^a Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY, R.; CAMPENHOUD, L. (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RICHARDSON, R. (1989) *Pesquisa Social Métodos e Técnicas*. 2^a Edição. São Paulo: Editora Atlas.

ROPER, N.; L. e T (1995) *Modelo de Enfermagem*. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.

SERRÃO, D.; R. N. (1998) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora. ISBN 972-0-06033-6

SILVA, M. C.P. (1980) *Humanização na comunidade de saúde: Relação Enfermeiro/doente/família*. Revista “Servir”. Lisboa.

WATSON, J. (1985) *The Phylosophy and Science of caring*. Colorado: Library of Congress Catalog card Number.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

André Pedro de Almeida

Questionário

*Qual a perspectiva dos estudantes do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?*

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Eu, André Pedro de Almeida, aluno do 4º ano do Curso da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, pretendo realizar um estudo de investigação na área de Enfermagem, intitulado: *Qual a perspectiva dos estudantes do 2º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa perante a Relação de Ajuda?*

Para tal, solicito que me preencha este questionário.

Por favor, responda a todas as questões sem colocar o seu nome em folha nenhuma, pois as respostas são anónimas e confidenciais, destinando-se apenas para este estudo.

Em média o tempo gasto no preenchimento deste questionário é de aproximadamente 10 minutos.

Grato pela sua compreensão e colaboração.

Atenciosamente, o aluno :

(André Pedro de Almeida)

I – Caracterização socio-demográfica da amostra:

Responda assinalando com um X as respectivas quadrículas ou escrevendo nos espaços definidos para o efeito:

1. Género:

a) Masculino ___

b) Feminino ___

2. Idade _____ (em anos)

II- Importância da Relação de Ajuda em Enfermagem :

Assinale, com uma roda (O), a opção que mais se adequa à sua resposta :

1 - O que entende por Relação de Ajuda ?

A) Relação de ajuda, compreensão e apoio na qual o Enfermeiro não realiza juízos de valor

B) Relação na qual o que ajuda fornece ao doente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas

C) Ajudar alguém com quem tenhamos uma relação de proximidade

2 - O que entende por Respeito ?

A) Total comunicação com o doente e não apenas para as palavras que ele pronuncia, já que as palavras nunca traduzem a realidade complexa da experiência dos indivíduos

B) Mistura de intervenções activas da pessoa que presta ajuda visando a redução de distorções ou de contradições observadas na conduta da pessoa ajudada e na comunicação com ela

C) Atitude pela qual o enfermeiro reconhece que o doente é único na sua forma de estar no mundo e desta forma é digno de interesse e, acima de tudo, digno de reconhecimento e valorização

3 - O que entende por Escuta Activa ?

A) Total comunicação com o doente e não apenas para as palavras que ele pronuncia, já que as palavras nunca traduzem a realidade complexa da experiência dos indivíduos

B) Processo que conduz a um estado de coerência interna entre o que digo, penso e sinto, o qual implica uma maturidade emocional e uma compreensão autêntica de si mesmo

C) Atitude pela qual o enfermeiro reconhece que o doente é único na sua forma de estar no mundo e desta forma é digno de interesse e, acima de tudo, digno de reconhecimento e valorização

4 – O que entende por Empatia ?

A) Uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas para o paciente dependendo do momento, forma e local onde ocorre

B) Processo que conduz a um estado de coerência interna entre o que digo, penso e sinto, o qual implica uma maturidade emocional e uma compreensão autêntica de si mesmo

C) Capacidade de sentir o que outra pessoa esta sentindo, procurar imaginar-se no lugar do outro, encarar as coisas do seu ponto de vista implicando compreensão e simpatia

5 – O que entende por Confrontação ?

A) Uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas para o paciente dependendo do momento, forma e local onde ocorre

B) Mistura de intervenções activas da pessoa que presta ajuda visando a redução de distorções ou de contradições observadas na conduta da pessoa ajudada e na comunicação com ela

C) Ajudar alguém com quem tenhamos uma relação de proximidade

6 – O que entende por Congruência ?

A) Uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas para o paciente dependendo do momento, forma e local onde ocorre

B) Processo que conduz a um estado de coerência interna entre o que digo, penso e sinto, o qual implica uma maturidade emocional e uma compreensão autêntica de si mesmo

C) Atitude pela qual o enfermeiro reconhece que o doente é único na sua forma de estar no mundo e desta forma é digno de interesse e, acima de tudo, digno de reconhecimento e valorização

7 – O que entende por Toque Terapêutico ?

A) Uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas para o paciente dependendo do momento, forma e local onde ocorre

B) Total comunicação com o doente e não apenas para as palavras que ele pronuncia, já que as palavras nunca traduzem a realidade complexa da experiência dos indivíduos

C) Atitude pela qual o enfermeiro reconhece que o doente é único na sua forma de estar no mundo e desta forma é digno de interesse e, acima de tudo, digno de reconhecimento e valorização.