

Departamento de Sociologia e Políticas Públicas

**Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais**

**Marta Sofia Albuquerque Salgueiro**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Serviço Social**

**Orientadora:**  
Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

**Coorientadora:**  
Doutora Maria Inês Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

[Setembro, 2017]

Departamento de Sociologia e Políticas Públicas

**Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais**

**Marta Sofia Albuquerque Salgueiro**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Serviço Social**

**Orientadora:**  
Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

**Coorientadora:**  
Doutora Maria Inês Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

[Setembro, 2017]



*“A comunicação não é o que você fala, mas o que o outro compreende do que foi dito”*

**Cláudia Belucci**

*“Não podemos prever o futuro, mas podemos criá-lo”*

**Peter Drucker**



## **AGRADECIMENTOS**

À orientadora Maria João Pena, por toda a sua disponibilidade, orientação, rigor e esclarecimentos prestados ao longo da elaboração desta dissertação, mas também pelo seu inestimável apoio ao longo deste processo.

Um agradecimento especial à Doutora Inês Espírito Santo, enquanto coorientadora e mestre de um percurso bastante gratificante, pela sua disponibilidade, paciência, sabedoria teórica e profissional demonstrada.

A todos os elementos da área de Apoio Social, nas diferentes unidades do Centro Hospitalar de Lisboa Central, a quem devo um especial agradecimento pela sua dedicação, disponibilidade e contribuição para a realização desta investigação, possibilitando a obtenção de competências e conhecimentos e uma maior experiência para um início de uma carreira profissional.

Por último, a todos os meus familiares que me apoiaram ao longo deste processo.

A todos, o meu muito obrigada.



## **RESUMO**

A presente investigação incide sobre a importância da comunicação dos assistentes sociais e as competências que estes empregam na sua prática profissional com os indivíduos que recorrem aos seus serviços, uma vez que estas poderão condicionar o decurso de toda a sua intervenção. Cabe ao profissional, tendo por base um conjunto de conhecimentos, técnicas e valores efetuar um atendimento o mais humanizado, personalizado e assertivo possível com os indivíduos, a fim de potenciar o surgimento de uma empatia, proximidade e confiança recíproca entre ambos. Para tal, realizou-se uma revisão bibliográfica, a partir de materiais já concebidos, e analítica através de um tratamento interpretativo e comparativo de acordo com os dados alcançados, com vista a sustentar a dimensão conceptual. Os resultados deste estudo revelam que os assistentes sociais empregam nas suas intervenções um diverso conjunto de competências comunicacionais que lhes permitem auxiliar os indivíduos e/ ou familiares nas suas demandas e a ultrapassar ou eliminar possíveis dificuldades emergentes, apesar de ainda se constatarem algumas dissemelhanças nas múltiplas intervenções sociais, por parte dos profissionais, devendo estas ser melhoradas a fim de poderem estabelecer uma relação empática e efetiva com os sujeitos de intervenção.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Serviço Social, Comunicação, Competências.



## **ABSTRACT**

The present investigation focuses on the importance of the communication of social workers and the skills they use in their professional practice with individuals who use their services, since these may condition the course of all their intervention. It is up to the professional, based on a set of knowledge, techniques and values to make a service as humanized, personalized and assertive as possible with the individuals, in order to foster the emergence of an empathy, proximity and mutual trust between both. For this, a bibliographical review was carried out, from already conceived materials, and analytical through an interpretative and comparative treatment according to the data obtained, in order to sustain the conceptual dimension. The results of this study reveal that social workers employ in their interventions a diverse set of communicational skills that allow them to help individuals/ families in their demands and to overcome or eliminate possible emerging difficulties, although there are still some dissimilarities in the multiple social interventions by the professionals, which should be improved in order to establish an empathic and effective relationship with the intervention subjects.

## **KEY-WORDS**

Social Work, Communication, Skills.



## ÍNDICE

Índice de Quadros.....	xi
Índice de Figuras .....	xii
Glossário de Siglas .....	xiii
Introdução.....	1
Capítulo I.....	5
1. Serviço Social e Saúde .....	5
1.1 - Serviço Social em contexto Hospitalar .....	8
2. Comunicação .....	11
2.1 - Axiomas e Funções da Comunicação .....	14
2.2 - Modos de Comunicação.....	16
3. Comunicação na Intervenção Hospitalar dos Assistentes Sociais.....	21
3.1 - Comunicação na Relação Profissional-Utente .....	23
3.1.1 - Abordagem Humanista e de Ajuda centrada no utente.....	23
3.2 - Competências Comunicacionais Profissionais.....	25
3.2.1 - Comunicação em Equipa Multidisciplinar.....	35
3.2.2 - Problemas e Desafios Comunicacionais .....	37
Capítulo II .....	41
4. Desenho Metodológico.....	41
4.1 - Técnicas de Investigação .....	43
4.2 - Campo Empírico e Amostragem.....	45
Capítulo III .....	47
5. Apresentação dos Resultados .....	47
5.1 - Caracterização da Amostra .....	47
5.2 - Discussão e Análise dos Resultados .....	48
5.2.1 - Conhecimentos Profissionais .....	48
5.2.2 - Competências Profissionais .....	51
5.2.3 - Relação Profissional-Utente.....	60
5.2.4 - Comunicação Verbal.....	70
5.2.5 - Comunicação Não Verbal .....	73
5.2.6 - Comunicação Simbólica .....	77

Conclusão.....	81
Bibliografia.....	85
Fontes .....	91
Anexos.....	I
Anexo A - Modelo de Análise.....	I
Anexo B - Consentimento Informado (Profissionais).....	II
Anexo C - Consentimento Informado (Sujeitos de Intervenção).....	III
Anexo D - Guião de Entrevista .....	IV
Anexo E - Grelha de Observação.....	VI
Anexo F - Questionário de Satisfação 2015/ 2016.....	VIII
CV .....	IX

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 5.1 - Caracterização dos Entrevistados.....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 5.2.1.1 - Prestou informação sobre direitos, deveres e benefícios segundo diferentes unidades CHLC.....	51
Figura 5.2.3.1 - Como classifica o acesso de forma geral ao Apoio Social segundo unidades CHLC.....	61
Figura 5.2.3.2 - Disponível para escutar acerca do problema exposto segundo unidades CHLC.....	62
Figura 5.2.3.3 - Mostrou compreensão e interesse pela situação e suas necessidades segundo unidades CHLC.....	64
Figura 5.2.4.1 - Apresentou de forma clara como o problema poderia ser resolvido segundo unidades CHLC.....	72
Figura 5.2.6.1 - O espaço físico do atendimento foi adequado segundo unidades CHLC.....	79
Figura 5.2.6.2 - Sente que o contacto com o Assistente Social do Hospital foi benéfico para a sua situação da vida atual segundo unidades CHLC.....	80

## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS**

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

CFESS - Concelho Federal de Serviço Social

DGS - Direção-Geral da Saúde

HCC - Hospital Curry Cabral

HDE - Hospital Dona Estefânia

HSAC - Hospital Santo António dos Capuchos

HSJ - Hospital São José

HSM - Hospital de Santa Marta

MAC- Maternidade Alfredo da Costa

PAPOLPs - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAAS - Sistema de Apoio ao Assistente Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas



## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, a comunicação tem sido um tema alvo de diversos estudos e investigações, desde os anos 30 nos Estados Unidos da América até à atualidade, situando-se na base da construção de uma sociedade (Silva *et al.*, 2000). É um conceito alusivo ao processo de interação entre os indivíduos e à necessidade social, inerente à própria condição humana, no qual se verifica a partilha e a troca de experiências, comportamentos e sentimentos sendo igualmente alusiva a outras dimensões (política, económica e da própria vida em sociedade). Não obstante, constata-se igualmente um elo fulcral entre as diferentes comunidades, independentemente das diferenças de cada indivíduo e/ ou grupo cultural ou social. A comunicação apesar de deter inúmeras particularidades e elementos intervenientes, que se influenciam reciprocamente e de poder afetar o processo comunicacional estabelecido nas várias interações, ostenta-se como um elemento essencial para o desenvolvimento individual e social dos indivíduos ao promover a existência de relações interpessoais e dos seus sistemas (Gonçalves, 2012).

Na área do Serviço Social, a comunicação, apesar de ser uma temática ainda pouco desenvolvida e estudada é um instrumento básico fundamental na prática profissional do assistente social na medida em que este deve saber comunicar articuladamente e adaptar a sua linguagem a cada indivíduo, saber ouvir, observar e tomar consciência dos seus sentimentos, demonstrando interesse/ apreço pelos mesmos para que o entendimento seja o mais explícito possível e para poder melhorar ou superar as suas necessidades e dificuldades existentes (Carvalho, 2013). Neste sentido, na interação face-a-face<sup>1</sup> estabelecida entre o assistente social e os indivíduos que recorrem aos seus serviços é instituído um diálogo para prestar aconselhamentos e esclarecimentos sobre determinados assuntos, de modo a que estes alcancem o entendimento sobre o que está a ser comunicado pelos profissionais (Gonçalves, 2012). A sua concretização, irá tornar o processo de comunicação assertivo e possibilitar o surgimento de uma empatia, proximidade e a confiança recíproca, sendo essa demonstração realizada através de distintos modos de comunicação. Desta forma, este conceito alude a uma habilidade primordial e ferramenta crucial no quotidiano dos assistentes sociais pois é na relação de ajuda<sup>2</sup> estabelecida pelos profissionais e os indivíduos que ocorrem múltiplas interações, com a

---

<sup>1</sup> Segundo Ramos (1997, p. 126), pode ser definida como a enunciação de um discurso que pode ser expressa "...não só pela palavra, mas também pelo olhar, pela linguagem gestual, pela entonação...".

<sup>2</sup> O assistente social deverá estabelecer uma relação desprovida de ansiedades e de preconceitos, com ações que permitam a resolução de problemas, criando uma ponte entre o profissional social e os indivíduos no sentido de serem auxiliados para o seu ajustamento pessoal e o seu desenvolvimento enquanto pessoa independente capaz de enfrentar a vida (Rafael, 1996; Rogers, 2009).

transferência de informações não somente por palavras, mas também por olhares, entonações e gestos. Todavia, importa referir que a realização de uma comunicação apropriada, com a aplicação de um conjunto diverso de competências profissionais, um atendimento social e desempenho do assistente social humanizado e acolhedor para os sujeitos de intervenção não seria possível sem um conhecimento base à priori (teorias, competências e valores), uma investigação profunda e a existência de numa equipa multidisciplinar, para decidir o melhor caminho a seguir (Gonçalves, 2012).

Neste sentido, os assistentes sociais devem encarar cada indivíduo como um ser único e particular que requer a sua atenção, não devendo ser tratado de forma anónima e estandarizada. Devem aplicar os seus conhecimentos e aptidões na prática segundo um conjunto de orientações e valores, de modo a facultar o melhor suporte a todo e qualquer indivíduo, no progresso e na resolução dos seus problemas sociais<sup>3</sup> e posteriores consequências daí resultantes (Henriquez, 2001), demonstrando igualmente interesse pelo seu bem-estar através da compreensão dos fatores e das suas necessidades humanas. Não obstante, espera-se também que trabalhem não só em prol da sociedade, mas também dos indivíduos, comunicando de forma não discriminatória e sexista, salvaguardando os princípios de confidencialidade, privacidade e do uso responsável da informação sobre os mesmos. A sua concretização permitirá aos profissionais do Serviço Social serem encarados como depositários de um conjunto articulado de princípios éticos, valores, teorias e práticas a fim de possibilitarem mudanças nas sociedades. Todavia, podem emergir dificuldades e barreiras no decorrer da comunicação, quando este não se processa ou se realiza de uma forma eficiente o que, por sua vez, poderá pôr em causa a qualidade da mesma e a sua correta interpretação (Gonçalves, 2012).

Nesta linha de pensamento e face ao que foi exposto, considera-se que o presente projeto de investigação acerca da influência da comunicação na intervenção social, mais concretamente, as competências comunicacionais que os profissionais implementam nos seus atendimentos com os indivíduos para a emergência de uma relação de proximidade e empatia, ganha assim relevo e pertinência para a área do Serviço Social, com vista a poder contribuir para um conhecimento e compreensão mais profunda sobre este temática, recorrendo, para isso, a uma análise, debate e diálogo entre diversos contributos teóricos incidentes na mesma. Em

---

<sup>3</sup> Podem ser definidos como condições que se estabelecem em indivíduos enquanto desvios das normas sociais habituais ou quando um grupo de influência toma consciência da existência de condições sociais que afetam os seus valores e que podem ser remediadas mediante a realização de uma ação coletiva. Para tal, é primordial ter em conta várias dimensões: o contexto, o meio, o ambiente e o clima social em que estes problemas estão inseridos, identificando igualmente os fatores que mais influenciam (Olguín, 2010).

paralelo, o seu desenvolvimento e aprofundamento remetem para uma possível consciencialização por parte dos profissionais sobre o modo como intervêm com os outros e o seu posterior aperfeiçoamento, sendo estas as principais motivações e fundamentos para a realização desta investigação, a fim de obter uma comunicação mais decisiva na constituição e na estruturação de relações sociais, em contexto de atendimento social, e mais assertiva para facultar o melhor amparo e auxílio aos indivíduos que recorrem aos seus serviços.

Tendo em consideração a apresentação e justificação da temática efetuada, propõe-se como pergunta inicial orientadora desta investigação: Como é que as competências a nível da comunicação afetam a intervenção dos assistentes sociais em contexto hospitalar?

Com o objetivo geral de caracterizar as dimensões comunicacionais dos assistentes sociais no atendimento social aos indivíduos e familiares em contexto hospitalar, procura-se igualmente como objetivos específicos: Identificar as competências da comunicação (verbais, não verbais e simbólicas) empregues pelos assistentes sociais nos atendimentos sociais hospitalares aos indivíduos ou familiares; Reconhecer as competências comunicacionais que os assistentes sociais consideram importantes para a qualidade dos atendimentos sociais realizados aos indivíduos ou familiares; Compreender a importância que os indivíduos atribuem às competências comunicacionais a que os assistentes sociais recorrem; Identificar os fatores que facultam ou dificultam a existência de uma comunicação efetiva durante os atendimentos sociais; Reconhecer as eventuais habilidades comunicacionais em défice, aplicadas nos atendimentos sociais entre os assistentes sociais, indivíduos ou familiares, a serem melhoradas. Assim sendo e de acordo com o objeto de estudo, a orientação metodológica mais adequada é a abordagem mista com a aplicação complementar de técnicas qualitativas (entrevistas e observação direta) e quantitativas (inquérito por questionário) que visam conseguir alcançar informação significativa sobre a intervenção dos profissionais e as suas competências comunicacionais. Para tal, incidir-se-á nas diferentes unidades hospitalares do CHLC enquanto campo de estudo e nos assistentes sociais inseridos, assim como nos utentes participantes no estudo disponibilizado como amostras empíricas.

Em relação à disposição desta investigação, esta estrutura-se em quatro partes que traduzem seu o percurso realizado. Primeiramente, realiza-se um enquadramento concetual acerca do Serviço Social em contexto hospitalar, a comunicação e as suas particularidades, mas também nas principais competências profissionais para uma relação empática/ confiança. De seguida, exhibe-se uma explicação detalhada da dimensão metodologia, os resultados obtidos e a sua interpretação, análise e comparação, expondo-se, posteriormente, as ideias e reflexões mais relevantes a reter com a leitura deste trabalho, com vista a futuros desenvolvimentos.



## CAPÍTULO I

### 1. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Ao longo dos séculos, segundo Vieira (1989), o Serviço Social procurou a sua especificidade e o seu campo de atuação deixando de incidir apenas na esfera individual e no carácter educativo para recair numa visão holística. Para além de fazer parte integrante do conhecimento social contemporâneo e de procurar contribuir para a produção do mesmo, é considerada uma profissão que incorpora um corpo de conhecimentos científicos<sup>4</sup> sólidos e específicos que fundamentam e caracterizam a intervenção prestada aos indivíduos detendo, por isso, um carácter interativo, crítico, ideológico e sociopolítico assente na investigação, composição e implementação de propostas eticamente justificadas, para a terminação e/ ou melhoramento de diferenciadores relativos a questões individuais ou sociais (Lishman, 2009; Patrício, 2012). Tais intervenções múltiplas e diversificadas, para Bartlett (1993) e Pena (2012a), possuem como objetivo a defesa, preservação e luta intransigente da justiça social, dos direitos humanos, da dignidade humana, da liberdade e da autodeterminação dos indivíduos, para a construção de uma nova ordem societária mais igualitária e justa.

O Serviço Social, enquanto área assente no desenvolvimento do potencial e recursos humanos e na satisfação das necessidades humanas, procura promover e incentivar a construção de novas subjetividades/ perspetivas, modificando ou melhorando os comportamentos dos indivíduos para o seu bem-estar, de forma a responder às suas demandas sociais e ajudá-los a superar as mesmas (Guerra, 2015; Lishman, 2009; ONU, 1999; Martinelli, 2003; Sousa, 2008). Para além da sua dimensão objetiva, referente às necessidades básicas dos mesmos, abrange também uma dimensão mais subjetiva relacionada com o contexto e os fatores de influência interna e externa, para o exercício de uma cidadania mais ativa na sociedade e uma intervenção social<sup>5</sup> mais comunitária (ONU, 1999). Neste sentido, é uma área de reconhecimento dinâmico, essencial na construção e no desenvolvimento das sociedades, que constrói a sua especificidade teórica e científica no domínio das Ciências Sociais e Humanas diferenciando-se das restantes

---

<sup>4</sup> Patrício (2012), identifica um conjunto de conhecimentos que é necessário deter na prática profissional, como o conhecimento empírico (integração de teorias científicas com a aplicação de métodos científicos), estético (significado de um momento que se projeta na prática profissional face ao indivíduo), pessoal (modo como o profissional se vê e se conhece), ético (código moral presente na intervenção para respeitar e servir a vida humana como valor primordial), reflexivo (atitude crítica e reflexiva sobre as ações) e sociopolítico (condições políticas, sociais e económicas em que a prática se desenvolve).

<sup>5</sup> Segundo Robertis (2005), este conceito constata-se como um método de carácter dinâmico que pretende alcançar os objetivos determinados previamente, com valores subjacentes, existindo uma relação estreita entre os objetivos a alcançar e o modo de atuar do assistente social. Para além disso, possui um valor instrumental que visa a mudança, o desenvolvimento e a transformação social, onde existem tensões (individuais e coletivas), ganhos e perdas.

ao abarcar distintas orientações e valores que incorporam na sua ação e no seu saber inúmeros princípios, teorias e valores inerentes aos direitos humanos, enquanto princípio organizativo da sua prática profissional (CFESS, 1993; ONU, 1999).

Segundo Guimarães *et al.* (2013), esta área científica ao longo dos tempos, tem reafirmado um compromisso com o processo de constituição de uma nova ordem societária, sem dominados e dominantes, tendo por base a minoração ou eliminação de preconceitos, discriminação, opressões, conflitos e violências existentes (ONU, 1999). Para Lisboa e Pinheiro (2005), o Serviço Social ao ser uma área de compromisso ético-político configura-se como uma aliada que procura ajudar os indivíduos nas suas necessidades e limitações (físicas e/ ou psicossociais) concedendo-lhes um sentido de solidariedade e unidade, com vista a despontar uma possível mudança de ser, sentir, ver e agir nos mesmos (Castro e Oliveira, 2012). Neste sentido, o Serviço Social passa a integrar na sua agenda novas formas metodológicas de intervenção e a adotar uma postura mais crítica/ reivindicativa na realidade social, onde se destacam princípios como a liberdade, cidadania, autonomia, emancipação e a autodeterminação. Para além de o Serviço Social se interessar por valorizar os direitos e liberdades individuais e/ ou coletivas, orientados para uma justiça social, integra similarmente uma complexa prática orientada para a prestação de serviços, procurando potenciar um melhor acesso e um tratamento mais justo/ equitativo dos indivíduos no que diz respeito à área da Saúde (Carvalho, 2012a; Guerra, 2015; Pena, 2012b). Posto isto, o Serviço Social preocupa-se com a valorização e o alargamento dos direitos de cidadania dos indivíduos que recorrem aos seus serviços, procurando compreender os fenómenos sociais, culturais e económicos que interferem ou afetam o seu processo saúde-doença, implementando estratégias de intervenção adaptadas para o seu enfrentamento (CFESS, 2002; Patrício, 2012). Não obstante, intervém junto dos sujeitos e familiares, reconhecendo a relevância da socialização de informações e de zonas de reflexão conjunta com os mesmos, para que a saúde possa ser entendida como um “...produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, económicas e políticas do país...” (Castro e Oliveira, 2012, p. 191).

Nesta linha de pensamento o Serviço Social na saúde, foi-se preocupando cada vez mais com a implementação de práticas/ estratégias autónomas para atingir um maior nível de bem-estar físico, psicológico, emocional e social dos indivíduos, mas também na promoção da saúde e da prevenção das suas doenças, assentes numa razão crítica e segundo determinados aspetos éticos e valores humanitários sólidos, sem deixar de menosprezar a compreensão dos indivíduos como sujeitos individuais, dignos e responsáveis pelas suas histórias de vida (Hepworth *et al.*, 2010; Koprowska, 2014; Pinto, 2010). As suas ações aliaram-se à efetividade de respostas

sociais, em serviços distintos, que possibilitem reduzir os danos e/ ou impactos causados pela doença na vida dos indivíduos, emergindo a proteção à saúde enquanto estratégia profissional (Carvalho, 2012a). Neste sentido, a temática do social e do trabalho com o social ganha assim relevo na interação direta entre o profissional-utente e nas suas intervenções no âmbito da dignificação da saúde, constituindo-se como um dos principais campos de atividade profissional de carácter transversal, assim como parte integrante da identidade desta área e um dos primordiais domínios de sua atuação (Alves, 2011; Guerra, 2015). Concomitantemente, com a introdução novas de técnicas, a sistematização e a aplicação prática de teorias no âmbito da relação profissional-utente, o Serviço Social na área da saúde passa a proporcionar o estabelecimento de relações “...entre as necessidades pessoais e familiares<sup>6</sup> e os casos de doença...”, mas também o “...papel da investigação nas técnicas médicas sociais...” e na orientação/ coordenação “...do corpo de voluntários...”, funcionando assim como eixo axial de um exercício não diferenciador de ajuda e de defesa dos direitos dos sujeitos e seus familiares (CHLC, 2007, p. 27). Não obstante, segundo Martinelli (2011) e Patrício (2012), o Serviço Social ambiciona ajudar os indivíduos ou familiares a atingir uma harmonia adequada entre a esperança/ otimismo para o recobro e uma aceitação/ consciencialização da realidade face às limitações que a doença impõe, com o intuito de favorecer o ajustamento e enfrentamento à sua situação de modo construtivo e criativo, mas também que os mesmos sejam agentes ativos na sua própria situação de saúde, na consolidação da sua autonomia e no seu posterior fortalecimento/ integração social na humanidade, identificando e prevenindo possíveis disfunções e erros que dificultem estes aspetos (Soares, 2013). Neste sentido, as suas ações de cariz interventivo e emancipatório sobre o meio e as condições de vida e de saúde dos indivíduos passam pelo acesso, otimização e prestação de cuidados de saúde, assim como a difusão de informação, a promoção de comportamentos saudáveis e a avaliação de situações que carecem de ajuda social com o intuito de assegurar aos mesmos uma resposta eficaz e um estágio mínimo de sobrevivência social e económica, ou seja, a qualificação e humanização dos serviços. Segundo Carvalho (2012a), o conhecimento e a intervenção do Serviço Social em saúde constroem-se e desenvolvem-se em redes sociais, nomeadamente, o indivíduo, a família e as instituições. É neste âmbito que se incide o Serviço Social na Saúde.

---

<sup>6</sup> Unidade de cuidado primordial do indivíduo ao longo do seu processo saúde-doença ao facultar amparo, apoio, suporte, estruturação e orientação, ajudando-o na sua reabilitação e posterior inserção social na sociedade (Castro e Oliveira, 2012).

## 1.1 - Serviço Social em contexto Hospitalar

Em contexto hospitalar os profissionais do Serviço Social pretendem promover e proteger a saúde dos indivíduos que recorrem aos seus serviços, que se encontram muitas vezes em sofrimento, ansiedade e vulnerabilidade, necessitando da prestação de cuidados hospitalares e da melhoria da sua qualidade de vida, procurando prevenir possíveis agravos e complicações, através de um conjunto de ações organizadas, sustentadas e articuladas com a comunidade (Castro e Oliveira, 2012; CHLC, 2007; Martinelli, 2003). As ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, segundo Pinto (2010), são estratégias caracterizadoras desta área científica, ao ambicionarem minimizar os dilemas dos indivíduos e melhorar o seu estado de saúde, fortalecendo as suas potencialidades, a fim de possibilitar uma possível abertura à mudança e/ ou melhoramento dos seus hábitos e contribuir para a construção de novos sujeitos sociais e dos seus comportamentos/ pensamentos. Para Carvalho (2012a), as finalidades e orientações dos profissionais remetem para a mediação e elo de ligação entre o indivíduo, familiares e instituição, para o acionamento e implementação de intervenções que visam a promoção, reabilitação e recuperação dos mesmos, a fim de promover as suas condições de saúde e de vida.

À área do Serviço Social hospitalar compete<sup>7</sup> a garantia de um adequado e cordial acolhimento<sup>8</sup> social aos indivíduos, prestando um apoio para a sua integração e uma análise<sup>9</sup> global dos fatores determinantes referentes aos mesmos e seus familiares, com a subjacente orientação/ acompanhamento psicossocial e construção do diagnóstico participado, no sentido de obter o maior número de informações pertinentes, identificando e salvaguardando as suas características particulares, os seus problemas e necessidades para a sua avaliação social, de modo a que o profissional obtenha um quadro de referência geral<sup>10</sup> sobre cada indivíduo com vista a melhorar a sua qualidade de vida e posterior reintegração social (Castro e Oliveira, 2012; DGS, 1998; Guerra, 2015). Após a identificação e levantamento desses carecimentos

---

<sup>7</sup> De acordo com a Circular Normativa do Ministério da Saúde nº 8, 16 de Maio de 2002.

<sup>8</sup> Segundo Castro e Oliveira (2012) e Soares (2013), caracteriza-se pela atitude dos profissionais na receção, escuta e tratamento de um modo humanizado aos indivíduos e suas necessidades, estabelecendo uma relação de apoio, interesse e confiança entre ambos.

<sup>9</sup> Nesta caracterização realiza-se uma recolha de dados multidimensionais referentes à pluridimensionalidade dos indivíduos que recorrem aos seus serviços, nomeadamente, o género, faixa etária, estado civil, religião, estado de saúde, unidades de apoio familiares e relação com os mesmos, condições sociais, culturais económicas, entre outras, sem deixar de menosprezar os seus antecedentes e o seu passado clínico (Castro e Oliveira, 2012; CHLC, 2007; Guerra, 2015).

<sup>10</sup> A obtenção de informações pode ser igualmente realizada através do diálogo, da informação contida em sistemas de apoio informático, da consulta do processo, de reuniões de equipa ou de visitas médicas (Soares, 2013). Quanto mais rápido estes elementos forem recolhidos precocemente, mais a intervenção social será realizada no tempo em que a clínica está a ser resolvida.

pertinentes que visam o tratamento, a reabilitação plena e a programação da alta do sujeito (clínica e social), atempadamente, procede-se ao planeamento individual dos cuidados de saúde dos mesmos de acordo com as metas estabelecidas (CHLC, 2007), criando uma relação de ajuda<sup>11</sup> e confiança entre ambos de modo a potenciar as capacidades dos indivíduos e os recursos/ escolhas sociais ou de saúde disponíveis na comunidade, mas também a constituição de um “nós” pelo mútuo entendimento (Patrício, 2012). Neste sentido, torna-se fulcral a estimulação dos indivíduos na consciencialização, aceitação e enfrentamento do seu processo saúde-doença, na redefinição dos seus novos planos e fases da vida, mas também o conhecimento por parte do profissional sobre a rede de cuidados existente para uma intervenção mais rápida e eficaz, assim como das inúmeras políticas sociais de suporte, devendo sempre informar e esclarecer os indivíduos e seus familiares sobre as mesmas, os seus direitos e deveres em relação aos serviços de saúde. Segundo Soares (2013), a seleção e o registo contínuo dos equipamentos sociais de todo o tipo de informações e procedimentos efetuados que abrangem cada processo social que iram permitir responder às necessidades de apoio social aos indivíduos, constata-se como elementos igualmente essenciais durante todo o processo saúde-doença dos mesmos para o conhecimento/ envolvimento dos restantes profissionais da unidade, serviço ou estabelecimento hospitalar (CHLC, 2007).

De acordo com a conjugação dos dados recolhidos e o estado em que o indivíduo se encontra, através das diversas técnicas científicas implementadas, planeiam-se, preparam-se e realizam-se as estratégias/ ações que melhor se adequam ao sujeito e às suas necessidades, efetuando-se um apoio assistencial, se necessário (alimentos, roupa, medicação, residência, entre outros), e uma articulação com a rede informal (familiares, amigos), formal de apoio (outras entidades competentes), intra-institucional ou inter-institucional para a dinamização e/ ou resolução dos problemas que dificultam o seu tratamento e reabilitação, esclarecendo sempre aos sujeitos e familiares quaisquer dúvidas existentes e os caminhos a percorrer que, segundo a DGS (1998) e Soares (2013), se ostentam como aspetos fulcrais para assegurar o encaminhamento e o seguimento dos serviços hospitalares aos indivíduos. Neste sentido, o profissional participa na equipa de gestão de altas, promovendo os contactos e as articulações necessárias para a caracterização da alta dos indivíduos no momento da alta clínica, no âmbito do processo da continuidade dos cuidados (CHLC, 2007).

---

<sup>11</sup> Elemento chave regido por um conjunto de conhecimentos e técnicas num dado tempo e meio, onde se verifica a necessidade dos indivíduos serem compreendidos, escutados e reconhecidos na sua identidade e singularidade (Rafael, 1996; Rogers, 2009).

De entre as diversas propostas de intervenção de saúde possíveis, o encaminhamento social para o serviço de apoio domiciliário, lar, centro de dia, RNCCI (rede nacional de cuidados continuados em regime ambulatorio, média duração, longa duração ou paliativos) e a ação social (apoio a medicação e/ ou outros para fazer frente às dificuldades existentes), constata-se como propostas empregues pelos profissionais em contexto hospitalar, sendo sempre importante a existência de um documento (consentimento informado) que comprove a tomada de conhecimento desse processo por parte dos mesmos e/ ou familiares. Nesta referenciação, as avaliações dos indivíduos acerca da sua autonomização, dependência, estado de saúde, rede de apoio, situação familiar, económica e habitacional, são sempre elaboradas por um médico, enfermeiro e assistente social sendo sempre, importante clarificar e validar as dúvidas/ esclarecimentos existentes destes elementos antes de informar e comunicar as possíveis decisões aos sujeitos de intervenção ou familiares (Gambrill e Gibbs, 2009; Soares, 2013). Todavia, torna-se importante referir que toda esta situação afeta simultaneamente o próprio indivíduo a nível psicológico pela sua dependência e incapacidade, a sua família ao não conseguir dar uma resposta adequada e os cuidados necessários ao mesmo, os outros doentes ao aguardarem resposta para o seu tratamento, mas também à própria instituição ao não deter capacidade de apoiar todas as carências/ pedidos dos indivíduos ou familiares. Num último momento, trabalha-se no pós-alta hospitalar com a prestação de serviços humanizados que visam a recuperação, reabilitação plena, autonomização, bem-estar físico/ psicossocial e ingresso dos indivíduos na sociedade, dinamizando as potencialidades e capacidades humanas que enriqueçam as suas vidas, garantindo assim condições dignas e de qualidade através de uma prévia preparação, implementação e continuidade do processo de cuidados de saúde aos mesmos (CHLC, 2007; Pena, 2012b; Soares, 2013).

Neste sentido, segundo Soares (2013), a intervenção dos profissionais em contexto hospitalar detém como objeto não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde encontrados nos indivíduos, os processos sociais de vida e as transições enfrentadas pelos mesmos no decorrer da sua vida. O seu principal desígnio remete para a promoção e prestação de direitos no processo da reabilitação e integração social dos indivíduos na comunidade, procurando contribuir e capacitar os mesmos (autoeficácia) a lidarem melhor com os inúmeros desafios quotidianos emergentes, através de práticas complexas e apoios que garantam a qualidade e a melhoria dos serviços de saúde aos mesmos. Esse processo de ajuda, baseado na implementação e maximização de um conjunto de conhecimentos e habilidades profissionais, deve constituir uma “verdadeira arte” (Soares, 2013).

## 2. COMUNICAÇÃO

Os indivíduos enquanto seres sociais preparados para viver, relacionar e estabelecer interações na sociedade partilham, intrinsecamente, a partir do seu nascimento, informações, sentimentos e emoções, mas também comportamentos, experiências e opiniões por meio de uma determinada linguagem e canais. Desde sempre, os seres humanos carecem de satisfazer as suas necessidades básicas, fisiológicas e de segurança, mas também de afeto, estima e autorrealização para alcançarem o seu bem-estar e conseguirem ser aceites na sociedade recorrendo, para isso, à comunicação (Carvalho, 2013; Gonçalves, 2012).

Esta temática, com o decorrer do tempo, foi-se tornando multidisciplinar e central no debate intelectual das sociedades com a elaboração de diversos contributos, o que consistiu um dos momentos mais decisivos para a mesma (Marcos, 2007; Ribeiro e Guimarães, 2009).

O conceito de comunicação apesar de ter vindo a sofrer alterações e transformações do seu significado, para Gomes (2009, p. 12) e Rodrigues (2001), provém do latim *communicare* e é sinónimo de “...tornar conhecido, fazer saber, participar. Ligar. Transmitir. Entrar em relações. Corresponder-se. Transmitir-se, propagar-se. Ter passagem comum”. Para estes autores, é um canal de autoexpressão, autogestão e autodesenvolvimento que visa a obtenção de um entendimento mútuo da mensagem transmitida na relação entre os indivíduos, na qual se constata a convergência, permuta e transferência de elementos (informações, significados, ideias, revelações, descobertas e efeitos mútuos), mas também o reconhecimento de que estes processos se sucedem ao nível da experiência humana. Sem estes elementos não seria possível entender os problemas e as obrigações dos outros, haver a elaboração de uma nova experiência e uma reflexão por parte dos indivíduos sobre si mesmos e suas ações sobre os outros, em função desse entendimento. Neste sentido, a comunicação detém um papel essencial nas atividades diárias e na vida quotidiana, na qual compreendê-la é valorizar as relações, a linguagem e o diálogo empregue, refletindo sobre estes (Gomes, 2009; Roque, 2005).

Segundo diversos autores, a comunicação constata-se como um elo de ligação entre sociedades, um espaço interdisciplinar de conhecimento e processo multidirecional motivador e promotor de envolvimento entre os membros da comunidade, essencial no desenvolvimento individual e social de qualquer indivíduo ao possibilitar a existência de relações interpessoais e dos seus sistemas, podendo alterar e/ ou afetar (in)diretamente os comportamentos, opiniões e condutas dos mesmos, apaziguando possíveis conflitos emergentes (Gomes, 2009; Gonçalves, 2012; Marcos, 2007). Nesta conformidade, segundo Rego (1999) e Teixeira (2004), a comunicação constitui-se enquanto fator de integração e interação social na qual os indivíduos fazem parte, sendo iniciadores e produtos da mesma, ao desenvolverem e ampliarem as suas

aptidões comunicativas com determinados modos e usos de linguagem segundo os seus interesses, crenças, valores, história de vida e cultura (Carvalho, 2013; Silva *et al.*, 2000).

Para Berger e Luckmann (1999, *citado por* Gonçalves, 2012) a comunicação é uma técnica que permite a transmissão de uma mensagem a um público, face a Curvello (2002), que defende a comunicação enquanto diálogo, interação direta, que possibilita compartilhar e reproduzir as próprias representações, símbolos, categorizações e expectativas dos indivíduos, caracterizando-se enquanto “...relação social transformadora...” e dinâmica que demonstra “...algo mais que um instrumento que torna possível o diálogo” (Carvalho, 2013, p. 19; Lishman, 2009). Não obstante, para Mauai (2015), a comunicação é entendida como um envolvimento mútuo entre “interactantes”, numa rede de influências e partilhas de orientações e significados efetivos, mas também como um instrumento base de (re)produção e intercâmbio da humanização das relações (Coriolano-Marinus, 2014; Gomes, 2009). Segundo Marcos (2007), trata-se de considerar todo o processo de socialização realizados pelos indivíduos.

Neste sentido, a comunicação é vista como um ato construtor e modificador de relacionamentos interpessoais, um ato político, moral e de construção social que detém como principais vantagens o facto de potenciar a união e coesão dos indivíduos no relacionamento humano e de garantir a sua valorização (Carvalho, 2013; Guerra, 2015; Roque, 2005). A comunicação será mais ou menos eficaz/ eficiente, segundo Gonçalves (2012), quanto mais os efeitos gerados se aproximarem dos objetivos inicialmente delineados, dependendo sempre do modo como a comunicação se processa entre os intervenientes (Rego, 1999).

De forma a complexificar esta temática, Gomes (2009, p.12) vem incidir na explanação de algumas particularidades deste campo, nomeadamente, o seu processo. Segundo este autor, o ato de comunicação é questionar-se acerca de: “Quem diz o quê, em que canal, a quem e com que resultado?...”, numa relação de interdependência e de mutualidade estabelecida entre os intervenientes, dependendo das aprendizagens adquiridas ao longo das suas vidas e com quem interagem, transferindo-lhes estas uma determinada linguagem (Berlo, 2010). Ao incorporarem esses aprendizados, integram-nos na sua personalidade, passando a raciocinar e a comunicar de acordo com a sua experiência individual. No processo de comunicação, os indivíduos selecionam e organizam apenas alguns sinais e estímulos das suas experiências comunicativas, atribuindo-lhes um significado em relação à maneira como se interligam com as mesmas (Berlo, 2010). Na ótica de Gonçalves (2012), os indivíduos através da adoção de determinadas estratégias, conseguem comunicar de uma forma seletiva, estruturada e discriminada para que o processo comunicativo vá ao encontro das suas necessidades, alterando de sujeito para sujeito. Quanto mais harmoniosas forem as interações diretas que estabelecem com os outros, maior

será o seu sentimento de realização e, por conseqüente, as relações humanas existentes na sociedade. Ribeiro e Guimarães (2009), embora abarquem alguns pontos em comum com as teorias de Berlo (2010) e de Gonçalves (2012), referem que no processo de comunicação são aludidos aspetos específicos da cultura dos indivíduos, das suas experiências e expectativas perante os outros, assentando nas características e necessidades individuais de cada ser humano enquanto alicerces de toda a atividade humana, mas também nas interações pessoais de comunicação que cada indivíduo estabelece ao longo da sua existência.

No processo comunicativo, segundo Roque (2005), existem duas dimensões fulcrais: o conteúdo que alude às mensagens transmitidas e a relação que resulta da emissão das mesmas, já para Gonçalves (2012), existem cinco componentes básicas essenciais que determinam a qualidade<sup>12</sup> da comunicação e sem os quais o processo não existiria, nomeadamente, o emissor, o recetor, a mensagem, o canal e o referente. Todos estes aspetos, segundo diversos autores, devem ser examinados de forma integrada, desde as habilidades/ conhecimentos dos emissores e dos recetores sobre o assunto, às suas posições sociais, à distância entre ambos, ao contexto cultural onde se encontram, à compatibilidade do canal, ao conteúdo da informação, entre outros. Contudo, Fiúza e Kilimnik (2004, *citado por* Gonçalves, 2012), aludem à presença de outras categorias igualmente determinantes como o idioma e o vocabulário utilizado, o ênfase prático, o tempo despendido, a clareza/ brevidade, o clima e os esforços comunicativos.

Na perspetiva de Monteiro *et al.* (2008) e Gomes (2009), a mensagem caracteriza-se pelo conjunto de sinais e significados subjacentes que integram o conteúdo dessa mesma comunicação, devendo ser emitida de modo confiável e adaptado para que seja decodificada pelo recetor sendo, por isso, essencial a proximidade entre os intervenientes e a adequação ao contexto/ conteúdo da informação, para aumentar a exatidão da mesma, e a partilha de um código comum entre ambos visando uma comunicação favorável (Gonçalves, 2012). Aspetos como o modo de transmissão, o seu potencial persuasivo, a simplicidade e a repetição da mensagem constata-se, segundo Rego (1999), como elementos facilitadores e influenciadores para a sua compreensão e memorização. A falta destes aspetos poderá originar a emergência de barreiras linguísticas e uma possível terminação da interação.

O emissor, para diversos autores, é um elemento fundamental para que a comunicação se concretize de uma forma simples e objetiva, sem tensões e interferências, devendo ser

---

<sup>12</sup> A qualidade da informação traduz-se, para Fiúzia e Kilimnik (2004, p. 6), pela "...integridade, nível de qualidade dos dados, acuracidade, nível de qualidade com que os dados representam a realidade, e completude, a quantidade suficiente de dados para a compreensão da mensagem...", envolvendo mudanças de comportamentos.

congruente com a mensagem transmitida e deter atitudes positivas e sinceras na emissão, visando a perceptibilidade e a compreensão da mesma por parte do recetor (Gonçalves, 2012; Monteiro *et al.*, 2008). Quanto maior for o *status*/ importância do emissor, mais eficaz será a comunicação e maior será a credibilidade/ confiança atribuída ao conteúdo da mensagem divulgada, assim como o poder da sua aceitação e persuasão o que, conseqüentemente, acarretará elevadas possibilidades para a produção de uma ação desejada ou acreditação de uma possível mudança por parte dos indivíduos (Rego, 1999; Sousa, 2015).

Seguindo esta linha de pensamento, o recetor, o que recebe a mensagem, deve estar receptivo e interessado em apreender e compreender a mensagem corretamente para a decodificação e posterior interpretação correta dos códigos e significações subjacentes. Segundo o mesmo autor, o canal utilizado/ veículo que leva a mensagem, deve estar adequado ao contexto cognitivo e social onde a comunicação ocorre, à linguagem utilizada e ao conteúdo da mensagem (Gomes, 2009; Koprowska, 2014, Monteiro *et al.*, 2008; Ramos, 1997). Após o acolhimento e interpretação da mensagem por parte do recetor, ocorre um processo de retroação (*feedback*) ao se transmitir um retorno à mensagem, abrindo-se espaço para a troca de informações, argumentações e esclarecimentos de dúvidas, sendo esta reação a mais relevante no processo comunicativo, segundo alguns autores (Gonçalves, 2012; Fiúzia e Kilimnik, 2004). A decodificação da mensagem recebida e a eficácia comunicacional na inter-relação entre os elementos que a compõem, encontra-se dependente de pontos chave como a compatibilidade do canal, a adequação do código, o conteúdo da mensagem (referente), entre outros. Neste sentido, a comunicação deverá processar-se num duplo sentido (emissor-recetor e vice-versa) funcionando como uma troca entre ambos. Quando essa retroação não se efetua, a comunicação torna-se mais pobre e negativa, concretizando-se apenas num sentido, sendo esta resultante de aspetos como a falta de tempo, desníveis de poder ou o desejo de não providenciar uma informação correta (Rego, 1999). A transmissão e “materialização” dessa variedade linguística a que os indivíduos recorrem poderá ser realizada de distintos modos comunicacionais.

## **2.1 - Axiomas e Funções da Comunicação**

De forma a estudar o fenómeno da comunicação, incidiu-se sobre alguns princípios pragmáticos que se estabelecem enquanto axiomas conjecturais para uma comunicação bem estruturada, sucedida e eficaz (Pena, 2012b; Soares e Lopes, 2013). O primeiro remete para a impossibilidade de não comunicar, pois a partir do momento em que estamos aptos para codificar e decodificar mensagens, estamos em permanente comunicação, mesmo que não seja essa a intenção ou querer. Para Watzlawick *et al.* (2011), sejam palavras ou silêncio, atividade

ou inatividade, tudo contém um valor de mensagem não existindo, portanto, um não-comportamento. O segundo princípio alude à existência de aspetos de conteúdo e relacionais na comunicação ao se tornar fulcral considerar e entender as particularidades da comunicação, assim como o contexto relacional onde a mesma ocorre para conseguir compreender a mensagem transmitida (Patrício, 2012). Segundo Pereira (2013) e Watzlawick *et al.* (2011), toda a comunicação/ interação de consentimento e compromisso com o outro contém, para além do subjacente significado verbalizado através de palavras, mais do que informações, como os comportamentos, sendo a relação a base do contexto em que a comunicação ocorre.

Segundo esta linha de pensamento, o terceiro axioma incide no facto de todos os aspetos relacionais entre os indivíduos e o seu posterior entendimento sobre o que está a ser comunicado serem historicamente determinados por interações prévias entre ambos e por padrões culturais definidos, influenciando o modo como cada um interpreta e se comporta em relação aos demais (Pereira, 2013). Segundo Watzlawick *et al.* (2011), a existência e partilha de convenções de pontuação ajudam a organizar importantes sequências de interação, encontrando-se a natureza de uma relação na contingência da pontuação de sequências comunicacionais entre os intervenientes. O quarto propósito recai na comunicação digital e analógica que os indivíduos empregam por meio de diversos canais de expressividade humana, sendo a primeira alusiva à linguagem convencional subjacente à cultura vigente entre os mesmos, e a segunda à modalidade relacional da comunicação onde se utilizam maioritariamente recursos não verbais imprecisos (Patrício, 2012). Para Watzlawick *et al.* (2011), estes dois modos de relação não só existem lado a lado como se complementam, podendo emergir dificuldades comunicativas com a perda de informações quando os indivíduos procuram traduzir uma linguagem para a outra. Por fim, o último princípio refere que todos os intercâmbios comunicativos são simétricos ou complementares, baseando-se na igualdade ou na diferença, segundo a qual as interações comunicacionais e as ações dos interlocutores se propagam a partir do primeiro comportamento do emissor, numa lógica temporal, seja ela complementar/ igual ou simétrica/ diferente face aos outros (Soares e Lopes, 2013). Segundo estes autores, todos estes axiomas condicionam a comunicação, permitindo compreender a sua importância nos vários domínios da sociedade.

Em relação às funções da comunicação, esta detém, na sua ampla extensão, inúmeros propósitos entre elas, a de investigação (procura de informações/ formações), entretenimento (favorecer as interações e diminuir ansiedades) e persuasão (motivar à mudança de comportamentos), não se limitando apenas à mera transmissão de informação (Caetano e Rasquilha, 2007; Patrício, 2012). Para além destas, segundo Gonçalves (2012), a função de retroação, de integração ou de valores, a argumentativa e de mudança assumem-se similarmente

como possíveis funções caracterizadoras deste fenómeno. Não obstante, para Briga (2010), a função que mais determina a comunicação é a possibilidade de um estabelecimento relacional significativo com os indivíduos, já para Carvalho (2012b), a sua principal função incide no desenvolvimento estratégico e na melhoria do processo de gestão, facilitando a aculturação dos indivíduos através da partilha de referências comuns, práticas e realidades. De forma a complexificar estes pensamentos, Brautl (1992, *citado por* Carvalho, 2012b), afirma que a comunicação detém diversas funções, nomeadamente, a informativa ao pretender veicular os conhecimentos e os saberes existentes, de integração a partir do desenvolvimento do sentido de pertença, de retroação na medida em que ocorre o retorno das mensagens transmitidas com o intuito de as verificar e validar, de sinal ao haver emissão e multiplicação de sinais, comportamental ou argumentista para assinalar determinadas informações simples e indispensáveis, de mudança com a modificação de comportamentos, atitudes e mentalidades e, por último, de imagem alusiva à representação favorável que se pretende transmitir ao longo de uma interação. Não obstante, segundo Robbins (2002, *citado por* Carvalho, 2012b) e cMyers (1982, *citado por* Carvalho, 2012b), a Comunicação pode igualmente abarcar outros propósitos como a de coordenação, pesquisa e orientação, socialização, inovação, integração, assim como de motivação e expressão emocional. Contudo, Carvalho (2012b), expõe que o impacto da mesma se reflete aos mais altos níveis ao desempenhar funções de grande vitalidade sendo, por isso, difícil de entender os seus limites e utilidades. Assim sendo, para Patrício (2012) e Alves (2011), sejam quais forem a(s) função(s) que lhe subjazem, o seu propósito remeterá sempre para a implementação e promoção de uma relação efetiva entre os indivíduos.

## **2.2 - Modos de Comunicação**

Dos diversos tipos de comunicação existentes, a verbal apresentada por Ribeiro e Guimarães (2009), remete para o modo como os indivíduos percecionam e expressam a realidade, sendo que as informações transmitidas detêm um carácter informativo. Caracteriza-se pela simples participação e procura numa conversa que possibilita o estabelecimento de interações diretas segundo as regras de convivência social aceites e executadas na sociedade (Mauai, 2015), mas também pela sua versatilidade, a implementação de linguagens efetuadas de forma consciente através de uma linguagem discursiva, falada ou escrita e, pela exteriorização do social com um estatuto significante (Carvalho, 2013; Rodrigues, 2001). Segundo Marcos (2007), Ribeiro e Guimarães (2009) a comunicação verbal apesar de revelar aspetos da personalidade individual dos indivíduos e de expressar as suas ideias, mensagens ou estados emocionais, insinua e impõem-se em todos os domínios da experiência, podendo incluir

questões, reflexões, desafios ou confrontos (Lishman, 2009; Monteiro *et al.*, 2008). Este processo interativo constitui-se como um fenómeno histórico e social na qual todos os indivíduos envolvidos no ato comunicativo atuam sob a influência do meio social onde estão inseridos, ajustando e coordenando os seus métodos, modos de falar e comportamentos perante as características do outro, empenhando-se numa troca pragmática para que possam alinhar a sua imagem e papel social durante todo o processo (Alves, 2011; Mauai, 2015). Como complemento, Ribeiro e Guimarães (2009) e Patrício (2012) aludem à existência de um diálogo caracterizado pela existência de pausas, hesitações e outros atributos prosódicos, mas também à possibilidade de aprofundar detalhes, repetir ou minuciar uma informação que não tenha sido completamente percebida pelo recetor, visando enriquecer a informação que é divulgada, tornando-a mais clara, concisa, precisa, persuasiva e adaptada ao recetor. Neste sentido, para que seja eficaz, é importante que haja um conhecimento particular do mundo e das regras situacionais e institucionais existentes, dos sentimentos, atitudes e perceções relativamente aos outros intervenientes para assim se conseguir desempenhar papéis linguísticos e discursivos eficazes/ apropriados, numa relação de cooperação/ abertura, e para poderem compreender e serem compreendidos, mas também que se utilizem e combinem as formas mais adequadas no processo comunicacional, com vista a preservar o carácter harmonioso da relação interpessoal estabelecida (Mauai, 2015; Roque, 2005). Quanto maior for a proximidade e confiança entre os indivíduos, a escolha e o modo cuidado/ claro como ambos se exprimem, maiores serão as articulações linguísticas por estes estabelecidas e a posterior cooperação conversacional, com a coprodução de sentidos e/ ou sentimentos empáticos entre ambos (Patrício, 2012).

Por outro lado, Gonçalves (2012) vem expor outro tipo de comunicação: a escrita que, apesar de não conter o poder e a versatilidade da comunicação verbal, remete para a transmissão e sustentação de ideias/ informações de uma forma passiva e rigorosa (Roque, 2005), através de emails, cartas, relatórios ou registos. Nestes casos, o indivíduo encontra-se maioritariamente distante ou é desconhecido podendo a sua ideia não ser perfeitamente percebida, não existindo qualquer hipótese de interromper ou dialogar. Não obstante, para Carvalho (2013) e Lishman, (2009), a comunicação escrita permite extrapolar a ortografia e as regras gramaticais em si, pois é necessário ordenar o pensamento e deter um objetivo definido face à mensagem que se pretende transmitir. Este tipo de expressão providencia anonimato e tempo de reflexão, mas não abarca divagações e redundâncias, devendo ser efetuada de forma clara, assertiva e cuidada, logo, dificulta a existência de uma comunicação empática/ direta entre os intervenientes. Segundo Castro e Oliveira (2012), o registo e a arquivagem de informação escrita para além de

constituírem instrumentos essenciais de comunicação para os indivíduos, permitem preservar as memórias, subsidiar a organização e divulgar os pensamentos ou ações dos mesmos.

Relativamente à comunicação não verbal, igualmente determinante e evidente nas relações interpessoais/ interações entre os indivíduos, é entendida como um conjunto de ações ou manifestações de comportamento, não expressas por palavras, que acarretam similarmente determinados significados e informações para os mesmos. Para além de possibilitar um maior conhecimento sobre os sentimentos e pensamentos reais dos indivíduos caracteriza-se, segundo Silva *et al.* (2000) e Carvalho (2013) pela manifestação de comportamentos e emoções através de canais de comunicação, nomeadamente, expressões faciais, gestos, posturas e movimentos corporais ou para linguística (pronúncia, tom da voz, ritmo, entre outros), mas também por olhares, aparência pessoal, disposição, momentos de silêncio, contacto visual, distância ou proximidade (toque<sup>13</sup>), organização espacial, entre outros (Lishman, 2009; Silva, *et al.*, 2000). Apesar de a comunicação não verbal ocorrer, maioritariamente, em simultâneo com a verbal, este tipo de linguagem constata-se como uma comunicação igualmente determinante/ profunda podendo gerar mais impacto e ocorrer, por vezes, de forma incosciente, intuitiva ou estratégica, à margem do controle dos indivíduos, ou ser influenciada pelos seus diferentes contextos e culturas existentes pois o mesmo gesto poderá deter significados diferentes em sociedades distintas (Briga, 2010; Gonçalves, 2012; Ribeiro e Guimarães, 2009; Rodrigues, 2001).

Gonçalves (2012) e Silva *et al.* (2000) salientam igualmente a relevância deste tipo de comunicação como complemento/ suporte, acentuação ou contradição à linguagem verbal ao transmitir similarmente informações, mas também como promotora de um *feedback*<sup>14</sup> ao reforçar e conferir uma melhor interpretação às mensagens efetuadas pelo emissor (Lishman, 2009; Patrício, 2012). Através de um conjunto de movimentos e de expressões, os indivíduos interagem e manifestam sentimentos, emoções e atitudes indicando, por vezes, o oposto do que demonstram verbalmente. Não obstante, a comunicação não verbal para além de evidenciar um extenso campo de comunicações, de promover a comunicação interpessoal e de evitar a possibilidade de ruturas e a existência de possíveis bloqueios comunicacionais, fornece indicações importantes acerca do modo de estar e de sentir dos indivíduos, mas também da sua cultura e do contexto onde a comunicação ocorre (Koprowska, 2014; Silva, *et al.*, 2000). A

---

<sup>13</sup> Forma muito pessoal de comunicação, sendo considerada uma das mais autênticas (Silva, *et al.*, 2000), na medida em que é utilizada como modo de aproximação aos indivíduos e da transmissão de apoio aos mesmos (Briga, 2010).

<sup>14</sup> Segundo Gonçalves (2012), o *feedback* constitui uma reação do recetor à comunicação realizada pelo emissor, podendo ser para confirmar, corrigir ou motivar (Lishman, 2009), sendo um dos aspetos mais importante no processo de comunicação. Quanto maior for o *feedback* mais eficiente será o processo comunicativo (Gonçalves, 2012).

análise adequada destes elementos fornece ao emissor indicadores que, conjuntamente, contribuem para fortalecer a informação verbal efetuada (Lopes, 2010; Patrício, 2012).

Neste sentido, segundo Roque (2005), a comunicação não verbal detém como principais propósitos a transmissão de sentimentos e emoções, o suporte à linguagem verbal, a possibilidade de controlo de sincronização ou alternância da verbalização, o fornecimento de *feedback* ao interlocutor e a utilização da mesma em situações onde não é possível ser ouvido e compreendido sendo, por isso, necessário recorrer a este tipo de comunicação. Nesta linha de pensamento, é fundamental que o emissor tenha também presente uma sensibilidade em relação a todas as manifestações não verbais, captando as mensagens, reações e emoções que as comportam e que são evidenciadas pelos recetores enquanto aspetos reveladores das suas vivências, pois todos os "...sinais nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si própria..." (Patrício, 2012, p. 97), contribuindo para um melhor equilíbrio na interação. Contudo, segundo Silva *et al.* (2000), para compreender a comunicação não verbal é necessário muito mais do que a linguagem corporal pois há que considerar outros elementos influenciadores da interação direta entre os intervenientes como a intensidade, a quantidade, a duração e a frequência da mesma. O significado desencadeado por estes irá depender da conexão e inter-relacionamento entre todos estes elementos.

Interligando entre estes dois tipos de linguagem, para Aguiar (2004), Birck e Keske (2008), estas diferentes manifestações linguísticas existem para que haja comunicação, destacando que sem a sua interseção não se verifica a partilha de ideias e/ ou emoções entre os indivíduos. Para além disso, são relevantes nos processos de comunicação humana, proporcionando a existência de uma comunicação mais atingível, opulenta e perceptível, implicando ambas a existência de intervenientes, as suas circunstâncias, os seus contextos e um determinado sentido. Neste sentido, a concordância entre estes dois tipos de linguagem na interação interpessoal detém como resultado um melhoramento da receção e um maior impacto da mensagem transmitida. Em contrapartida, a presença de uma discordância entre ambas terá como consequência a alteração do sentido da mensagem e uma possível desorientação por parte do recetor (Gonçalves, 2012). Deste modo, Ribeiro e Guimarães (2009) comprovam a necessidade de interligação entre a comunicação verbal e não verbal ao constituírem categorias de ligação entre os indivíduos, sendo a sua coarticulação fulcral para o desenvolvimento/ continuidade de uma interação benéfica entre ambos e uma subjacente construção de significados dos intervenientes assentes em informações mais claras e concisas (Alves, 2011).

Outro tipo de linguagem relevante alude à comunicação simbólica que, segundo Lishman (2009) remete para aspetos do comportamento, ações ou da comunicação que

representa ou denota algo mais. Segundo o mesmo autor, os indivíduos devem ter em atenção o significado potencial da sua apresentação, ações ou aspetos referentes ao meio envolvente. Exemplo disso é o vestuário, a pontualidade, o tipo de cuidados básicos ou físicos fornecidos que, por sua vez, fornecem uma mensagem simbólica bem como literal, aos outros indivíduos acerca do respeito, cuidados prestados ou até mesmos da relação de poder existente entre ambos (Lishman, 2009). Não obstante, elementos específicos e persuasivos como o cheiro e o toque são igualmente relevantes para este tipo de comunicação. Os detalhes contidos no quotidiano destes indivíduos com os outros, podem simbolizar amor, respeito, carinho, controlo, poder ou outro aspeto significante na relação estabelecida entre ambos (Lishman, 2009).

Nesta linha de pensamento, Davies (1994, *citado por* Lishman, 2009) vem destacar outros elementos similarmente alusivos à comunicação simbólica, salientando o simbolismo que o ambiente físico contém. Segundo este autor, o ambiente existente acarreta uma determinada mensagem, podendo este ser atrativo e acolhedor ou o oposto, com uma disposição que simboliza autoridade e controlo perante o outro, transmitindo uma declaração poderosa do seu ponto de vista, um desrespeito e negligência perante os indivíduos. Já o questionamento e/ou fornecimento de algo (por exemplo: bebida) aos mesmos implica uma mensagem muito mais positiva (Koprowska, 2014). Por outro lado, a apresentação inicial, o vestuário, o cabelo e a expressão facial são outros aspetos igualmente informativos, segundo Trevithick (2005, *citado por* Lishman, 2009), pois a forma como os indivíduos se expõem aos outros implicará um significado simbólico e uma avaliação dos mesmos, principalmente num primeiro contacto, com a realização de suposições acerca da sua personalidade, carácter e comportamentos (Carvalho, 2015). Uma apresentação inicial calorosa enquanto assistente social (nome, profissão, instituição, objetivos), com um discurso perceptível e questões abertas, mostrará apreço, disponibilidade e abertura para a exposição da sua situação, já um vestuário demasiado formal resultará, por vezes, na transmissão de alguma distância e poder, face a uma apresentação atrevida que acarretará uma falta de respeito perante os outros (Carvalho, 2015; Wilson, 2008). Não obstante, a pontualidade, confiabilidade, preocupação e uma boa gestão do tempo e da comunicação empregues são aspetos similarmente importantes na medida em que transmitem uma boa preparação, competência e um cuidado confiável aos outros. Neste sentido, é importante que os indivíduos tenham atenção e que sejam sensíveis ao significado simbólico implícito ao longo das suas ações, considerando as interpretações subjacentes efetuadas pelos outros, demonstrando atenção e apreço perante as suas necessidades, pensamentos e preferências (Lishman, 2009), para a posterior emergência de sentimentos de confiança e satisfação entre ambos que caracterizam uma relação de ajuda e humanista.

### 3. COMUNICAÇÃO NA INTERVENÇÃO HOSPITALAR DOS ASSISTENTES SOCIAIS

A comunicação no que diz respeito à área da Saúde<sup>15</sup> é um campo de pesquisa complexo e abrangente que aborda o estudo e a aplicação de conceitos, teorias e estratégias comunicativas para esclarecer e/ ou influenciar as decisões dos indivíduos ou familiares, no sentido de promover a melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida (Monteiro-Grilo, 2012). Segundo diversos autores, é encarada como um instrumento laboral e facilitador dos serviços de saúde empregues pelos assistentes sociais e como um processo de partilha e auxílio com os indivíduos, com o objetivo de estabelecer um processo de ajuda empática, centrado nos mesmos e nas suas famílias (Briga, 2010; Hepworth *et al.*, 2010; Teixeira, 1995). Para Lopes (2010, p. 4), a comunicação em saúde alude ao estudo, reflexão/ compreensão sobre os indivíduos e à utilização de estratégias para “...informar e para influenciar as decisões...” dos mesmos e das comunidades “...no sentido de promoverem a sua saúde...”. É um fenómeno transversal e uma condição para a efetivação e prestação da saúde que contém diferentes relevâncias, segundo diversos contextos<sup>16</sup> e finalidades<sup>17</sup> igualmente distintas (Teixeira, 2004). Para este autor, a comunicação em saúde detém um carácter central ao aludir à relação de ajuda estabelecida pelos profissionais com os sujeitos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, transversal ao abranger diversas áreas e contextos de saúde e estratégico ao estar relacionado com a satisfação dos mesmos (Teixeira, 2004). Não obstante, a comunicação é igualmente encarada para Coriolano-Marinus (2014) como um instrumento primordial que proporciona um recobro mais rápido e eficaz dos indivíduos, por meio de diferentes tipos de linguagens, e um utensílio promotor da humanização das relações através da partilha e obtenção de informações com qualidade, da validação das mensagens e da interação direta com os sujeitos e as suas famílias. Na linha de pensamento desta autora, a comunicação constitui um importante alicerce para o estabelecimento de uma relação de cuidado, de abertura e terapêutica<sup>18</sup>, eficaz e

---

<sup>15</sup> A Saúde, enquanto conceito vital, foi sujeito a constantes mudanças e avaliações, abandonando-se a perspetiva que dava importância à dimensão física dos indivíduos por outras mais flexíveis que abrangem uma contribuição simultânea de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Segundo a OMS é definida como um estado completo de bem-estar sendo encarada como um direito e um dever inerente a todos que salvaguarda as diferenças sociais e económicas dos cidadãos, protegendo as camadas da sociedade mais vulneráveis: as crianças, jovens e os idosos (Carvalho, 2012).

<sup>16</sup> Destaca-se a comunicação na relação entre os técnicos e os indivíduos (Teixeira, 2004).

<sup>17</sup> Segundo Teixeira (2004), as principais finalidades da comunicação na saúde são: promover a saúde e educar para a saúde, prevenir doenças, evitar riscos e ajudar a lidar com as ameaças para a saúde, recomendar e sugerir mudanças de comportamentos, informar sobre a saúde, as doenças, os exames médicos que são necessários realizar e os seus resultados, recomendar medidas preventivas e atividade de autocuidados de saúde para os indivíduos, entre outros.

<sup>18</sup> Alude à habilidade e parceria do profissional em ajudar os sujeitos a enfrentar situações temporárias, ajustarem-se à realidade e superarem os bloqueios, favorecendo o seu desenvolvimento / capacidades, tornando-os ativos no processo de cuidar, envolvendo as pessoas mais próximas (Patrício, 2012).

transformadora, mas também de condições favoráveis para a execução de práticas promotoras de saúde, sendo apenas possível através de um diálogo relacional e do seu posterior entendimento. Nessa relação de intersubjetividade e interdependência estabelecida, pautada por intercâmbios e partilhas de saberes, os profissionais refletem e procuram compreender os sujeitos ou familiares (intelectualmente, emocionalmente, moralmente) e a sua situação, transmitem informações, persuadem e discutem diversos assuntos com os mesmos, determinam as estratégias a utilizar e os caminhos a tomar com o intuito de incentivar/ gerar mudanças dos seus hábitos, a resolução dos seus dilemas e a subjacente integração na sociedade (Carvalho, 2012b; Howe, 2009; Pena, 2012b; Wilson, 2008). A informação transmitida por estes profissionais necessita de ser clara, compreensível, adaptada, credível e consistente ao longo do tempo de acordo com o nível cultural e ao estilo cognitivo dos indivíduos. A personificação da informação, possibilita economizar tempo, aumentar a satisfação e motivação dos sujeitos, diminuir ansiedades e facilitar a sua intenção de virem a adotar os comportamentos esperados (Teixeira, 2004). Neste sentido, é importante a utilização de todos os sentidos para reconhecer e interpretar os indivíduos, sem não menosprezar os meios empregues para a transmissão das mensagens, a situação em que o processo comunicativo está a acorrer e as emoções e/ ou expectativas dos mesmos. Assim sendo, é na essência da comunicação que, segundo Patrício (2012), deve assentar a qualidade dos cuidados de saúde e a prática profissional.

Num estudo realizado por Howells e Lopez (2001, *citado por* Teixeira, 2004) e Alves (2011), a comunicação sobressai como um desafio quotidiano e como um imperativo ético fulcral para os cuidados de saúde e a produção de satisfação dos indivíduos e suas famílias, em relação à intervenção prestada pelos assistentes sociais. O melhoramento dessas condições são influenciadas positivamente com a transmissão de informações adequadas às necessidades de cada indivíduo naquele instante o que afeta, por sua vez, o modo estes se relacionam com os próprios profissionais e a maneira como se confrontam com os seus problemas. Assim sendo, constata-se que a comunicação em saúde enfatiza o seu papel relevante na relação profissional-utente nos cuidados de saúde, permitindo também confeccionar, desenvolver e avaliar a eficácia das informações transmitidas tanto a nível macro, meso, quanto ao nível micro, interpessoal (relação de ajuda profissional-utente) (Pinto, 2010). Segundo Briga (2010), representa a base, o fundamento e a essência de uma relação de ajuda entre o profissional-utente sendo fulcral para a existência de um estabelecimento interpessoal adequado entre ambos, mas também um instrumento primordial de aprendizagem e de reflexão para a atuação dos assistentes sociais ao ser o suporte de todas as suas ações na aplicação de um determinado discurso para a orientação, aconselhamento e apoio às demandas dos sujeitos (Carvalho, 2015). A comunicação permite

dar “...a oportunidade ao indivíduo de crescer, amadurecer, equilibrar-se e ser atendido nas suas necessidades...”, sendo por isso, “...o suporte da relação de ajuda terapêutica” (Briga, 2010, p. 31). Não obstante, expõe-se como um excelente analisador do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos, em momentos de grande vulnerabilidade e ansiedade, visando alcançar a produtividade das intervenções sociais, a eficácia e a obtenção de resultados sendo, por isso, uma ferramenta determinante e influenciadora dos cuidados hospitalares prestados e dos resultados de saúde alcançados, mas também das experiências, desempenhos e confiança referentes aos profissionais (Fiúzia e Kilimnik, 2004).

Neste sentido, segundo Sousa (2015), a comunicação detém o poder de confirmar e consolidar a identidade do Serviço Social, não funcionando apenas como o meio através do qual esta área é construída, na medida em que constitui a “pedra angular da intervenção” e uma ferramenta vital privilegiada da prática profissional dos assistentes sociais (Sousa, 2015, p. 60), onde todos os intervenientes nela inseridos contribuem ativamente para o seu benéfico desenrolar. A comunicação, ostenta-se assim como um atributo inovador, potenciador, desafiador e elemento de execução estruturante no âmbito da prática dos assistentes sociais, encontrando-se diretamente alicerçada à interação coesa que estes realizam com os indivíduos, grupos ou população, e à instrumentalidade/ especificidade que o Serviço Social contém (Alves, 2011; Howe, 2009; Monteiro-Grilo, 2012; Restrepo, 2003).

### **3.1 - Comunicação na Relação Profissional-Utente**

#### **3.1.1 - Abordagem Humanista e de Ajuda centrada no utente**

Na interação estabelecida ente o assistente social e os indivíduos que recorrem aos seus serviços, segundo Carvalho (2015) e Lopes (2010), a relação entre ambos ostenta-se como o fundamento/ meio de compreensão, facilitadora da comunicação, através do qual o profissional e os indivíduos se expressam e realizam as suas demandas, sendo o processo de ajuda um modelo de intervenção fundamental que ambiciona desenvolver e valorizar a autonomia e as capacidades dos indivíduos (enfoque no seu *empowerment*), destacando-se “...os aspetos positivos internos da pessoa, para que a mesma possa fazer face às exigências externas do meio ambiente...”, refletindo/ aprendendo com as mesmas e desenvolvendo estratégias, com vista ao enfrentamento e resolução dos seus problemas de uma forma construtiva e responsável (Carvalho, 2015, p. 81; Howe, 2008; Wilson, 2008). O seu resultado, será produto de um conjunto de atitudes e orientações que ambos trazem para este processo relacional, sendo essas influenciadoras da forma como se percebem entre si. Esta relação de auxílio e acompanhamento contínuo centrado no indivíduo, enquanto centro da intervenção e ser singular

em interação com o meio físico e social, caracteriza-se por um diálogo dinâmico, coerente e adaptado por parte do assistente social, com a aplicação de ações e serviços diferenciados com um fim em si mesmo, sendo estes fatores determinantes da sua prática ao ambicionarem promover o melhor (re)ajustamento e qualidade de saúde aos sujeitos, o estabelecimento de um processo de vinculação e a emergência/ continuidade de uma relação humanista entre ambos que motive/ acione uma mudança social nos mesmos a longo prazo (Howe, 2009; Pinto, 2010; Rogers, 2009). Esta relação de ajuda, em que a atenção do profissional se direciona para os indivíduos tendo em consideração os próprios, as suas redes sociais e o seu meio envolvente, constata-se como o centro de toda a ação e parte integrante (base/ chave) do Serviço Social, onde se verifica a existência de uma parceria entre ambos, sendo congruente e “...responsivo às necessidades desejos e preferências dos...” mesmos (Carvalho, 2015; Lopes, 2010, p. 8). Nesta linha de pensamento, a noção de ênfase no indivíduo em que “...ajudar o outro a ajudar-se a si próprio...” para que este acredite em si mesmo (Howe, 2009; Rogers, 2009, p. 11) integra várias dimensões particulares, nomeadamente, a valorização do próprio indivíduo como elemento ativo, proativo e participativo no seu processo de saúde-doença e subjacente tratamento, a compreensão do mesmo enquanto indivíduo único dotado de direitos e deveres, a partilha de responsabilidade e poder entre ambos, assim como a valorização da autonomia do sujeito, a edificação de uma abordagem humanista assente numa atitude de verdade, honestidade, empatia, respeito pelos mesmos, sem julgamentos, mas também por uma aceitação incondicional, autenticidade, sensibilidade, recetividade, consideração positiva, congruência e compreensão empática (Howe, 2009; Koprowska, 2014; Rogers, 2009; Wilson, 2008). Não obstante, para Alves (2011) e Howe (2009), é essencial a existência de um mútuo compromisso interpessoal e confidencial para com os indivíduos, efetuando orientações e esclarecimentos adaptados e individualizados com a partilha e compreensão de informações divulgadas pelos mesmos, dos seus pareceres e preocupações sem deixar de os incluir no próprio tratamento e processo comunicativo, de forma a garantir a sua autonomia, liberdade e dignidade, mas também o enfrentamento e a resiliência às situações vivenciadas (Lishman, 2009; Pena, 2012b). Para tal, segundo Briga (2010) e Sousa (2015), é importante aceitar os sujeitos por aquilo que são e não pelo modo como se comportam, pensam ou das características que apresentam, mas também saibam que a última palavra é sempre de quem procura os seus serviços, detendo como principal foco de atenção os mesmos e o seu bem-estar, sem deixar de manifestar esse interesse. A sua concretização, possibilitará a emergência de uma relação de valor, com igualdade, reciprocidade e a minimização de diferenças, mas também uma consequente abertura, parceria, vínculo, confiança e proximidade entre ambos, assim como uma colaboração/ participação mais

ativa dos sujeitos ao longo da intervenção e a ulterior melhoria do seu estado de saúde, sendo estas resultantes de uma comunicação eficaz caracterizada por um conjunto de competências comunicacionais consistentes e congruentes exercidas pelo profissional (Alves, 2011).

Neste sentido, é importante que o assistente social adote uma intervenção focada nas necessidades, interesses e expectativas dos indivíduos, ajustada à realidade existente, na prevenção da sua saúde, dando importância à capacitação dos mesmos e do seu envolvimento informado/ responsável ao longo da intervenção, mas também da interação implementada entre ambos para o estabelecimento de uma relação empática e humanista que faculte aos sujeitos a possibilidade de debate e escolha do caminho/ decisões a efetuar, buscando um suporte humanizado, a resolutividade do seu processo saúde-doença e a posterior capacidade de procurar, pensar, agir e reavaliar dos aspetos que a integram (Koprowska, 2014; Pinto, 2010). Neste sentido, o assistente social enquanto profissional de ajuda deve interagir e conhecer o que os indivíduos pensem e sentem, posicionando-se a favor de uma justiça social e de uma equidade, ampliando e consolidando a cidadania aos mesmos com o intuito de garantir os seus direitos civis políticos e sociais (Carvalho, 2015; Rafael, 1996). O empenhamento e a co-responsabilidade pela qualidade da relação entre ambos irão determinar a satisfação e a eficácia dos serviços prestados devendo, por isso, serem elementos importantes a ter em conta pelos assistentes sociais (Howe, 2009). A comunicação entre o profissional e os indivíduos ostenta-se assim como uma estratégia de intervenção que procura promover a saúde e a assistência aos mesmos, tendo em consideração os seus valores, crenças e histórias de vida, sendo um elemento influenciador da capacidade de desenvolver, consolidar e entender os aconselhamentos prestados, mas também na adesão aos tratamentos, nos resultados obtidos e nas consequências daí resultantes (Teixeira, 1995). Para tal, importa refletir sobre as características e saberes dos assistentes sociais na sua intervenção para o exercício de uma relação profissional-utente, assente numa abordagem humanista e de ajuda centrada no indivíduo, pois essa relação e o subjacente resultado da intervenção encontram-se dependentes da utilização que o profissional faz do seu conjunto diversificado de competências (Payne, 2002; Wilson, 2008).

### **3.2 - Competências Comunicacionais Profissionais**

Aos profissionais, a natureza e a construção de conhecimentos ou competências<sup>19</sup>,

---

<sup>19</sup> Segundo Braga (2010) e Patrício (2012), este termo alude à combinação e mobilização de atributos e saberes extra-pessoais (qualificações e atribuições), intra-pessoais (características e traços pessoais) e comportamentais de um modo pertinente, adequado e eficaz, que se manifestam, por sua vez, em ações adequadas e justas que ambicionam responder às múltiplas situações e contextos concretos/ distintos, mutáveis e imprevisíveis com recurso à reflexão crítica.

encontram-se subjacentes a uma visão concreta, organizada, e a uma prática/ pensamento (re)flexivo e analítico, baseado em pesquisas/ evidências recolhidas, que permitam a existência de julgamentos assentes em informações coerentes e sustentadas para uma comunicação eficaz e o subjacente estabelecimento de relações interpessoais efetivas (Ferreira, 2011; Koprowska, 2014; Monteiro-Grilo, 2012; Pena, 2012b; Wilson, 2008). A teoria-prática integra todo o conhecimento base dos profissionais que, posteriormente, direciona os métodos, técnicas e princípios de intervenção, utilizados de um modo articulado e não isolado na interação direta estabelecida com os indivíduos (Viscarret, 2007). Para Trevithick (2008), quanto maior for o conhecimento apreendido por parte dos profissionais, maior será a cadeia de mediações e sua possibilidade de construção, mas também a existência de uma visão mais organizada e a efetivação de uma prática mais humanizada. Não obstante, Payne (2002), vem fortificar este pensamento afirmando que a forma como o conteúdo e a informação da comunicação forem expressos/ apresentados aos indivíduos ou familiares condicionará o tipo de relação procedente. Neste sentido, a existência de saberes teóricos, práticos e factuais nos profissionais são fulcrais para uma atuação social mais consistente através de diversas articulações, mas também para o acolhimento, aconselhamento, acompanhamento dos cuidados, procura e fornecimento de respostas/ soluções aos utilizadores dos seus serviços ser realizado de um modo mais adequado, individualizado, criativo e contextualizado (Lishman, 2009; Trevithick, 2008).

Segundo diversos autores é importante que os assistentes sociais sejam polivalentes, colaboradores e negociadores, pensando teoricamente para que sejam capazes de compreender o indivíduo e a sua situação de vida concreta, adotando uma postura investigativa/ insistente conectada à realidade, (re)criando possibilidades de enfrentamento e de superação às questões sociais presentes no quotidiano dos mesmos (Castro e Oliveira, 2012; Howe, 2008; Iamamoto, 2009, *citado por* Carvalho, 2013). Não obstante, para Patrício (2012), os profissionais devem ser realistas, verdadeiros e congruentes, procurando mobilizar e aplicar o seu diversificado reportório de conhecimentos e perícias para fazer a diferença, mas também que saibam planear, focalizar e priorizar as suas intervenções da melhor forma possível, mediante os recursos disponíveis na comunidade. Para tal, é indispensável que estes estejam aptos para acompanhar, atualizar e esclarecer mudanças de acordo com essa realidade sendo, para isso, fundamental estar atento aos indivíduos, saber ouvir atentamente e prestar atenção ao conteúdo da informação transmitida para conseguirem reconhecer e responder ao que lhes é comunicado (Carvalho, 2015; Grossi *et al.*, 2013; Wilson, 2008).

Lisboa e Pinheiro (2005) e Lopes (2010), robustecem estes pareceres referindo que é fundamental que os profissionais empreguem uma atitude igualitária e prática investigativa,

reflexiva, autoanalítica e crítica, tendo em consideração o contexto social, sociocultural, económico e familiar mas também a personalidade, os seus pareceres e práticas dos indivíduos, para que a intervenção seja o mais integrada, assertiva e pró-ativa possível numa perspetiva de capacitação e valorização das diferentes situações provenientes dos processos existentes (Gambrill e Gibbs, 2009; Koprowska, 2014). Com recurso aos seus conhecimentos e referenciais, o assistente social deve combinar elementos de conhecimento, saber-ser e de destreza para apoiar/ encorajar os indivíduos, elaborar projetos e disponibilizar soluções para os seus problemas, dispensando todo o tempo necessário para a divulgação e / ou esclarecimento de informações (Briga, 2010).

Para além disso devem, concomitantemente, adotar uma componente efetiva, de apoio emocional que permita compreender os indivíduos, uma competência comportamental com a efetivação de esclarecimentos e acompanhamentos adequados, e uma componente profissional que abranja encaminhamentos adaptados e diagnósticos precisos/ completos para uma melhor intervenção (Pinto, 2010). A adaptação e reestruturação em cada situação, analisadas separadamente por parte dos profissionais, assim como a atenção constante na deteção precoce de sinais ou sintomas desconhecidos dos indivíduos, com o intuito de procurar solucioná-los, ostentam-se também como elementos importantes para a prática dos assistentes sociais. Neste sentido, torna-se primordial que estes intervenham com competência e sigilo, sendo orientados e norteados por condutas éticas, procurando conhecer, compreender e explorar as opiniões, emoções e comportamentos dos sujeitos, mostrando-se interessados pelos mesmos (Hepworth *et al.*, 2010), no sentido de partilhar detalhes, debater ideias e obter mútuos acordos/ consensos face às suas necessidades encontradas (Monteiro-Grilo, 2012). Todavia, a investigação, atualização permanente e a colaboração multidisciplinar constata-se como aspetos igualmente essenciais para a resolução dos problemas ou dilemas existentes (Alves, 2011; Wilson, 2008).

Nesta linha de pensamento, segundo Patrício (2012), os profissionais detêm e desempenham inúmeros saberes e aptidões diferenciadas, não sendo estas inerentes e estáticas, mas desenvolvidas ao longo da sua experiência profissional e no confronto com o outro e consigo próprio (Monteiro-Grilo, 2012). Para Howe (2008) e Pena (2012a), os assistentes sociais detêm múltiplas competências profissionais enquanto fatores essenciais para inovar e refletir (introspeção) acerca dos problemas e necessidades dos indivíduos, mas também para intervir na sua superação no âmbito dos direitos humanos, do respeito pela igualdade e diversidade dos sujeitos, mas também na discussão dos mesmos (Alves, 2011; Pena, 2012b; Nunes, 2011). Destacam-se segundo Sousa (2008), competências teórico-metodológicas, ético-

políticas e técnico-operativas<sup>20</sup>, já para Briga (2010) e Lopes (2010), o profissional ao lidar com um vasto leque de instrumentos na sua intervenção deve mobilizar competências técnicas, cognitivas, sócio-afetivas, interativas e comunicacionais com os indivíduos. Já para Ferreira *et al.*, (2006), a aplicação destas diversas aptidões não é suficiente pois é importante a existência de competências genéricas, de contacto, empáticas e de comunicação. As primeiras aludem aos conhecimentos sólidos do próprio profissional e aos seus saberes, as segundas remetem para as habilidades de interação do mesmo com os sujeitos (posição, olhar, postura, toque, entre outros), as terceiras incidem nas atitudes de interação no reconhecimento dos indivíduos como seres únicos/ particulares e na compreensão/ aceitação dos seus diversos pontos de vista, e os últimos apontam para os recursos importantes na relação de ajuda estabelecida entre ambos como a escuta, o silêncio, a reformulação e a síntese. A implementação de competências de advocacia, uso terapêutico de si próprio e de validação constata-se como aspetos igualmente fulcrais para o fornecimento de respostas empáticas recíprocas, adequadas às diversas situações e relações interpessoais estabelecidas com os indivíduos, sem não menosprezar, segundo Patrício (2012), a mobilização conjunta de competências interpessoais (prática eficaz na relação com o outro de acordo com os compromissos éticos e legais), instrumentais (prestação e gestão de serviços aos indivíduos) e sistémicas (desenvolvimento e valorização profissional).

No que diz respeito às competências comunicacionais<sup>21</sup>, para Alves (2011) e Wilson (2008), estas remetem para toda a prática profissional concretizada, na medida em que qualquer informação reunida e trabalhada é inerentemente comunicacional. Cabe ao profissional tendo por base determinados conhecimentos, valores e técnicas, efetuar um atendimento social o mais humanizado, assertivo e personalizado possível, apresentando uma linguagem direcionada para a construção da resiliência, a obtenção, recuperação de esperança/ otimismo e a resolução de problemas dos sujeitos, apresentando soluções adaptadas ao seu nível cultural e estilo cognitivo (Lishman, 2009; Martinelli, 2011). Para tal, torna-se importante o contacto inicial estabelecido, ou seja, a apresentação e o cumprimento ao indivíduo uma vez que condicionará todo o decurso

---

<sup>20</sup> Para Sousa (2008), as primeiras remetem para o conhecimento da realidade social sendo fundamental a existência de um intenso rigor teórico e metodológico para apreender a essência da sociedade, o seu movimento e a eventualidade de elaborar novas possibilidades profissionais; as segundas aludem ao posicionamento político relativamente às questões que emergem na sociedade, assumindo uma determinada postura profissional sustentada por valores ético-morais; as terceiras incidem na importância de apropriar, conhecer e aplicar um conjunto de técnicas profissionais para desenvolver junto da população e/ ou das instituições.

<sup>21</sup> Segundo Alves (2011), a competência comunicacional será tanto ou mais efetiva quanto maior for a interação, diálogo, participação e autoconhecimento existente entre o profissional e os indivíduos e/ ou familiares.

da intervenção por parte do profissional, constituindo, um indicador válido e eficiente de avaliação e construção de uma relação, no processo da intervenção social (Alves, 2011).

Neste sentido, é fundamental conhecer os indivíduos (representações, história, cultura, saberes, entre outros) e compreendê-los, visando o seu restabelecimento social e emocional na sociedade, mas também ostentar um vocabulário e argumentação clara, adaptada, coerente e válida, mostrando respeito e consideração pelas suas opiniões, preferências e experiências (Gambrill e Gibbs, 2009; Koprowska, 2014; Lishman, 2009; Pena, 2012a). Para além disso, os assistentes sociais devem igualmente questionar-se acerca do que vão fazer, porquê e como, comunicando de modo influente, afetivo e ativo, conter uma atenção redobrada a ouvir, fornecer um *feedback* construtivo e mostrar disponibilidade/ dedicação, utilizando todos os sentidos para reconhecer e interpretar todo o tipo de sinais/ movimentos emitidos pelos indivíduos, mas acima de tudo que os demonstrem aos mesmos (Coriolano-Marinus, 2014; Patrício, 2012).

Wilson (2008, p. 417) acrescenta que "...é importante que os assistentes sociais vejam, ouçam e respondam apropriadamente ao que os utilizadores têm a dizer...", mas que também procurem fortalecer a comunicação, atribuindo-lhe um sentido, e que tentem reforçar os laços com os indivíduos, explorar as suas forças e capacidades (cognitivas, sociais, relacionais) para que estes sintam que estão a ser compreendidos, clarificando as suas dúvidas/ incompreensões as vezes que forem precisas, verificando-as posteriormente, de modo a efetuar os ajustamentos necessários e a reduzir possíveis conflitos existentes (Alves, 2011; Castro e Oliveira, 2012; Howe, 2009). Não obstante, para Martinelli (2011), o profissional deve recorrer ao diálogo como ferramenta de execução e de produtividade para o seu trabalho, interagindo com os indivíduos oferecendo-lhes toda a sua atenção, prestando-lhes um vínculo rigoroso, sentimentos otimistas, olhar e/ ou gesto acolhedor. Uma boa capacidade de escuta ativa e compreensão das verbalizações dos sujeitos de intervenção acerca das suas preocupações/ emoções, assim como da sua capacidade de transmitir informações claras e apropriadas aos mesmos, a efetivação e direção de entrevistas psicossociais de uma forma mais participativa e produtiva e a melhor gestão de conflitos, constata-se como elementos igualmente determinantes na prática quotidiana dos profissionais (Rego, 2010; Silva *et al.*, 2000; Teixeira, 1995).

Segundo Lopes (2010) e Pinto (2010), essa comunicação empática e a superação dos problemas dos indivíduos só será possível com a adoção e utilização de competências comunicacionais como a escolha de palavras e fluência na fala, a capacidade de ouvir até ao fim sem interromper, comunicar e escrever de modo simples, ser acessível e objetivo, saber negociar, mostrar intenção de cuidar dos mesmos e dos seus interesses, saber incentivar e comunicar determinadas notícias negativas ou pareceres distintos, ostentar cortesia e apresentar

por uma postura de contacto/ proximidade entre ambos, sem juízos de valor e/ ou discriminatórios (Koprowska, 2014, Lishman, 2009; Roque, 2005). Estas razões encontram-se subjacentes ao facto de os sujeitos de intervenção gostarem de ter tempo para falar e refletir, desabafar, fazer perguntas, serem ouvidos e de quererem estar sempre informados sobre as suas demandas e as soluções existentes para as mesmas (Alves, 2011).

Neste sentido, segundo Nunes e Ayala (2010), uma comunicação mais ou menos afetiva e eficaz encontra-se associada ao tipo de relação implementada pelo assistente social no seu atendimento, às interações e aos estímulos promovidos pelo mesmo pois grande parte das insatisfações dos indivíduos derivam de deformações comunicativas ou da perceção negativa à comunicação, atitudes<sup>22</sup>, estímulos e desempenhos efetuados pelos profissionais (Teixeira, 2004) acarretando, para Lopes (2010), impactos negativos para ambas as partes difíceis de reverter. Para Briga (2010) e Lishman (2009), alguns exemplos desses problemas comunicacionais remetem para a escassa explicação de informações, linguagem demasiado técnica/ autoritária ou não profissional, comportamentos nervosos, inexistência de papéis ativos/ inovadores, interrogações excessivas na interação, invasão da privacidade, frieza, desatenção ou aborrecimento com um notório distanciamento e desinteresse face aos problemas e às preocupações dos indivíduos. A comunicação prestada pelos assistentes sociais, segundo diversos autores, ostenta-se assim como um instrumento de extrema importância para a emergência de uma relação empática com os indivíduos, devendo estes motivar a comunicação com os mesmos e/ ou familiares durante os encontros terapêuticos (Coriolano-Marinus, 2014; Koprowska, 2014). Posto isto, constata-se que a qualidade e segurança da intervenção transmitida pelo assistente social aos indivíduos, pode depender menos da sua capacidade de diagnóstico e terapêutica (competência profissional) e mais da qualidade/ continuidade da relação interpessoal existente entre ambos (competência comunicativa), influenciando positivamente qualquer procedimento e resultado de saúde (Lopes, 2010; Pinto, 2010).

Nesta linha de pensamento, é fulcral que os assistentes sociais enquanto mediadores, reguladores, emissores e recetores do processo de comunicação, reflitam e tenham consciência<sup>23</sup> do uso/ domínio da sua linguagem (entre elas, saber começar, continuar e a terminar as interações/ relações) e posturas empregues com os indivíduos, considerando as suas particularidades e as diferentes situações/ sujeitos de intervenção (Alves, 2011; Lishman,

---

<sup>22</sup> Segundo Habermas (1989), é importante na prática profissional o desempenho de atitudes objetivas e expressivas, conforme as normas existentes na sociedade.

<sup>23</sup> Segundo Patrício (2012), quanto mais consciente estiver o profissional relativamente às suas capacidades e competências, mais confiante e competente será na sua dimensão profissional.

2009), mas que também sejam capazes de lidar/ gerir os seus pensamentos e emoções (emocionalmente inteligentes<sup>24</sup>) assim como dos indivíduos ou familiares, efetivando uma introspeção acerca dos próprios valores, decisões e limites, adotando uma neutralidade em relação aos indivíduos e um pensamento crítico, enquanto suporte analítico à sua prática profissional e elemento de autoaperfeiçoamento/ autoavaliação na disponibilização de respostas bem informadas, fundamentadas e coerentes, face à variedade de situações ou problemas emergentes (Carvalho, 2015; Gambrell e Gibbs, 2009; Howe, 2008). Estes aspetos poderão influenciar positivamente ou negativamente a interpretação da informação transmitida, a emergência de alianças terapêuticas fulcrais durante a intervenção social, e a posterior resposta às demandas sociais colocadas pelos indivíduos e/ ou instituição (Pena, 2012b; Roque, 2005).

Segundo Rodrigues (2011), o profissional deve deter na sua atuação determinadas perícias, guiadas por valores éticos e responsabilidades para perceber todo o tipo de manifestações comunicacionais efetuadas pelos indivíduos, procurando interpretar e compreender a sua origem, mas também a causa daquilo que observa que, muitas vezes contraria o verbal, e avaliar a recetividade por parte dos mesmos perante a sua comunicação (Koprowska, 2014; Lishman, 2009). A existência de zonas de silêncio constata-se como um dos comportamentos realizados pelos indivíduos, enquanto tempo de reflexão, necessitando estes de serem enfrentados e até mesmo ultrapassados de um modo construtivo, com base na relação de ajuda e abertura entre profissional-utente (Pena, 2012b). Todavia, torna-se importante referir que perceber esses comportamentos e sentimentos ocultos por parte dos indivíduos não significa compreender, ter consciência ou conter conhecimentos sobre os processos de perceção dos mesmos (Patrício, 2012).

A identificação dos momentos mais adequados para intervir e a comunicação de assuntos mais frágeis e pessoais, procurando agir de forma coerente e com sabedoria, constam-se igualmente como aspetos fundamentais da prática profissional dos assistentes sociais tendo sempre em consideração os valores, as crenças, a história de vida e a cultura de cada indivíduo e a influência que exercem sobre os mesmos, através das distintas formas de comunicação. Neste sentido, a reflexão sobre os diferentes tipos de comunicação permitirá ao profissional conhecer melhor a relação com os indivíduos e adequar os seus comportamentos a cada situação (Rego, 1999). Por sua vez, possibilitará reconhecer dificuldades, interferências, ruídos ou

---

<sup>24</sup> Este termo designa a capacidade de os assistentes sociais conseguirem reconhecer e terem autoconsciência das suas emoções, aprendendo concomitantemente a saber expressá-las e a geri-las de um modo construtivo. A inteligência emocional melhora as competências sociais dos mesmos, melhorando a qualidade das relações que estabelecem, conduzindo, por sua vez, ao bem-estar e à continuidade da sua disponibilidade emocional (Howe, 2008; Pena, 2012b).

barreiras existentes, recorrendo a determinadas estratégias para a sua superação. Contudo, a convivência e monotorização de perto, por parte dos assistentes sociais, com situações complexas, penosas e desgastantes, que se refletem nas intervenções, podem gerar possíveis conflitos, desentendimentos ou até a sua terminação (Koprowska, 2014).

Seguindo esta linha de pensamento, a consciencialização e autocontrolo dos comportamentos e pensamentos por parte dos profissionais durante a sua intervenção, para Pinto (2010), é algo que não pode ser desconsiderado e subvalorizado devido à sua importância e influência. No que diz respeito à linguagem verbal, é fundamental ter em consideração o volume, tom, fluência, ritmo das palavras, acentuação e entoação que efetuam com os indivíduos que recorrem aos seus serviços pois, segundo Rego (2010), o que marca o sentido da mensagem não é só o conteúdo, mas também a forma como as palavras são proferidas, devendo-se sempre encontrar a forma mais adequada de comunicar. A implementação de um tom firme, calmo e respeitoso por parte do profissional facilmente capta a atenção e o interesse por parte dos indivíduos que recorrem aos seus serviços, devendo ser claro no seu discurso com vista a ser facilmente compreendido (Carvalho, 2015). Não obstante, a velocidade de discurso e o ritmo devem ser tidas igualmente em consideração, não devendo existir uma comunicação nem demasiado rápida nem demasiado pausada. Por outro lado, na linguagem não verbal é essencial refletir e ponderar os movimentos, a postura, a gesticulação, as emoções, a expressão facial, o toque, a proximidade, o modo como se colocam as mãos, como cruzam as pernas, a forma como se sentam e estão dispostos perante o outro (Pena, 2012b; Lishman, 2009; Monteiro-Grilo, 2012), clarificando sempre juntos destes a sua interpretação realizada, ajustando se necessário, para conseguirem "...compreender o presente através do passado e reconstruir o passado..." a partir do que os mesmos sabem acerca do presente (Vieira, 1989, p. 14). O simples olhar e contacto visual face-a-face, comportamentos descontraídos, o gesto de consentir com a cabeça, o sentar próximo, o toque e o aperto de mão não demorado/ intrusivo, o não franzir das sobrancelhas, gestos suaves e o sorriso por parte do profissional constata-se, segundo Alves (2011) e Patrício (2012) como aspetos que também comunicam e detêm um significado simbólico, salientando traços de personalidade e intenções de quem os pratica, sendo igualmente influenciadores para a emergência de um laço/ relação efetiva, tranquilidade e bem-estar entre ambos, diminuindo possíveis defensividades existentes (Lishman, 2009; Sousa, 2015). Segundo Silva *et al.* (2000), ocorrem inúmeras situações nas quais o assistente social procura controlar as suas emoções, expressões faciais ou movimentos corporais com o intuito de disfarçar ou neutralizar os seus sentimentos para não existir qualquer intromissão na relação colaborativa/ negociação e de ajuda entre ambos o que poderá, por sua vez, inibir o

indivíduo de verbalizar os seus receios ou efetuar questões, comprometendo a eficácia da intervenção (Howe, 2008). A implementação de mudanças bruscas no tom de voz, na expressão facial e corporal podem, similarmente, acarretar um impacto negativo para os sujeitos de intervenção (Rego, 2010), dependendo sempre da cultura, do contexto e do vínculo/ relação interpessoal existente entre ambos.

Para Patrício (2012) e Pinto (2010), a compreensão destes diferentes modos de comportamentos possibilitam ao assistente social ser melhor orador, negociador e comunicador, entendendo e explorando a situação dos indivíduos (pensamentos, valores e emoções) para o seu posterior tratamento, resolução e reintegração na sociedade (Rego, 2010). Para além da sua compreensão, torna-se primordial que os profissionais tenham consciência de que os mesmos podem ser ambíguos e incertos, devendo ser estudados devido à sua complexidade, para uma comunicação mais empática, eficaz e persuasiva (Lopes, 2010; Ramos, 1997). Neste sentido, é fulcral a consciencialização por parte dos profissionais das suas capacidades e limitações comunicativas que empregam durante todo o atendimento e acompanhamento social aos indivíduos, visando a criação e consolidação de vínculos, mas também o aumento da efetividade comunicacional entre ambos, pois muitas das tarefas profissionais desempenhadas são realizadas sem a necessidade de consciência (Sousa, 2015).

De acordo com o que foi anteriormente referido, a relação entre o profissional e os indivíduos expõe-se como um aspeto chave, elementar e de grande impacto na sua intervenção, onde o estabelecimento de vínculos<sup>25</sup> efetivos e de uma relação recíproca estabelecida com os sujeitos pode possibilitar a criação de um sentido de pertença, suporte e afeto entre ambos, exibindo um contexto de extrema importância para a emergência de uma felicidade e intenção e/ ou abertura à mudança social nos mesmos, assim como para a promoção do seu desenvolvimento enquanto seres individuais e sociais (Howe, 2009; Kohlsdorf e Costa Junior, 2013; Pena, 2012a; Schirmer, *et al.*, 2005). Segundo Monteiro-Grilo (2012), a promoção da relação profissional-utente conduz ao incremento da qualidade dos cuidados de saúde, sendo o relacionamento “a alma do processo” (Richmond, 1950, *citado por* Martinelli, 2003). Neste sentido, uma comunicação e diálogo genuíno tornam capaz a modificação da vivência dos indivíduos e/ ou familiares implicando o ganho de confiança pelo assistente social, o alívio de sobrecargas psicossociais e uma melhor apreensão das orientações prestadas, mas também um melhor desempenho, persuasão, fiabilidade e autenticidade da intervenção do profissional

---

<sup>25</sup> Para Castro e Oliveira (2012), este conceito alude a uma estratégia estabelecida na relação de confiança e referência entre os profissionais e os indivíduos sendo esta pessoal, contínua e intransferível.

(Alves, 2011; Howe, 2009; Saleeby, 2009). A efetivação de uma boa dinâmica interativa e proximidade entre ambos ostenta-se como uma componente determinante para o aumento do nível de felicidade dos indivíduos, uma melhor qualidade de vida e de saúde, a satisfação dos mesmos ao nível dos aconselhamentos e acompanhamentos prestados, na receção a demandas, na adesão/ cooperação aos cuidados de saúde, na adaptação ao planeamento/ tratamento terapêutico, mas também no seu posterior enfrentamento, sucesso e resolutividade dos seus problemas, diminuindo possíveis ansiedades, medos e inseguranças existentes (Monteiro-Grilo, 2012; Pena, 2012a; Wilson, 2008). A continuidade do vínculo, a adaptação e aceitação emocional aos mesmos para a aquisição de conhecimentos, a compreensão sobre o seu estado de saúde e a maneira como estes se confrontaram e vivenciam os seus problemas encontram-se, similarmemente, alicerçadas a uma relação humanista e terapêutica, caracterizada pela mobilização de habilidades e competências comunicacionais eficientes e adequadas, enquanto fatores catalisadores da mudança, para um ambiente físico/ social favorável e um fortalecimento de uma intervenção de qualidade por parte do profissional (Carvalho, 2013; Teixeira, 2004). Para Alves (2011) e Lopes (2010), a concretização destes elementos será maior quando mais eficaz for a comunicação implementada pelo profissional.

Segundo Patrício (2012) e Silva *et al.* (2000), a existência de uma relação de intersubjetividade entre o profissional-utente será mais efetiva e determinante quanto maiores forem os níveis satisfatórios de envolvimento e trocas de informação entre ambos, mas também a adoção de uma abordagem de partilha e disponibilização de orientações e cuidados aos sujeitos, assim como pela existência de princípios: confiança, simpatia, verdade, proximidade, genuinidade, compaixão, tolerância e respeito, enquanto essências estruturadoras e influenciadoras dessa prática. Já para Ley (1980, *citado por* Pinto, 2010), a qualidade e continuidade da mesma encontram-se dependentes de aspetos como a capacidade de recordar a informação transmitida pelos profissionais, a integração, o autoconhecimento, o consentimento, a negociação e a inclusão ativa dos indivíduos nas tomadas de decisão para a compreensão da causa, extensão e tratamento da doença, mas também da existência de alternativas/ opções, do tempo despendido para ponderar, do apoio e reflexão conjunta, da clarificação e recapitulação, da liberdade de expressão e da satisfação/ abertura dos mesmos durante todo processo e interação direta prestada pelo profissional (Briga, 2010; Sousa, 2015).

Neste sentido, o recurso ao autoconhecimento, consciencialização e reflexão da linguagem emitida por parte dos assistentes sociais ao longo das suas intervenções, permitiram aos mesmos uma melhor preparação, sensibilidade e humanização das suas práticas, tornando-as mais objetivas para um resultado final benéfico (Rodrigues, 2001; Silva *et al.*, 2000), ao

conseguirem inovar, aperfeiçoar, antecipar, superar e tirar proveito de crises/ incertezas existentes para resolver possíveis obstáculos emergentes. Todavia, torna-se importante colocar-se no lugar do outro, não desarticular o indivíduo, o meio e as interações que este estabelece nesse mesmo contexto<sup>26</sup>, ter consciência do impacto da sua intervenção na vida quotidiana dos mesmos, encorajar, demonstrar compreensão e empatia ao longo da sua intervenção visando alcançar o entendimento mútuo, a valorização/ dignificação dos indivíduos e a evolução das relações de colaboração e de ajuda instituídas (Lishman, 2009; Trevithick, 2008). A sua efetivação irá facilitar a reabilitação, promoção e integração social dos indivíduos na sociedade.

Segundo Patrício (2012), o assistente social tornar-se-á assim num profissional de primeira qualidade ao nível das relações humanas onde a aplicação, ampliação e fortalecimento da comunicação se constatarem como instrumentos determinantes nas relações empáticas entre os assistentes sociais e os indivíduos/ familiares (Kohlsdorf e Costa Junior, 2013), pois a comunicação é uma forte competência à conjuntura e qualidade da assistência à saúde (Alves, 2011; Coriolano-Marinus, 2014), mas acima de tudo à afirmação e consolidação da identidade e prática profissional dos assistentes sociais no âmbito da Saúde (CFESS, 2002; Guerra, 2015; Lopes, 2010; Martinelli, 2011).

### **3.2.1 - Comunicação em Equipa Multidisciplinar**

Ao longo do processo de intervenção com os indivíduos é essencial a existência de um trabalho especializado, diferenciado e interdisciplinar com os restantes profissionais, enquanto base principal de organização dos serviços de saúde ao se transmitirem, partilharem e debaterem informações diariamente sobre inúmeros casos (história, processo, suportes, problemas, entre outros) com vista a alcançar a garantia e a efetivação de serviços de cuidado eficazes, o entendimento de qualidade do processo e dos diferentes níveis de descrição da realidade (Carvalho, 2013; Cunha, 2010; Lishman, 2009; Pena, 2012a; Rego, 1999; Wilson, 2008). Segundo Peduzzi (2001) e Soares (2013), o trabalho em equipa remete para a implementação de uma aliança coletiva e interdependente, composta por um conjunto de profissionais de diferentes áreas que detêm olhares, conhecimentos, tarefas, atribuições e atividades particulares, que se configura numa interação e relação recíproca entre si, com objetivos em comum para o cumprimento de metas específicas, sem não menosprezar a missão, os valores e as metas da instituição onde estão inseridos. A adoção destes elementos, culminará num ambiente e dinâmica favorável entre a equipa multidisciplinar para uma avaliação global

---

<sup>26</sup> A articulação destes três elementos constitui um dos núcleos da especificidade e a identidade do Serviço Social.

rigorosa positiva, a emergência de um inter-relacionamento/ envolvimento e coesão grupal para uma posterior resposta à complexidade e multidimensionalidade dos problemas existentes, com a construção e o desenvolvimento de estratégias de inovação cada vez mais focalizadas para os indivíduos e as suas demandas, integradoras e adequadas face às diferentes situações e problemáticas em questão (Alves, 2011; Koprowska, 2014).

Neste sentido, é fundamental que se efetue um esforço conjunto dos diversos profissionais e dos vários campos de conhecimentos subjacentes, compreendendo a prática social e a responsabilidade individual/ coletiva, para que, conjuntamente, construam algo de novo permitindo, concomitantemente, o aumento da produtividade e da racionalidade dos serviços prestados, a satisfação e a reabilitação dos indivíduos, tornando assim o processo de atendimento, acompanhamento e a compreensão da evolução dos mesmos mais simples (Sousa, 2015). A sua concretização possibilitará conhecer as múltiplas vertentes do historial dos sujeitos, prever a alta o melhor possível (clínica e social), atingir os objetivos pré-definidos e permitir a posterior inserção benéfica dos mesmos na comunidade (Carvalho, 2012a; Koprowska, 2014; Peduzzi, 2001). Para tal, a existência de respeito, esforço, consenso, honestidade e partilha conjunta de conhecimentos, alternativas e soluções entre a equipa multidisciplinar da saúde, a sua capacidade de adaptação às diferentes situações e personalidades constatam-se como aspetos fundamentais, assim como o diálogo, a reflexão e a cooperação coletiva entre si através da aplicação e articulação/ conexão das diferentes perceções, saberes e ideologias (Koprowska, 2014). Posto isto, a equipa multidisciplinar necessita de estar preparada para a assistência aos indivíduos, não só técnica mas também emocional e efetiva, proporcionando-lhes um meio envolvente agradável para facilitar o convívio e o restabelecimento das suas condições de saúde (Soares, 2013). Segundo Peduzzi (2001), torna-se igualmente fulcral ter em consideração os aspetos relacionais e comunicacionais concebidos na interação entre a equipa e a existência de uma linguagem/ código e objetivos em comum para que as mensagens e informações transmitidas sejam facilmente compreendidas, decifradas e verificadas sendo, para isso, importante que estes redefinam, aperfeiçoem e incorporarem estratégias comunicacionais com o intuito de promover a qualidade dos serviços, melhorar o desempenho e a sua satisfação profissional, estabelecendo uma relação de colaboração/ ajuda centrada nos indivíduos e nos seus familiares com vista à sua capacitação e autoavaliação (Gonçalves, 2012; Lishman, 2009; Pena, 2012b; Rafael, 1996; Rego, 1999; Wilson, 2008). A comunicação constata-se assim, segundo Alves (2011), como uma das melhores estratégias de investimento que garanta uma prática de qualidade, devendo esta ser realizada de forma clara/ transparente e assertiva entre a equipa multidisciplinar

(Carvalho, 2012b). A sua concretização, permitirá uma eficaz organização, estimular a inovação e a motivação, identificar e antecipar possíveis disfunções, ultrapassar e resolver problemas, melhorar a negociação/ gestão do risco e por termo a possíveis erros, acertos ou conflitos emergentes entre a equipa multidisciplinar, assim como das exigências/ complexidades dos sujeitos, familiares ou da respetiva instituição (Alves, 2011; CHLC, 2007; Lishman, 2009; Peduzzi, 2001). Todavia, importa aludir à importância de uma distribuição equitativa de funções e da definição/ clarificação clara dos papéis de cada profissional, assim como da capacidade de ouvir a restante equipa e comunicar sem interposições, de modo a proporcionar uma melhor comunicação entre ambos e uma intervenção de qualidade.

Neste sentido, é importante para Peduzzi (2001) que os assistentes sociais detenham uma boa relação entre si e espírito de equipa, constituída por diversas competências complementares, de cooperação e parceria, trabalhando para o bem e em prol dos indivíduos, com o intuito de conseguirem atingir a transformação e recuperação dos seus pensamentos/ comportamentos como seres singulares dotados de direitos e dignidades, mas também o enfrentamento e diminuição das complexidades e arduidades dos seus problemas, num clima de segurança afetiva e física (Carvalho, 2012b; Koprowska, 2014). Fiúzia e Kilimnik (2004), robustecem estes pensamentos afirmando que a existência e potencialização de sinergias caracterizadas por uma comunicação de qualidade e proximidade com os sujeitos ou familiares, articulada com outros profissionais e/ ou instituições de saúde competentes, contribui para a continuidade dos cuidados hospitalares e a posterior satisfação dos indivíduos, através de um relacionamento comunicativo e de respostas empáticas recíprocas (Alves, 2011).

### **3.2.2 - Problemas e Desafios Comunicacionais**

Gonçalves (2012) vem salientar a presença de problemas na troca de informações e orientações nas intervenções entre os assistentes sociais e os utilizadores dos seus serviços quando as mesmas não se realizam de uma maneira persuasiva colocando, assim, em causa a transmissão de informação exata, a qualidade e proximidade relacional entre os mesmos e o profissional. Segundo este autor, podem emergir barreiras que dizem respeito a fatores externos/ ambientais, como a distância espacial e distúrbios (ruídos), ou barreiras internas/ relacionais referentes aos aspetos pessoais dos emissores, como a linguagem utilizada e o seu estado de saúde (Briga, 2010). Caetano e Rasquilha (2007), fortalecem esta perspetiva afirmando uma possível existência de problemas de cariz técnico (relativos à eficácia da transmissão), de cariz semântico (alusivos à interpretação do significado) e de influência (referentes aos resultados obtidos). Já para Teixeira (2004) e Lopes (2010), as principais

barreiras remetem para o conteúdo quando a transmissão de informação efetuada pelo profissional é, por vezes, imprecisa, ambígua, não explícita, errada ou demasiado técnica, a existência de atitudes/ modos de estar negativos e desfavoráveis na interação direta do assistente social com os indivíduos que, por sua vez, podem conduzir a problemas comunicacionais na relação de ajuda estabelecida e à existência de conflitos e/ ou desacordos entre ambos na interação empregue (Alves, 2011).

Para Alves (2011), Monteiro-Grilo (2012) e Rego (1999), outras possíveis complicações comunicacionais aludem ao facto de os profissionais desconsiderarem as especificidades dos intervenientes e as informações que não vão de encontro com os seus pensamentos ou ideais, à incongruência/ inconsistência dos atos face às mensagens transmitidas, às diferentes perspetivas dos profissionais acerca dos serviços a prestar e/ ou prestados, ao excesso de informação/ questões ou falhas na sua recolha, à distância física, à avaliação das mensagens em função das características do emissor e não do conteúdo da mesma, à falta de tempo e dedicação, à escuta seletiva e à presença de emoções e de diferenças culturais (hábitos, valores, crenças) que tendem a influenciar o modo de comunicação e a subjacente interpretação da mensagem. Não obstante, podem igualmente emergir dificuldades no que diz respeito à centralidade na doença e não no sujeito como gestor da sua própria saúde e nos seus pontos fortes, à transmissão de informação de forma deficitária e/ ou incompleta ao nível intrainstitucional ou interinstitucional, o espaço físico, a sobrecarga, suposições estereotipadas e experiências passadas marcantes (Lishman, 2009; Pena, 2012a). Todavia, Monteiro-Grilo (2012) vem evidenciar que, apesar de os profissionais deterem atitudes positivas em relação às suas aptidões comunicacionais exercidas com os indivíduos e/ ou familiares, acabam por falhar na sua efetivação adotando, muitas vezes, o mesmo estilo comunicacional em todos os sujeitos devido ao facto de as encararem como algo que se desenvolve ao longo da sua vida e experiência profissional, considerando-as como um assunto de menor relevância ou como um aspeto garantido – habitus. O ganho de confiança ou não interesse pela comunicação faz com que os profissionais não sintam a necessidade de modificar a forma como comunicam com os indivíduos (Lishman, 2009).

Segundo outros autores, a adoção de um estilo autoritário, a criação de limites pouco definidos e respeitados na intervenção social estabelecida entre o profissional-utente e a não continuidade de uma atitude de neutralidade/ imparcialidade, assim como uma não consciencialização de possíveis falhas/ riscos comunicativos e das suas experiências passadas vividas poderão, similarmente, resultar no surgimento de tomadas de decisão e posição pouco lógicas/ racionais, constrangimentos e dificuldades que impeçam a continuação e sucesso da sua intervenção (Carvalho, 2013; Gonçalves, 2012; Pena, 2012a), pois para Monteiro-Grilo

(2012), a aplicação e a adequação constante da linguagem e de técnicas mais eficazes/ apropriadas, assim como a antecipação de possíveis desfechos, face a diferentes situações e contextos, podem constituir um desafio para os profissionais (Lishman, 2009).

Outras complicações poderão remeter, segundo Ramos (1997) e Teixeira (2004), para a pouca literacia dos indivíduos ao não compreenderem a sua situação de saúde devido aos poucos conhecimentos que detêm sobre a mesma e das alterações ou normas aplicadas na atualidade, assim como o país e a cultura originária dos profissionais e/ ou dos próprios sujeitos ao acarretarem obstáculos linguísticos ao nível da receção e emissão das informações (Ramos, 1997). Segundo este autor, estas arduidades a nível comunicativo por parte dos assistentes sociais ou dos sujeitos, ostentam-se como um aspeto visível nas sociedades na medida em que ainda existem indivíduos com poucas habilitações que apenas sabem comunicar num idioma ou que detêm fracas habilidades comunicativas o que, concomitantemente, acarreta problemas na capacidade de interagir/ intervir de um modo mais rápido e eficiente (Carvalho, 2013). Neste sentido, o facto de os indivíduos serem provenientes de outras culturas, de deterem pronúncias particulares, diferentes modos intervir/ agir, vocabulários/ dialetos díspares e de conterem uma visão distinta do mundo, acarreta dificuldades na interpretação da sua comunicação ou originar constrangimentos (Caria e Ruiz, 2009). Outra complexificação sentida, resultante da anterior, poderá ser a dificuldade na compreensão da fala e/ ou da escrita efetuada pelos indivíduos.

Nesta linha de pensamento, é fundamental que os profissionais estejam conscientes destes aspetos relativos à comunicação e que exerçam um esforço suplementar, desenvolvendo previamente um conjunto de competências, estratégias e técnicas face à multiculturalidade presente, para conseguirem identificar, gerir e superar possíveis complicações, perceções erradas ou conflitos emergentes com os indivíduos, adotando determinadas estratégias que favoreçam o controlo ou a sua eliminação (Carvalho, 2012b; Gambrell e Gibbs, 2009; Gonçalves, 2012). Para tal, é fulcral que os assistentes sociais tenham perceção de um conjunto de fatores (pessoais, culturais, organizacionais e ambientais) que podem interferir e influenciar o seu processo interventivo com os indivíduos, adotando uma atitude autorreflexiva e postura crítica/ reivindicativa, consoante as características dos mesmos, não demasiado autoritária ou controladora (Lishman, 2009; Patrício, 2012; Pena, 2012b). A sua efetivação possibilitará aos profissionais desenvolverem, gradualmente, competências comunicativas eficazes que sejam capazes de diminuir as arduidades existentes e que, conseqüentemente, permitirão compreender a identidade dos indivíduos e auxiliá-los nos seus problemas, estabelecendo uma relação de mutualidade, reciprocidade e confiança nas diversas intervenções sociais (Lopes, 2010; Koprowska, 2014; Ramos, 1997).



## CAPÍTULO II

### 4. DESENHO METODOLÓGICO

De forma a responder às orientações conceituais da temática da comunicação, à pergunta de partida e aos objetivos previamente apresentados, expõe-se a metodologia da investigação efetuada e o material empírico resultante do processo de pesquisa desenvolvido, com vista a identificar e compreender a intervenção dos profissionais da área do Serviço Social e as suas capacidades comunicacionais que empregam com os sujeitos que recorrerem aos seus serviços.

Neste sentido, a lógica de investigação que melhor representa este estudo é a indutiva ao se pretender descobrir e perceber as tendências e os processos que explicam o como e o porquê, através da captação de situações concretas e análises mais abertas de situações efetuadas pelo investigador, sendo estas descritas e assimiladas pelo mesmo a partir dos significados e discursos que os próprios indivíduos atribuem às mesmas. Segundo Gauthier (2003), esta lógica de investigação para além de privilegiar a descoberta, possibilita perceber comportamentos, decisões e valores, mas também ajuizar sobre a heterogeneidade das situações que à primeira vista parecem ser semelhantes, para assim se poderem construir os dados associados. Neste sentido, a lógica indutiva encontra-se relacionada com a temática em questão ao se pretender interpretar e dar um sentido aos acontecimentos e não estabelecer uma relação causal linear, de sentido único, entre os mesmos (Gauthier, 2003).

De acordo com esta lógica de pesquisa, encontra-se associado o estudo descritivo ao se pretender descrever uma determinada realidade e dar a conhecer aos profissionais ou à área de intervenção os dados obtidos com vista ao seu aprofundamento (Aragão, 2011). Segundo Fortin (1999), o estudo descritivo visa obter um maior nível de informação acerca de um determinado fenómeno, relativamente a uma população específica ou amostra desta, e traçar as características da mesma no seu conjunto. Já para Vilelas (2009), a investigação descritiva recorre a critérios sistemáticos que possibilitam estudar a estrutura e as especificidades da temática a indagar, proporcionando a existência de uma informação mais sistemática e uma visão mais completa ao se delimitarem os factos que suportam o problema de investigação. Neste sentido, o estudo descritivo explana este estudo ao procurar especificar as propriedades mais determinantes das componentes da comunicação e dos indivíduos, grupo ou comunidade, visando descrever e conhecer, de uma forma mais profunda, as suas características essenciais e estabelecer relações entre as variáveis, ambicionando igualmente obter os parâmetros inerentes dessa determinada população (Fortin, 1999). Assim sendo, o estudo descritivo ostenta como principais vantagens o facto de ser fácil de planear e executar, de ampliar a compreensão do investigador e de ser realista (Vilelas, 2009).

Nesta linha de pensamento e face à temática existente, a coerência desta justifica a aplicação de uma abordagem mista<sup>27</sup>, com predominância do método qualitativo em combinação com o quantitativo para a recolha dos dados, com vista a alcançar a informação necessária sobre a prática profissional e as aptidões comunicacionais dos profissionais nas interações que estabelecem com os indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços.

A escolha do procedimento metodológica qualitativo para o presente estudo remete para a intenção de captar e compreender a temática, sendo o objeto uma construção feita a partir do olhar e dos sentidos conferidos pelos intervenientes à sua ação e interação, apelando assim à importância de um paradigma de compreensão mais do que uma explicação e à interação entre os indivíduos. Segundo Filho e Terence (2006), através do método qualitativo pretende-se perceber em detalhe uma determinada realidade e os seus pensamentos a partir da perspectiva dos intervenientes que vivenciam essas práticas. Já para Flick (2005) e Vilelas (2009), a pesquisa qualitativa ao ser dirigida para a descoberta, identificação, descrição e formação de explicações, analisa em profundidade o verdadeiro significado e intencionalidade dos atos, das relações sociais e das estruturas sociais em cenários naturalistas de forma a alcançar a compreensão do estudo em questão. Neste sentido, a contribuição e importância deste método reside na existência de uma abordagem interpretativa da realidade em primeira mão (Burgess, 2001) ao permitir estimular o desenvolvimento de novas compreensões através do contacto com os intervenientes e da dinâmica do contexto envolvente (Fortin, 1999; Filho e Terence, 2006).

No sentido de aprofundar e reforçar os dados obtidos através da estratégia de investigação anterior, combinar-se-á igualmente uma abordagem metodológica quantitativa, ao ser um processo sistemático de colheita de dados quantificáveis, baseado na observação de factos concretos de fenómenos e acontecimentos existentes independentemente do investigador. A sua concretização, possibilitará adquirir uma informação padronizada/quantificável que possibilite ao investigador descobrir factos que interpreta e poder fazer generalizações de acordo com a temática em estudo.

De modo a recolher a informação pretendida e haver uma aproximação ao terreno empírico, recorrem-se a técnicas de investigação que permitem sustentar as estratégias metodológicas, com objetivo de identificar e perceber as competências comunicacionais adotadas pelos assistentes sociais na intervenção, nomeadamente, as linguagens utilizadas, as

---

<sup>27</sup> Desenho de investigação caracterizado pela análise, combinação e complementação de métodos qualitativos e quantitativos com vista a obter uma visão mais abrangente e uma compreensão mais profunda da investigação em análise (Flick, 2005).

posturas, os olhares realizados, entre outros, e a percepção dos indivíduos utilizadores dos seus serviços às mesmas (Burgess, 200; Fortin, 1999).

#### **4.1 - Técnicas de Investigação**

No que diz respeito à primeira técnica de recolha de dados, as entrevistas, remetem para a possibilidade de clarificação e aprofundamento de detalhes e assuntos relacionados com a investigação, assim como o esclarecimento de possíveis dúvidas existentes. Segundo Fortin (1999), as entrevistas possibilitam recolher informações juntos dos profissionais acerca das suas ideias, atitudes, sentimentos, preferências e expectativas, apoiando-se nos seus discursos, visando recolher informações mais ricas relativas às questões previamente elaboradas pelo investigador, com recurso à revisão de literatura e aos principais conceitos, dimensões e indicadores associados (Anexo A). Não obstante, Flick (2005) e Gauthier (2003), referem que o principal intuito das entrevistas é o de fornecer uma base para a compreensão/ interpretação dos resultados alcançados e da realidade, sendo igualmente encarada como uma relação de confiança ou aprendizagem entre o investigador e os indivíduos. Já para Vilelas (2009) e Fortin (1999), as entrevistas ostentam-se como um modo específico de interação social que permite recolher informação, examinar conceitos e relações entre as variáveis, servir de principal método de investigação ou de complemento a outras técnicas, tanto para explorar resultados inesperados, como para validar os resultados obtidos ou ainda para aprofundar mais a temática em análise. Neste sentido, as entrevistas apresentam como principais vantagens o facto de serem os próprios profissionais a proporcionam/ facultarem a informação de modo consensual (Anexo B), a fácil deteção de erros de interpretação, a maior eficácia na descoberta de informações e na análise dos sentimentos ou emoções dos intervenientes (Silva e Pinto, 1986; Vilelas, 2009).

Da diversidade de formas de entrevistas, a semiestruturada é a que será objeto de utilização, face ao âmbito da investigação, com o intuito de conseguir alcançar os discursos dos entrevistados na sua própria lógica sem a existência de uma ordem rígida de questionamento (Anexo D). Esta configuração de entrevista, segundo Flick (2005) e Gauthier (2003) constata-se como uma revelação de conhecimentos que são expressos em respostas e que são passíveis de serem interpretados, na qual se verifica a efetivação de uma interação verbal aberta/ flexível assente em postulados específicos, onde o investigador se deixar-se-á guiar pelo fluxo da mesma com o intuito de abordar determinados termos e extrair uma compreensão mais rica e aprofundada da temática em estudo. Neste sentido, a incorporação das perguntas efetiva-se de um modo mais ou menos aberto, para que os profissionais possam responder livremente às mesmas, com vista a possibilitar uma comparatividade e estruturação dos dados alcançados.

A partir destas entrevistas proceder-se-á, posteriormente, ao tratamento e interpretação dos dados obtidos a partir da análise de conteúdo<sup>28</sup>, com uma subjacente dimensão descritiva daquilo que nos foi referido pelos assistentes sociais e uma dimensão interpretativa que irá decorrer das interrogações do investigador de acordo com o objeto de estudo (Guerra, 2006). A transcrição das entrevistas será realizada integralmente e fielmente ao que foi narrado pelos entrevistados, com a descrição das mesmas, a revisão da gravação, o preenchimento manual de possíveis elementos em falta e, por último, a redação dos seus discursos.

No que diz respeito à segunda técnica de investigação, a observação direta eleva-se enquanto complemento ao método anterior ao permitir obter e presenciar a prática profissional dos assistentes sociais, os seus discursos e comportamentos que à partida podem passar despercebidos à consciência explícita dos intervenientes (Silva e Pinto, 1986). Para Fortin (1999) e Weick (1968, *citado por* Fortin, 1999) este método pretende testemunhar, registar e descrever um conjunto de comportamentos estabelecidos face-a-face com indivíduos, e ambientes que se encontram inteiramente ligados aos objetivos da investigação, de forma consensual (Anexo C). Já para Gauthier (2003), o ato de observação constata-se como uma confrontação de ideias e interpretações, provisoriamente constituídas com os dados concretos, com o intuito de sustentar, alterar e/ ou rejeitar as mesmas. Assim sendo, a indecência na observação direta enquanto processo de investigação deve-se ao facto de procurar conhecer e compreender melhor a realidade em questão a partir de uma perspetiva externa, tornando possível o seu entendimento científico e verificável. Para tal, recorrer-se-á a uma grelha de observação, previamente elaborada pelo investigador e preenchida durante os diversos atendimentos sociais efetuados pelos assistentes sociais com os indivíduos que recorrem aos seus serviços (Anexo E), com o intuito de perceber se o que foi referido pelos mesmos acerca das suas competências comunicacionais coincide com o que é observado pelo investigador.

Na última técnica de investigação, o inquérito por questionário de satisfação (Anexo F), disponibilizado pelos serviços, será realizada uma análise e tratamento estatístico aos resultados obtidos, com recurso ao programa científico SPSS, recaindo apenas nas dimensões relacionadas com a comunicação empregue pelos assistentes sociais aos indivíduos que recorrem aos seus serviços. Os dados correspondem a um estudo realizado num espaço temporal de 1 ano (2015/2016), que ostenta como principal instrumento e base de trabalho a EUROPEP<sup>29</sup>, no qual se

---

<sup>28</sup> Segundo Gauthier (2003), constitui uma das mais importantes técnicas de investigação das Ciências Sociais que contribui para o avanço e aquisição de conhecimentos no sentido de testar a problemática teórica e produzir inferências reproduzíveis acerca da temática em análise.

<sup>29</sup> Documento padronizado internacionalmente para avaliar o atendimento dos cuidados de saúde primários e permitir a comparação internacional de resultados na Europa (CHLC, 2007).

pretendia avaliar o grau de satisfação dos indivíduos acerca da área de apoio social, monitorizar o desempenho da área do Serviço Social e seus profissionais ao longo do tempo, compreender os aspetos com maior impacto para a satisfação dos indivíduos, mas também definir estratégias de melhoria de qualidade a partir dos pontos fortes e dos pontos fracos existentes (CHLC, 2007). O seu tratamento interpretativo e analítico passará por adquirir e compreender a perspetiva dos indivíduos e/ ou familiares face à comunicação e comportamentos que os profissionais implementam na sua intervenção social.

#### **4.2 - Campo Empírico e Amostragem**

Neste sentido, considera-se enquanto campo empírico de investigação as diferentes unidades hospitalares do CHLC, nomeadamente, São José, Santo António dos Capuchos, Santa Marta, Dona Estefânia, Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa, a partir do qual se irá procurar identificar e perceber as competências comunicacionais que os assistentes sociais empregam na sua prática profissional nos diversos atendimentos que efetuam com os indivíduos que recorrem aos seus serviços. O universo desta investigação remete para os diversos utentes que diariamente recorrem aos serviços hospitalares, mas também para o número total de assistentes sociais (43) inseridos nas diferentes unidades hospitalares anteriormente referidas. A partir destes, selecionou-se uma amostra de amostra de 600 casos sociais (100 em cada unidade hospitalar do CHLC) de forma aleatória, e uma amostra de 8 profissionais, selecionados por conveniência até atingir a saturação<sup>30</sup> da informação recolhida e alcançar a representatividade da investigação. Segundo Bispo e Marôco (2005), este tipo de amostragem constata-se como não probabilística ao não ser realizada de forma aleatória, sendo os assistentes sociais selecionados estrategicamente pelo investigador para alcançar uma maior aproximação e nível de compreensão à investigação em análise, mas também por serem acessíveis e de demonstrarem disponibilidade para a realização da mesma (Fortin, 1999).

Após a recolha destes dados, proceder-se-á ao seu tratamento e respetivo confronto com o quadro concetual, procurando salientar as ideias mais relevantes para identificar, perceber e alcançar a totalidade desta temática, estabelecendo comparações/ confrontações com a informação recolhida. De realçar que, no decorrer da pesquisa empírica, se privilegiou igualmente outras fontes de recolha de dados para esta investigação sempre que se considerou pertinente, nomeadamente, a análise documental.

---

<sup>30</sup> Pretende-se alcançar a saturação dos dados recolhidos quando não existirem novos elementos que possibilitem ampliar a investigação (Bispo e Marôco, 2005), sendo esta uma amostra homogénea e suficientemente significativa da população em análise (Giddens, 2004).



### CAPÍTULO III

#### 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

##### 5.1 - Caracterização da Amostra

Após a apresentação anterior do desenho metodológico, que presidiu à investigação empírica efetuada, procede-se agora à exposição, tratamento e análise dos profissionais integrantes da área do Serviço Social nas diferentes unidades do CHLC, com o intuito de definir e caracterizar a amostra em estudo, mas também conhecer as suas características sociodemográficas com o intuito de poder situar a sua prática profissional em contexto hospitalar e de realçar possíveis questões relevantes para a investigação em estudo. Neste sentido, construiu-se um quadro estatístico síntese referente aos profissionais inquiridos de forma a facilitar a futura compreensão dos seus discursos.

Quadro 5.1 - Caracterização dos Entrevistados

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Hospital</b>	<b>Tempo de Atividade</b>
<b>E.A.1</b>	Masculino	37	HSM	11 Anos
<b>E.A.2</b>	Feminino	30	HSM	7 Anos
<b>E.A.3</b>	Feminino	22	HSM	3 Semanas
<b>E.A.4</b>	Feminino	39	HSJ	16 Anos
<b>E.A.5</b>	Feminino	41	HSAC	9 Anos
<b>E.A.6</b>	Feminino	59	MAC	32 Anos
<b>E.A.7</b>	Feminino	44	HDE	14 Anos
<b>E.A.8</b>	Feminino	54	HCC	30 Anos

De acordo com os dados expostos, salienta-se a predominância do sexo feminino, existindo apenas um assistente social do sexo masculino, apresentando estas idades compreendidas entre os 22 e os 59 anos de idade. Por outro lado, evidencia-se que o HSM foi a unidade hospitalar mais proeminente, com três profissionais, face às restantes que apenas detêm um profissional inquirido devido ao facto de existir uma maior facilidade e abertura dos assistentes sociais inseridos no HSM na investigação em questão.

Com vista a complementar os dados em análise, evidencia-se o tempo de atividade profissional dos entrevistados, sendo os profissionais da MAC e do HCC os que exercem há mais tempo funções de assistente social, ao contrário de um dos inquiridos do HSM que apenas se encontra há 3 semanas no exercício das suas funções. Os restantes profissionais, situam-se entre os 7 e os 16 anos de atividade profissional na área do Serviço Social em contexto hospitalar.

## 5.2 - Discussão e Análise dos Resultados

De acordo com a metodologia do estudo proposto, centraliza-se agora a análise de conteúdo dos resultados obtidos a partir das entrevistas efetuadas aos assistentes sociais, no contexto das diferentes unidades hospitalares do CHLC, com vista a poder extrair, explorar e compreender a prática quotidiana dos profissionais com os indivíduos e/ ou famílias que recorrem aos seus serviços para, assim, conseguir identificar relevâncias ou obstáculos, detetar (ir)regularidades da realidade social dos mesmos e estabelecer semelhanças ou comparações entre si, mas acima de tudo responder de uma forma sustentada e coerente à pergunta de investigação e aos objetivos referidos anteriormente. Neste sentido, efetua-se uma análise interpretativa dos dados obtidos, segundo as diferentes categorias (Anexo A), contrapondo com as restantes técnicas de investigação (observação direta e inquérito por questionário) no sentido de procurar captar os sentidos, as lógicas e as interpretações a partir dos discursos dos profissionais, confrontando com aquilo que o investigador realmente observa e a apreciação<sup>31</sup> dos indivíduos que recorrem aos seus serviços de acordo com a sua intervenção social.

### 5.2.1 - Conhecimentos Profissionais

Numa primeira fase de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, pretendeu-se alcançar e compreender a prática profissional dos assistentes sociais em contexto hospitalar. Para tal, procurou-se perceber se os profissionais realizam ou não de um trabalho prévio em cada atendimento acerca de cada indivíduo, de modo a deter um conhecimento sobre a sua história, personalidade, rede, situação económica/ habitacional, entre outros.

Segundo o inquirido E.A.1 é realizado um levantamento diário dos indivíduos que se encontram internados, sendo estes essencialmente idosos para que, de seguida, se proceda ao seu acolhimento com vista a alcançar um padrão geral dos mesmos e da sua situação. Conforme se evidencia pelas suas exposições:

*“Tento sempre perceber primeiro qual é a situação do utente em termos clínicos, pois estamos na área hospitalar e convém perceber porque é que o doente entrou e qual foi o motivo da sua admissão, e depois tentar perceber, num primeiro momento, como é que o doente se encontrava antes de vir para o hospital. Depois daí então, logo fazemos as diligências necessárias de acordo com as necessidades da pessoa e o que se irá fazer em termos clínicos também.” (E.A.1)*

Neste sentido e de forma a corroborar o que foi referido por este profissional, o inquirido E.A.4 afirma que procura conhecer ao máximo todas as situações no sentido de poder auxiliar os mesmos de acordo com as suas necessidades.

---

<sup>31</sup> Apenas se irá apresentar as figuras alusivas às questões da Relação e Comunicação presentes no inquérito por questionário 2015/ 2016 disponibilizado (CHLC, 2016).

*“Eu por norma, como temos aquelas listagens com os doentes que vão sendo admitidos, eu tenho o hábito... de manhã a nossa administrativa dá-nos a listagem, eu vou ver quais são as situações que entraram de novo... tentando-me inteirar ao máximo possível das situações portanto, ou através dos outros serviços, através da listagem ou a fazer alguma pesquisa... Vou depois em sequência disso também, às vezes, antes mesmo de falar com o doente ou com a família, vejo com a equipa médica, faço sempre assim uma pequena preparaçãozinha.” (E.A.4)*

A visualização do processo e a comunicação diária com a restante equipa de saúde adstrita são outros aspetos igualmente relevantes na prática profissional, como refere o inquirido E.A.5:

*“É assim normalmente, o que nós temos por hábito é ver se já existe algum processo social no SAAS, pronto... temos o hábito sempre previamente ver se já existe algum episódio criado ou alguns atos registados para termos mais ou menos alguma noção daquele contexto diário ou do indivíduo... Pronto às vezes vais para o internamento e o médico te aborda logo..., não tens quase tempo nenhum para fazer nenhum tipo de pré-avaliação, vamos assim dizer, é quase tudo ali no imediato.” (E.A.5)*

Já para o inquirido E.A.6 esse conhecimento prévio acerca dos indivíduos que recorrem aos seus serviços depende essencialmente do prosseguimento ou não desse mesmo processo.

*“Há aqui duas situações diferentes. Há uma situação que pode ser um caso já seguinte, claro que nós temos um processo todo organizado e temos que de facto ler esse processo e reavaliar toda a situação, se for uma situação de primeira vez em que não conhecemos absolutamente nada da situação temos que iniciar um processo novo. Portanto num seguinte, sim senhora, temos que ir ao processo e ler atentamente o que é que se passou com a situação, um caso de urgência e de primeira vez não temos essa possibilidade, é tudo novo para nós.” (E.A.6)*

Esta inferência encontra-se relacionada com a uma população com que este profissional labora, logo a sua valência e o modo como intervirá será em consonância com essa mesma população. Exemplo disso também é retratado pelo inquirido E.A.7, no qual menciona que este processo de preparação não é linear, podendo partir do próprio assistente social, da equipa de saúde pertencente ou ser sinalizado por outros colegas da área social que se encontrem a acompanhar a situação.

*“Aqui não é linear porque... se chegam até nós pela primeira vez e se são referenciados pelas nossas colegas... e portanto, quando eles cá chegam eu já tenho essa informação. E em algumas situações... cabe-me a mim reunir toda essa informação prévia para depois se dar aqui seguimento às consultas. Nessas alturas, em particular sim é preciso fazer, essa pesquisa, tirando isso não, nos outros casos é conforme aquilo que me solicitam, portanto pode haver uma altura ou um dia em que nas consultas vá surgindo alguma situação em que os médicos vão detetando na hora e me encaminham logo para mim.” (E.A.7)*

Para o inquirido E.A.8, para além da sua preparação em quase todos os atendimentos que efetua acerca de cada indivíduo, também evidencia a sua não efetivação nos casos onde são os próprios sujeitos e/ ou familiares a recorrerem aos seus serviços.

*“Depende das circunstâncias. Se for um doente que eu vá ao encontro, no critério de acolhimento vou preparada, consulto os meios informáticos que estão ao meu alcance, tento inclusive perceber a...*

*situação clínica porque tenho acesso a isso..., se sou eu a ir ao encontro do doente de uma forma organizada e planeada tento o mais possível saber o que se passa clinicamente, falar com os enfermeiros ou os médicos e consultar o processo clínico e social para ver se há antecedentes... para ir de alguma forma pré-preparada... Se for um atendimento de alguém que me procura, farei de outra forma... se tiver num sítio onde haja computador vou intercalando com algum olhar, sou capaz de pedir licença na comunicação para interromper para observar e consultar dados, para me poder ajudar... ainda assim com o nome tento-me preparar, mas nem sempre o consigo fazer, muitas vezes acabo por atender quando não é planeado, atender sem saber o que há por detrás ou a história da pessoa.” (E.A.8)*

De acordo com estes discursos constata-se que o levantamento prévio dos dados referentes aos indivíduos e seu contexto é realizado maioritariamente pelos assistentes sociais, de forma diária, podendo ser sinalizado ou abordado por parte de outros profissionais. Nesta linha de pensamento, a realização e aquisição desse conhecimento prévio, resultará numa melhor preparação, na elaboração de um plano de intervenção mais personalizado e coerente, num acolhimento mais humanizado, numa aproximação entre ambos e numa maior facilidade à intervenção. Conforme reforçam Patrício (2012) e Trevithick (2008), quanto maior for o conhecimento apreendido e a sua mobilização, maior será a cadeia de mediações e sua possibilidade de construção, mediante os recursos existentes na comunidade.

No que diz respeito à observação realizada pelo investigador, a maioria dos assistentes sociais demonstra deter conhecimentos e uma boa preparação acerca dos indivíduos, por iniciativa própria ou a partir da sua equipa multidisciplinar, antes da efetivação dos atendimentos com os mesmos ou seus familiares, existindo apenas alguns casos onde isso não se concretiza devido ao facto de ser o primeiro atendimento.

De seguida, com o intuito de apreender igualmente os saberes dos profissionais, mas relativamente aos direitos, deveres ou políticas dos indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços, questionaram-se os assistentes sociais acerca da sua referência no decorrer dos atendimentos empregues pelos mesmos.

*“... referir os direitos, os deveres, só em situações muito pontuais em que justifique, em algum do atendimento ou assim, se a pessoa insistir mais em alguma determinada situação em que eu ache que eu tenha que falar sobre os direitos e os deveres dos utentes, aí sim, alguma política acaba por se abordar, agora normalmente não vejo essa necessidade.” (E.A.1)*

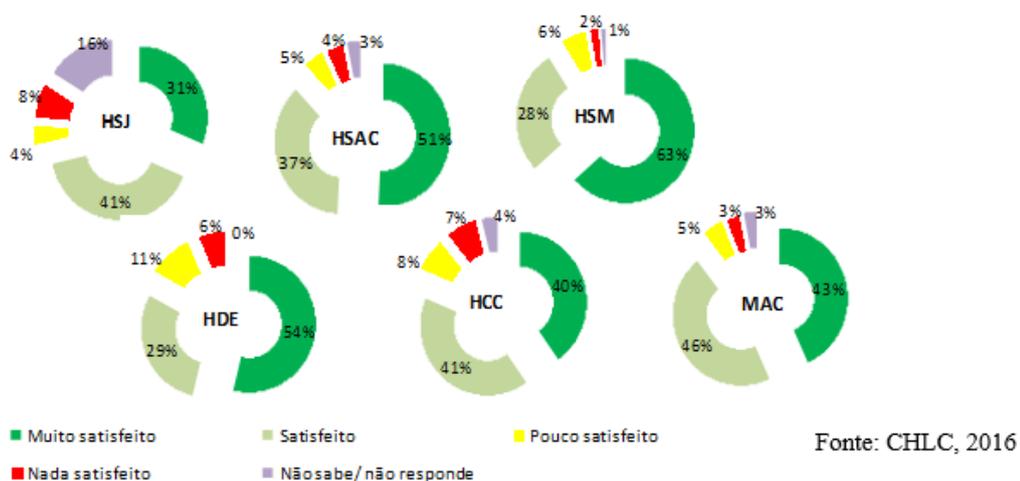
*“Em todos os atendimentos é feita aqui uma abordagem holística sobre a situação e, portanto, faz parte da nossa intervenção informar de direitos e também alguns deveres dos utentes e famílias.” (E.A.2)*

Segundo os profissionais, estes aspetos devem ser divulgados na sua intervenção, devendo informar e esclarecer os indivíduos/ familiares sobre as inúmeras políticas existentes, os seus direitos e deveres relativamente aos serviços de saúde existentes pois, conforme evidenciam alguns autores, os indivíduos são seres únicos dotados de direitos e deveres, devendo ser sempre informados sobre os mesmos (Howe, 2009; Rogers, 2009; Soares, 2013).

A partir da observação efetivada verificou-se que os profissionais não informaram os indivíduos ou familiares dos seus deveres, direitos ou políticas existentes, existindo apenas um profissional que os referiu porque a própria situação assim o fez despontar. Contudo, importa referir que a sua alusão encontra-se muitas vezes muitas vezes dependente do desenrolar da conversação, da relação entre profissional-utente e da própria situação ou contexto existente naquele momento.

No entanto, com base na opinião dos indivíduos relativamente a estes indicadores (Figura 5.2.1.1), constata-se que, apesar de a maioria estar muito satisfeita em todas as unidades do CHLC, as percentagens de menor satisfação encontram-se repartidas (HSJ, HDE, HCC).

Figura 5.2.1.1 - Prestou informação sobre direitos, deveres e benefícios segundo diferentes unidades CHLC



## 5.2.2 - Competências Profissionais

De seguida, pretendeu-se identificar as particularidades do profissional em relação aos indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços e à sua capacidade de resposta perante as demandas que estes transportam consigo, interrogando os assistentes sociais com diversas questões no sentido de alcançar os indicadores associados.

Um aspeto muito relevante para esta análise alude aos princípios, valores e ética que o assistente social deve deter no exercício da sua atividade profissional para que consiga facultar o melhor amparo aos sujeitos no seu progresso, na diminuição ou resolução dos seus problemas e posteriores consequências resultantes.

O inquirido E.A.1 considera que não se deve limitar qualquer tipo de intervenção aos indivíduos, independentemente das características associadas aos mesmos.

*“...julgo que não deve haver qualquer tipo de constrangimento, nós devemos atender todo o tipo de pessoas que estiverem no serviço, sejam elas de que sentido for...”. (E.A.1)*

Na mesma linha de pensamento, o inquirido E.A.3 fortifica a perspectiva anterior, afirmando que concede acesso e disponibilidade a todo e qualquer indivíduo e/ ou familiares que recorram aos seus serviços:

*“...independente de raças, etnia, religião... é uma profissão que abrange todo o tipo de pessoas. Sem discriminação.” (E.A.3)*

Em consonância com estas afirmações, o entrevistado E.A.5 apresenta uma visão igualmente simplista, referindo que os profissionais devem estar sempre disponíveis para os indivíduos sempre que estes demonstrem essa intenção, efetuando, por vezes, sempre que considera necessário uma primeira análise às situações:

*“Acho que devemos estar sempre logo disponíveis para atender, é importante, só que às vezes também... às vezes é preciso também analisar um bocadinho a situação...” (E.A.5)*

À semelhança destes discursos, o inquirido E.A.7 expõe que:

*“... não faço qualquer discriminação... eu aceito todos os pedidos de ajuda e não faço discriminação... se... estão dentro da minha área de intervenção, eu simplesmente atendo.” (E.A.7)*

Assim, podemos verificar que todos os profissionais enaltecem e afirmam que não realizam qualquer tipo de discriminação, seja qual for o indivíduo e as suas particularidades caracterizadoras, devendo-se sempre atender todos os indivíduos que assim o desejem, o que vem, por sua vez, reforçar o que anteriormente foi exposto por Gonçalves (2012), no qual os assistentes sociais apenas conseguiram obter mudanças nas sociedades se forem depositários de um conjunto articulado de princípios éticos, valores, teorias e práticas adequados.

Com vista a verificar a veracidade e autenticidade destes discursos, através da observação, constatou-se que os atendimentos foram na sua maioria agendados, não sendo realizados quais queeres julgamentos ou discriminações aos mesmos ou à sua situação subjacente. Os atendimentos que emergiram de forma imprevista, os assistentes sociais atenderam sempre os indivíduos.

Nesta sequência, incidiu-se noutra indicador pertinente no que diz respeito à compreensão da dimensão das competências profissionais dos inquiridos, nomeadamente, a confidencialidade (in)existente entre o assistente social e os indivíduos que recorrem aos seus serviços. Para tal, questionaram-se aos mesmos acerca da abordagem deste aspeto no decurso da sua prática quotidiana.

De acordo com as inferências dos inquiridos, estes consideram que é algo que deveria estar sempre presente nas suas intervenções sociais sendo o mais claros possível sobre esta

temática com os indivíduos e/ ou familiares de modo a que estes se sintam à vontade e que partilhem as informações necessárias face à sua situação.

*“Isso está sempre subjacente à nossa atividade, não há propriamente um formalismo de dizer, olhe isto é um atendimento confidencial, não tenho esse hábito. Não sei se é correto ou não...”.* (E.A.1)

Já para o inquirido E.A.4, existem casos onde este aspeto apenas é referido no decorrer da intervenção, consoante a situação assim o exigir.

*“... se for com o próprio doente ou se forem pessoas muito idosas, não posso chegar lá e dizer, olhe que descansado porque o nosso quadro de ética... porque a pessoa ia logo ficar assim um bocado... sem perceber o que eu estava a dizer. É lógico que no decorrer da conversa, se calhar, começamos com uma conversa não tão formal, eu pelo menos opto por fazer isso, e depois gradualmente consoante o doente vai ganhando confiança vou-lhe explicando..., mas também dizendo... que isto é uma conversa só nossa, mais ninguém vai ter acesso aos dados que forem disponibilizados.”* (E.A.4)

Apesar de a confidencialidade ser, maioritariamente, exposta aos indivíduos durante a intervenção dos profissionais, também é importante expor as situações onde essa quebra de sigilo entre o profissional-utente poderão por vezes, ocorrer, como referem os inquiridos E.A.1 e E.A.7.

*“Isso está sempre subjacente à nossa atividade, não há propriamente um formalismo de dizer, olhe isto é um atendimento confidencial, não tenho esse hábito. Não sei se é correto ou não...”.* (E.A.1)

*“Em relação à confidencialidade é logo abordada, logo no princípio, até para facilitar esta questão da comunicação. Eles percebem que vêm falar comigo e só há aqui duas situações em que eles são logo informados de que essa quebra de sigilo é logo feita, que é quando há um risco de vida, quer para si quer para outros... ou se no discurso deles nos aparece ideias ligadas à morte... e é importante eles saberem que é só nesses casos que quebramos o sigilo e que todo o resto da informação é só falada com o médico que depois for médico assistente ou com alguma técnica... mesmo quando há técnicos de outros serviços, eles sabem que depois só será passada uma informação muito restrita.”* (E.A.7)

De forma curiosa, contacta-se que o indicador da confidencialidade apesar de ser referido nas intervenções realizadas pelos profissionais, este não surge muitas vezes no início dos atendimentos sociais mas no decurso dos mesmos, não existindo a certeza se será o procedimento mais correto ou não, conforme afirmou o inquirido E.A.1. Todavia, para Gonçalves (2012), espera-se que os profissionais trabalhem não só em prol da sociedade e dos indivíduos, comunicando de um modo não discriminatório e sexista, salvaguardando sempre os princípios de confidencialidade, privacidade e do uso responsável da informação.

A partir da observação efetuada pelo investigador, não se constatou a referência à questão da confidencialidade nos diversos atendimentos realizados pelos assistentes sociais aos indivíduos, tendo apenas um profissional aludido a esse aspeto.

Outro dado relevante recai na sensibilidade e simpatia que o profissional deve efetivar na sua intervenção, enquanto competências importantes para a existência de uma relação de

intersubjetividade entre ambos. Em concordância com os autores Patrício (2012) e Silva *et al.* (2000), estas noções constituem princípios para uma maior efetividade, envolvimento e troca de informações acarretando, por sua vez, maiores níveis de satisfação para com o profissional. Neste sentido, quando questionados sobre estes aspetos os assistentes sociais referem a efetivação e implementação na sua prática profissional.

*“Normalmente, eu tento perceber qual a melhor forma de abordar com determinada pessoa, dependendo um bocadinho da sua personalidade ou daquilo que ela me está a demonstrar, até onde ela me deixar ir..., mas assuntos mais delicados que eu tenho que perguntar tento sempre fazê-lo sempre de uma forma mais subtil... sem tocar ou sem ferir aquela pessoa, sem que se sinta mal”; “...como eu disse á pouco recebê-la bem, fazer com que se sinta bem e à vontade, simpatia...”. (E.A.3)*

Ao mesmo tempo, essa amabilidade poderá igualmente ser exercida e demonstrada ao longo da intervenção:

*“É assim, eu acho que a gente vai sempre fazendo um caminho... se for um assunto... se calhar não é logo num primeiro contacto, no segundo ou assim, se calhar já falo de outra maneira ou então... tento ali aligeirar, falando das coisas, mas se calhar aligeirar um pouco mais, e consoante for ganhando aquela confiança e tudo o mais, se calhar, vou aos poucos, gradualmente vou dizendo...”. (E.A.4)*

Porém, existem situações em que a sensibilidade e competência do profissional são “testadas”, sendo fulcral a existência de uma capacidade de não julgar o outro.

*“...é não julgar e não é dizer, eu bem te disse que isso não ia correr bem. Eu tenho às vezes tenho muita vontade de dizer isso confesso, mas digo essa foi a tua escolha...”. (E.A.7)*

Segundo os profissionais, estes são aspetos importantes na sua prática profissional com vista a alcançar uma relação empática com os indivíduos, tentando sempre demonstrar ou tentar ostentar simpatia, empatia e boa disposição para com os sujeitos de intervenção.

Por outro lado e seguindo a mesma linha de raciocínio, é essencial que o assistente social consiga adaptar e personificar o seu discurso nas intervenções que realiza de acordo com as particularidades do indivíduo e/ ou familiares com quem está a intervir.

*“...pela conversa vou percebendo se essa pessoa está a abrir-se um pouco mais ou não, se está muito fechada ou muito reservada e adaptando um bocadinho o discurso também àquilo que eu sinto que a pessoa permite que eu vá...”; “... por exemplo, se forem PALOPs, terei que adaptar o discurso, para uma linguagem mais acessível. Se estiver a falar com alguém do meio, da área da saúde ou que conheça como as coisas funcionam, será uma linguagem mais prática, mais do meio profissional.” (E.A.3)*

Deste modo, a experiência e saberes que o assistente social vai adquirindo no trajeto da sua atividade profissional tornam-se fundamentais para conseguir ajustar e personalizar a informação transmitida, mas também para negociar com os indivíduos.

*“... a gente ao longo dos anos vimos qual é que é a forma que tu deves falar num atendimento, consoante a personalidade que a pessoa tem.” (E.A.5)*

*“Adequar a linguagem à pessoa que está à nossa frente, tentar perceber se efetivamente ficou claro o que tentamos, a informação que demos ou a negociação que fizemos...” (E.A.8)*

Estes aspetos são igualmente retratados por Carvalho (2013), ao mencionar que é crucial saber comunicar articuladamente e adaptar a sua linguagem a cada indivíduo e tomar consciência dos seus sentimentos, demonstrando apreço, para que o entendimento seja o mais explícito possível e para poder melhorar/ superar as necessidades ou dificuldades existentes.

Segundo os discursos dos inquiridos, é essencial saber comunicar articuladamente e ajustar a sua linguagem de acordo com as características dos indivíduos e/ ou familiares.

Da observação realizada, verificou-se que os profissionais adequam e articulam o seu discurso de acordo com os próprios indivíduos pois já conhecem, na maioria das vezes, a sua situação. Porém, nos diferentes serviços, a adaptação da comunicação poderá ser diferente, de acordo com o próprio profissional ou com o ambiente existente nos mesmos.

Outros indicadores igualmente importantes no que toca às competências do assistente social na sua prática profissional remetem para a sua capacidade de fornecer *Feedback*, Orientações, Esclarecimentos ou Recapitulações aos sujeitos de intervenção. De acordo com diversos autores, estes aspetos são fundamentais para clarificar ou influenciar as decisões dos indivíduos, devendo ser realizados de uma forma construtiva, encontrando-se a qualidade da comunicação por estes exercida dependente destes elementos durante todo o processo e interação direta entre o profissional-utente (Ley, 1980, *citado por* Pinto, 2010).

No entender dos inquiridos E.A.1 e E.A.2 é necessário mostrar sempre o lado positivo da situação, recorrendo ao retorno da pergunta com o objetivo de perceber se os indivíduos compreenderam realmente o que lhes foi transmitido.

*“... tentar sempre arranjar um feedback positivo para as pessoas...”; “...quando uma pessoa dá um feedback negativo, nós tentamos sempre arranjar dois ou três positivos para a conversa não entrar nessa depressão, nesse quadro mais de ansiedade...” (E.A.1)*

*“Normalmente as famílias ou as pessoas repetem, e é aí que eu percebo se realmente perceberam ou não e volto a explicar de novo.” (E.A.2)*

Já o inquirido E.A.4 refere a colocação de perguntas sob diferentes formas e a explicação de todos os passos a realizar como estratégias comunicativas que implementa na sua prática:

*“... quando tenho dúvidas digo... estou a ser clara, está a perceber aquilo que lhe estou a perguntar, ou está esclarecido, tem dúvidas ou então... vou fazendo se calhar a mesma pergunta mas de formas diferentes, para me assegurar que a pessoa está a compreender aquilo que eu lhe estou a dizer.” (E.A.4)*

Através dos discursos percebemos que é essencial ter o retorno da explicação que foi dada pelos profissionais aos indivíduos nos atendimentos sociais, de forma a perceber se estes compreenderem realmente o que lhes foi transmitido. Conforme expôs o inquirido E.A.6:

*“... nós para compreendemos que a comunicação está a ser clara, temos que ter o feedback do outro lado, do utente, para percebermos se estamos a ser claros ou não. No diálogo que vamos estabelecendo com o outro, se eles nos conseguirem devolver as questões que lhes estão a ser postas então é porque estão a perceber.” (E.A.6)*

Posto isto, segundo os inquiridos estes são aspetos essenciais para clarificar ou persuadir os indivíduos face às suas demandas, recorrendo a estratégias como, por exemplo, retornar a pergunta, conceder um *feedback* positivo, questionar de formas diferentes, entre outras.

A partir da observação realizada, verificou-se a procura de soluções do profissional e a resposta ou esclarecimento a questões, dúvidas ou progressos a efetuar por parte dos indivíduos/familiares como também a apresentação de alternativas ou orientações necessárias para o seu processo. O *feedback* de outros profissionais, essencialmente médicos, também se constatou.

Nesta linha de pensamento, torna-se importante incidir na partilha e articulações que os assistentes sociais efetuam diariamente no seu local de trabalho com outros profissionais ao ser, retomando múltiplos autores, um instrumento fundamental para alcançar a garantia e a efetivação de serviços de cuidado eficazes e um entendimento de qualidade do processo (Carvalho, 2013; Cunha, 2010; Lishman, 2009; Pena, 2012<sup>a</sup>).

Para o inquirido E.A.3 essa troca de informações e articulação é feita sempre que verifica essa necessidade de apoio e colaboração existindo, similarmente, uma reunião semanal com diversos profissionais de especialidade distintas, onde se discutem todos os casos, um a um, com o intuito de se realizarem as diligências necessárias perante as necessidades e o estado clínico dos indivíduos.

*“Com os outros profissionais? Pessoalmente.”; “Podemos fazer atendimentos integrados, por vezes com os pais, quando se verifica que é necessário ou se for necessário explicar algo á equipa toda pronto aí reuníamos...para falar sobre esse determinado assunto ou para esclarecer..., mas normalmente falo diretamente com o médico em questão ou com o enfermeiro que esteja com a acompanhar a situação”; “... nas visitas médicas faz-se os pontos de situação das situações que estamos a acompanhar, em que estão presentes médicos, enfermeiros... uma equipa multidisciplinar e, aí sim, fazemos partilha de informação e discutem-se os casos existentes assim como os resultados obtidos.” (E.A.3)*

Todavia, existem casos onde a reunião de equipa apenas é realizada quando se verifica ser estritamente necessário, como menciona o inquirido E.A.4:

*“Ali paramos todos...a manhã toda de segunda feira para falar acerca de cada um dos doentes ... o normal seria ir sempre fazendo sempre o ponto de situação... mas vamos sempre falando. Na outra unidade é um bocadinho diferente... eu própria também já tenho o cuidado de ver quais é que são os doentes que vão entrando, também participo em algumas reuniões, se bem que eles fazem mais quando é necessário, entre eles médicos fazem mas com a restante equipa é só mais quando é estritamente necessário... ou então... a secretária daquela unidade... reporta-me as situações a mim, eu tendo encontrar as soluções e faço a ponte de situação com ela... fazemos esta gestão...”. (E.A.4)*

À semelhança destes discursos, é igualmente referido pelo entrevistado E.A.5 a existência de uma comunicação presencial dos casos existentes com os restantes colegas de

trabalho, apesar de a realização de uma reunião semanal não se efetivar em todos os serviços hospitalares.

*“...normalmente os médicos sinalizam as situações ou também às vezes de uma forma espontânea e solicitam que a gente avalie a situação....”; “... vou sempre diariamente ao serviço de internamento, acho que isso é importante... é sempre um ponto de referência e depois vamos sempre fazendo o ponto de situação diariamente... se uma pessoa está cá, também diariamente te questionam o que se está a passar, o que é que já fizeste, qual é a resposta que estas à espera... não temos visitas médicas, houve uma altura que houve, mas depois... deixou de haver. A partilha é feita quando vou ao serviço de internamento... é sempre feita quase diariamente com os médicos e os enfermeiros.” (E.A.5)*

Constata-se assim, a existência de uma prática profissional de cooperação, enquanto equipa, para a resolução ou menorização dos problemas existentes.

*“Normalmente aqui, não tomo decisões propriamente sozinha, não é porque não possa tomá-las, mas é porque como temos esta ideia de uma intervenção mais multidisciplinar, também não faz sentido eu intervir sabendo que depois isso vai ter impacto na intervenção que o médico vai fazer.” (E.A.7)*

Outro dado importante, referido pelo inquirido E.A.8, alude à existência de um apelo por mais reuniões na área social para a partilha e discussão de casos/ acontecimentos:

*“...há apelos para que se façam mais reuniões... ainda não conseguimos encontrar aqui uma regularidade nessas reuniões extra. Amanha marquei uma reunião porque há assuntos que me parece que não podem esperar... e sempre há realmente ou que eu sinto que possa haver motivos, ou que me peçam... é uma questão de as pessoas mostrarem essa necessidade.” (E.A.8)*

De acordo com os assistentes sociais entrevistados, a partilha e articulações com a restante equipa multidisciplinar é efetivada, dependendo sempre do serviço em questão, podendo ser concretizada em reuniões, presencialmente ou apenas quando é necessário. Questões às quais o profissional desconhece, essencialmente no âmbito da saúde, recorre à colaboração da sua equipa multidisciplinar.

De acordo com a observação efetuada, os profissionais realizam encaminhamentos e articulações com os seus pares sempre que necessário para esclarecer /clarificar informações ou para dar seguimento a alguma situação existente, com vista à sua resolução, sendo realizada, maioritariamente, presencialmente ou por via telefónica.

Assim, a partir do exposto, evidencia-se a importância de uma reflexão e consciencialização por parte dos profissionais com o intuito de poderem melhorar a sua intervenção apesar de, por vezes, o ritmo e a pressão causada pelo ambiente existente no local de trabalho dificulte essa reflexão.

*“Refliro sobretudo quando faço orientação de estágios. Quando não faço entro um bocadinho na rotina e realmente falhamos aí, que é não refletir sobre a nossa prática. Quando tenho estagiárias e como sou questionada, reflito obviamente acerca disso, mas no dia-a-dia normal é muito difícil.” (E.A.2)*

*“Refletir sobre isso não.” (E.A.3)*

Segundo os inquiridos do E.A.6 e E.A.8 essa reflexão consegue ser concretizada e evidencia-se como um fator contributivo e valorizado na sua prática profissional.

*“...falamos também um bocadinho das nossas angústias e das nossas preocupações, que é muito importante também nós desabafarmos e exprimirmos de facto o que é que sentimos em termos pessoais, porque são situações muito pesadas, mesmo.” (E.A.6)*

*“Eu faço as minhas reflexões em casa, quando saio. Aprendi isso na escola e valorizo isso. O local de trabalho pode não o permitir... ontem fiz um atendimento e refleti...”. (E.A.8)*

Podemos então entender que a aprendizagem e reflexão são instrumentos primordiais para o profissional no exercício das suas funções ao ser o suporte de todas as suas ações, na aplicação de um determinado discurso para a orientação, aconselhamento e apoio às demandas dos indivíduos e/ ou familiares, apesar de no dia-a-dia ser um pouco difícil a sua concretização. Não obstante, conforme foi aludido por diversos autores, estas componentes permitirão ao profissional conhecer melhor a relação com os sujeitos e adequar os seus comportamentos a cada situação, mas também possibilitará aos mesmos uma melhor preparação, habilidade e humanização das suas práticas, tornando-as mais objetivas, para um resultado final benéfico (Carvalho, 2015; Howe, 2008; Rego, 1999). Como resultado, conseguiram inovar, aperfeiçoar, antecipar, superar e tirar proveito de crises ou incertezas existentes para resolver possíveis dificuldades provenientes (Rodrigues, 2001; Silva *et al.*, 2000).

Com base na observação efetivada, os diferentes profissionais apresentam comportamentos e discursos distintos, sendo estes elementos recorrentes das suas experiências e práticas profissionais igualmente distintas. Apesar disso, tentam sempre apresentar uma comunicação e um discurso acima de tudo profissional para com os indivíduos e/ ou familiares.

Por fim, no que diz respeito às competências profissionais, procurou-se identificar possíveis mudanças que ocorreram ao longo da prática dos assistentes sociais, com o ganho de experiência e saberes que foram adquirindo no sentido de melhorar a sua intervenção com os indivíduos e/ ou familiares que recorram aos seus serviços.

De acordo com as entrevistas, alguns inquiridos referenciaram a alteração e adaptação da sua forma de falar e estar:

*“... a facilidade na comunicação, temos que ter alguma facilidade... facilidade em criar aqui estratégias para comunicar, dependendo da pessoa... temos que ter algum conhecimento e acho que isso vamos adquirindo com a experiência, de quem temos à frente e de que forma é que podemos comunicar com essa pessoa.” (E.A.2)*

Outro inquirido afirma ainda estar em contínua modificação:

*“Sim, ainda estou a reunir...”. (E.A.3)*

E outro evidencia as características pessoais do profissional enquanto fator igualmente interligado com este aspeto:

*“Acho que isso depois também tem a ver um bocadinho com a nossa parte mais pessoal, acho eu... como eu sou uma pessoa muito faladora e muito comunicativa acho que acabo por ter mais facilidade e é uma coisa que sai naturalmente...”; “Eu acho que aqui as competências pessoais são muito importantes, porque se for uma pessoa muito introvertida acho que vai ser... pode ultrapassar, e com o tempo seguramente que ultrapassa, mas é capaz de numa primeira fase ser mais difícil chegar próximo dos doentes e famílias e não só, até mesmo dos outros profissionais.” (E.A.4)*

Transversalmente, aos discursos anteriores, o inquirido E.A.5 salienta a sua evolução e caminho percorrido ao longo da sua atividade profissional enquanto assistente social:

*“É assim, a gente ao longo do tempo... nós quando vamos falar com algum familiar, basta sim olharmos assim para a pessoa e já sabemos mais ou menos se aquela pessoa é funcional ou não... e logo vê qual é o tipo de trato que tens que ter com aquela pessoa, se tens que ter um trato mais ponderado se não, vamos ganhando sempre essas defesas... tiras assim quase tipo uma radiografia... vê até aos limites que tu podes...”; “eu própria tenho evoluído... a gente ao longo dos anos vimos qual é que é a forma que tu deves falar num atendimento, consoante a personalidade que a pessoa tem.” (E.A.5)*

Para além disso, o treino das competências ao nível da comunicação evidencia-se, segundo o inquirido E.A.7, como um aspeto essencial para conseguir identificar, interpretar e compreender os comportamentos ou atitudes dos indivíduos:

*“...na minha intervenção, somos levamos a treinar muito estas questões da comunicação, é muito importante, seja ela comunicação verbal ou não. Portanto, na minha intervenção sou levada a treinar essa observação das reações deles e para isso também é importante perceber se eles estão ligados a nós, pela relação, e se eles vão percebendo aquilo que é feito”. (E.A.7)*

Todavia, poderá ser essencial a aplicação de estratégias no decorrer da intervenção, com vista a benfeitorizar a relação profissional-utente:

*“Tento sempre apresentar-me, mas às vezes... aí sou capaz de me apresentar mais como um elemento da equipa, por estratégia...”. (E.A.8)*

Deste modo, atesta-se que os aprendizados efetivados e incorporados pelos profissionais ao longo da sua prática, segundo Gonçalves (2012), integram a sua personalidade, passando a raciocinar e a comunicar de acordo com a sua experiência individual. Em conformidade, para Berlo (2010), no processo de comunicação de um indivíduo são aludidos aspetos específicos da sua cultura, das suas experiências e expectativas perante os outros, assentando nas características e necessidades individuais de cada ser humano. Neste sentido, os profissionais detêm e desempenham múltiplos saberes e aptidões diferenciadas, não sendo estas inerentes e estáticas, mas desenvolvidas ao longo da sua experiência profissional e no confronto consigo próprio e com o outro (Monteiro-Grilo, 2012).

Quando questionados face a estes aspetos, os inquiridos afirmaram que essas modificações já sucederam, possibilitando a aquisição de uma maior perceção em relação aos indivíduos, saber comunicar adequadamente e conhecer os seus limites. Apesar disso, ainda é notório a contínua aquisição de competências no decorrer da sua experiência profissional.

De acordo com a observação concretizada, a interpretação e compreensão dos comportamentos realizados pelos indivíduos é maioritariamente realizada, sendo algo que se vai aperfeiçoando ao longo da sua prática profissional, assim como o seu autocontrolo.

### **5.2.3 - Relação Profissional-Utente**

No momento seguinte, procurou-se alcançar e compreender a relação entre o assistente social e os indivíduos, segundo possíveis indicadores caracterizantes da mesma. Alguns dos elementos pertinentes aludem ao acesso, acolhimento e abertura do profissional nos atendimentos sociais que efetua com os indivíduos e/ ou familiares.

Segundo o inquirido E.A.1 existe um procedimento diário que realizam após a sua chegada ao serviço sendo, posteriormente, muito importante, no primeiro contacto com os indivíduos, a realização de uma apresentação e a explicação das suas funções/ intenções:

*“Eu no meu serviço de manhã passo nas enfermarias e vou ver ao quadro os doentes que foram entrados ou o mapa dos doentes, e vejo aqueles com quem ainda não falei, os que eu ainda não falei ou ainda não fiz o acolhimento, naquele caso, vou fazê-lo... e depois então faço uma primeira abordagem ao utente para tentar perceber melhor qual era o seu contexto de vida antes de ser internado no hospital”; “O que eu costumo fazer é, apresento-me, digo qual é o nosso papel aqui no hospital... e o que é que eventualmente é necessário para apoiar aquela pessoa naquelas circunstâncias.” (E.A.1)*

Similarmente a estes discursos, o entrevistado E.A.4 refere a necessidade de um esclarecimento durante os atendimentos com o intuito de fomentar uma relação empática entre ambos.

*“... tenho sempre de tentar cativar ao máximo num primeiro contacto com o doente porque muito daquilo que se vai conseguir, ter informações e tudo o mais, é logo criando uma relação de empatia, e eu acho que é muito importante o primeiro contacto com o doente ou com a família.” (E.A.4)*

A concretização destes aspetos, possibilitará a aquisição de um padrão geral sobre os indivíduos e a sua situação e, por sua vez, a existência de uma maior facilidade à intervenção, conforme afirma o inquirido E.A.7:

*“Portanto, quando eles vêm até mim depende se vêm de fora ou se é uma primeira vez que vêm aqui. Aí explico o motivo de virem falar primeiro comigo... e eu tento explicar todo o procedimento, o que é que é preciso, o que é que vai ser feito, como é que vão ser as consultas, e no meu trabalho o que é que eu vou ter que fazer daqui em diante e isso é sempre explicado... Depois de eles saberem como é que vai funcionar toda a dinâmica do meu trabalho e daqui da clínica, aí eles ficam mais tranquilos...” (E.A.7)*

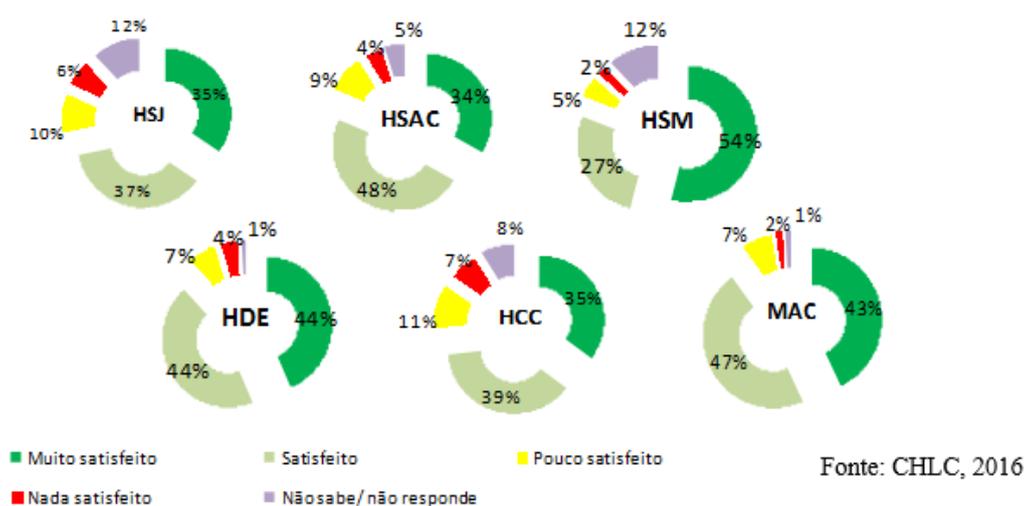
Tendo por base diversos autores que abordam esta temática, constata-se que as práticas de cariz interventivo e emancipatório por parte dos profissionais aos indivíduos passam pelo acesso, otimização e prestação de cuidados de saúde com o intuito de realizar um tratamento mais justo e equitativos a todos os indivíduos que recorram aos seus serviços (Carvalho, 2012a; Guerra, 2015; Pena, 2012b). Assim sendo, a efetivação de um adequado e cordial acolhimento e conseqüente acompanhamento permitirá uma relação de cooperação e de abertura entre ambos, preservando o seu carácter harmonioso (Mauai, 2015; Ribeiro e Guimarães, 2009).

Nesta linha de pensamento, segundo os assistentes sociais entrevistados o acesso, o acolhimento e a abertura para com os indivíduos é sempre realizado diariamente, com a maior clareza possível, explicando sempre o seu papel, as suas intenções e os objetivos a atingir para que se consiga conhecer, ponderar e resolver os problemas existentes.

Através da observação, constatou-se que a maioria dos assistentes sociais apesar de receberem os indivíduos ou familiares à porta nem sempre efetuam um aperto de mão, apenas no final do atendimento. Já a apresentação inicial, com a explicação das suas funções ou passos a realizar é, maioritariamente concretizada, principalmente quando são atendimentos de primeira vez. Quando são atendimentos de continuidade, essa exposição não é concretizada.

Por outro lado, no que diz respeito à opinião dos indivíduos relativamente a estes indicadores<sup>32</sup> nas diversas unidades do CHLC, o HSM é o que ostenta percentagens maiores (54%), seguido de HDE (44%) e MAC (43%). Já o HSJ e HCC apresentam os valores mais insatisfatórios.

Figura 5.2.3.1 - Como classifica o acesso de forma geral ao Apoio Social segundo unidades CHLC



<sup>32</sup> O indicador do acesso diz respeito à facilidade de marcação de atendimentos bem como o contacto telefónico com os assistentes sociais e ainda a forma como o Serviço Social se encontra organizado e o apoio dos restantes elementos da equipa (CHLC, 2016).

Outro indicador de referenciação para esta análise incide na capacidade de escuta do assistente social na sua prática profissional para que se consiga alcançar uma aliança com os indivíduos e/ ou familiares, conforme referem os inquiridos E.A.2 e E.A.3:

*“Mostrando-me disponível sobretudo para ouvir. Acho que aqui, sinceramente, a parte de mostrarmos que estamos recetivos ao ouvi-los também, ou seja, a não imposição das respostas é bastante importante neste processo.” (E.A.2)*

*“...saber escutar para quando é o momento de eles falarem não falo eu, ficando a ouvi-los.” (E.A.3)*

Não obstante, para o inquirido E.A.7 esta componente é um aspeto a ter em consideração nas suas intervenções, constituindo uma grande preocupação.

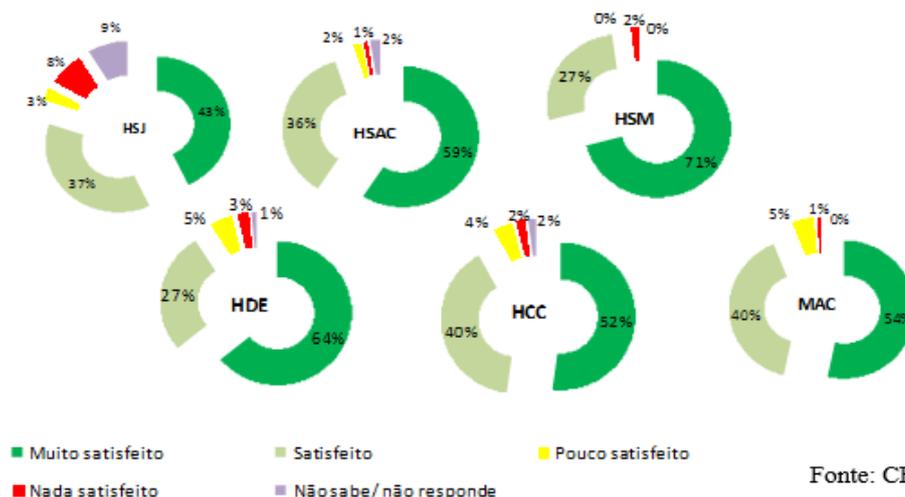
*“É preciso muita capacidade de não julgar e sobretudo de saber ouvir.”; “Eu acho que é o saber ouvir. Esta escuta ativa, sem julgar, esta corrente de compaixão que agora se usa, não compaixão de pena de, mas de entendimento real do que se está a passar, eu acho que é isso que eu tento fazer.” (E.A.7)*

Com vista a fortalecer estes discursos, vários autores afirmam que a escuta constitui um recurso essencial e determinante para estabelecer uma relação de ajuda com os indivíduos, sendo importante saber ouvir atentamente e prestar atenção ao conteúdo da informação transmitida pelos mesmos de modo a conseguirem reconhecer e responder ao que lhes é comunicado (Carvalho, 2015; Grossi *et al.*, 2013; Rego, 2010; Silva *et al.*, 2000; Wilson, 2008).

Para os assistentes sociais inquiridos, é fulcral saber e estar disponível para ouvir os outros, não interromper e demonstrar aos mesmos a sua realização. Já a partir da observação realizada, os profissionais demonstram deter uma escuta ativa e atenção aos indivíduos que recorrem aos seus serviços, seja qual for a situação em questão.

Segundo os indivíduos que recorrem aos seus serviços, constata-se que em todas as unidades hospitalares, estes demonstraram estar muito satisfeitos com a escuta demonstrada pelos profissionais perante os seus problemas, sendo o HSM o mais notório (71%), face ao HSJ (43%). Por outro lado, a MAC (5%) e HDE (5%) são os que ostentam uma menor satisfação.

Figura 5.2.3.2 - Disponível para escutar acerca do problema exposto segundo unidades CHLC



Posto isto, evidencia-se a importância de investigar a relevância de uma centralidade/foco, assim como da compreensão, cooperação, interesse e valorização do assistente social enquanto chaves fundamentais para a relação entre profissional-utente.

Para os inquiridos E.A.1 e E.A.2, o principal é a manifestação de colaboração com os indivíduos devendo a intervenção ser centrada nos mesmos e na sua situação, para se conseguir conceder uma resposta mais eficaz.

*“...demonstrar qual é o nosso papel e que estamos aqui para colaborar com a pessoa... e são somos uma barreira propriamente...; “Acho que temos que nos cingir à situação atual daquela pessoa, o que foi, o que fez e o que não fez não me preocupa muito com isso, preocupo-me com aquele momento, como é que a pessoa está...”. (E.A.1)*

*“... tento sempre mostrar que nós estamos cá é para ajudar e não para prejudicar a pessoa, neste caso, e, portanto, que estou muito aberta a receber... tanto posso explicar e propor respostas adequadas à situação, mas também estou aberta para ouvir as propostas do outro lado e aquilo que eles ambicionam ou idealizavam para a situação.” (E.A.2)*

Por outro lado, o inquirido E.A.5 menciona a importância do desafogo dos indivíduos em relação a acontecimentos sucedidos de forma a conseguir auxiliá-los o mais possível.

*“Por norma, deixo sempre as pessoas porem a sua situação até ao final...deixar extravasar ali um bocadinho... deixamos que... eles extravasarem tudo e tentar escutá-los ao máximo e depois no final tentar então abordar o assunto e a questão para poder ajudá-los naquilo que precisarem.” (E.A.5)*

Já para o inquirido E.A.6 a concretização destes indicadores passa pela aceitação de cada um como é, pelo interesse demonstrado e insistência, mas também pela colocação no lugar da outra pessoa com vista a poder apoiá-lo e compreendê-lo.

*“Temos que ter uma relação empática com as pessoas, temos que as aceitar como elas são e sobretudo não fazer, portanto julgamento, eu acho que saber escutar e depois ter uma atitude de resolução do problema empática... e a humildade, acho que a humildade na relação com os utentes é muito importante.” (E.A.6)*

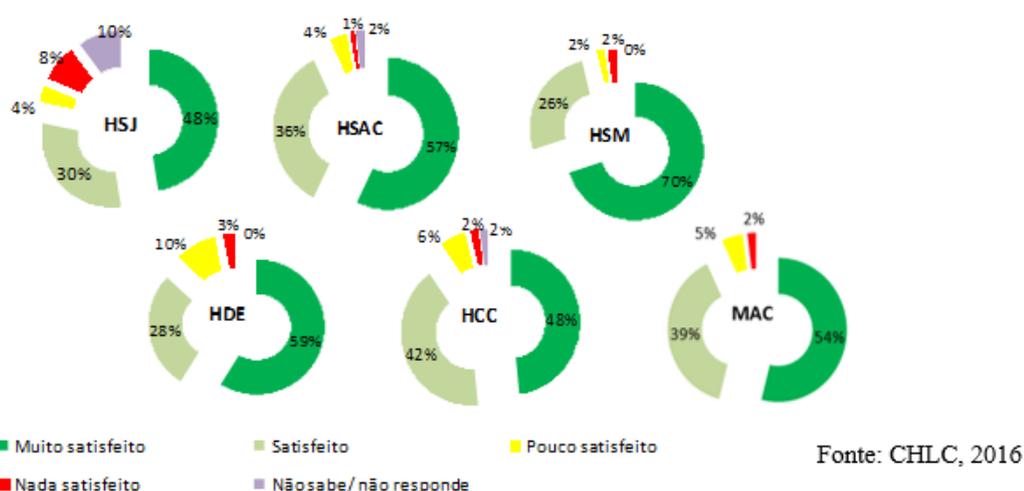
Podemos apreender que noções como a centralidade, foco, compreensão, cooperação, interesse e valorização na relação profissional-utente são elementos determinantes na prática quotidiana dos assistentes sociais através do qual o profissional deve demonstrar empenho e apreço pelos mesmos e pelo seu bem-estar para que o entendimento entre ambos seja o mais explícito possível, com vista a poder melhorar ou superar das necessidades, preocupações e dificuldades dos mesmos (Carvalho, 2013; Henriquez, 2001) pois, segundo alguns autores, o sujeito é um elemento ativo, proativo e participativo no seu processo de saúde-doença e subjacente tratamento devendo, por isso, ser valorizado como tal (Howe, 2009; Rogers, 2009).

Relativamente a estes indicadores, os profissionais referem a sua determinação nas intervenções realizadas, devendo demonstrar aos indivíduos e/ ou familiares que estão ali para os ajudar, auxiliar e colaborar, sem deixar de ostentar preocupação e empatia com os mesmos.

De acordo com a observação realizada, os assistentes sociais ostentam recetividade e compreensão empática perante a situação dos indivíduos, mantendo sempre a centralidade nos mesmos e na sua situação, voltando a questionar, se necessário, aquilo que ficou por efetivar.

Segundo os indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços, a grande maioria indicou estar muito satisfeita com esse entendimento e valorização, apresentando o HSM a percentagem mais elevada (70%) e o HSJ (48%) e HCC (48%) as mais baixas. Contudo, o HSJ é o que apresenta maiores níveis de insatisfação (8%).

Figura 5.2.3.3 - Mostrou compreensão e interesse pela situação e suas necessidades segundo unidades CHLC



Outro aspeto interessante, nesta abordagem, é a perceção da liberdade, participação e partilha entre os assistentes sociais e os indivíduos no sentido de possibilitar a emergência de confiança entre ambos e uma conseqüente relação empática.

Através dos discursos percebemos que a partilha de experiências pessoais ou de outras situações raramente acontece apesar de emergirem, por vezes, circunstâncias que assim o justifiquem:

*“Pontualmente posso dar algum exemplo de alguma situação que me tenha acontecido a mim, mas são coisas muito pontuais. Tento sempre justificar com outros doentes com aquelas características, que já passaram por aquela situação e, se as coisas correram bem...”. (E.A.1)*

*“Não tenho esse hábito de partilhar as experiências pessoais com os doentes. Normalmente não recorro a isso... para me aproximar dos utentes, não o faço, raramente...”. (E.A.2)*

Contudo, deve-se ter sempre presente uma não total exposição de informações e distinção/ distanciamento da sua vida pessoal, como o inquirido E.A.6 retrata:

*“Nós temos que nos distanciar, não posso estar aqui a falar da minha vida privada... perante um problema que as pessoas trazem aqui..., não posso estar a fazer transferências minhas, pessoais para a pessoa, tenho que me distanciar..., portanto são situações que nós não podemos estar a qui a fazer transferências pessoais, que é muito perigoso.” (E.A.6)*

Não obstante, é igualmente realizado a partilha de informações com os indivíduos acerca da sua situação, mas também com a equipa multidisciplinar, conforme refere o inquirido E.A.7:

*“...mesmo quando eles não estão presentes nessa reunião multidisciplinar eles sabem, porque é que vamos lá, o que é que vamos lá fazer e depois o feedback dessa reunião”; “... já aí lhes é comunicado que vão falar comigo e do que é que vão falar, do que é que vão falar comigo e imediatamente a seguir eles vêm falar comigo e portanto, eles já sabem daquilo que eu sei, do que é que eu tenho acesso à informação que eles passaram aos médicos... que eles percebem muito a distinção, apesar de saberem que nós todos articulamos a informação... ele sabe o que é que eu vou fazer, eu expliquei-lhe...” (E.A.7)*

Por outro lado, o inquirido E.A.8 reconhece a troca de informações com os indivíduos e/ ou familiares devido essencialmente à sua história e experiência de vida, dependendo sempre do indivíduo e da sua situação em questão.

*“Eu faço-o, pela minha história de vida... sem mentir, perfeitamente enquadrado, e de vez em quando dou por mim a dar os meus exemplos... Não é comum, mas tendo em conta que tive histórias na minha vida relacionadas com morte, com doença prolongada, com doença de choque... depois tiveram recuperação. Não faço disso protagonismo tento sim, quando são situações que ache que vale a pena dar o exemplo e que acho que me faz algum sentido... não faço isto com qualquer utente ou com qualquer circunstância... portanto, no fundo os exemplos se são puxados são na tentativa de permitir exemplificar que é possível...” (E.A.8)*

De acordo com os discursos apresentados, podemos entender que os assistentes sociais apresentam e concretizam práticas, por vezes, distintas no que diz respeito a estes indicadores o que poderá influenciar a sua intervenção com os indivíduos e, por sua vez, a resolução dos seus problemas. Segundo diversos autores, já supracitados, uma relação de intersubjetividade e interdependência é pautada por intercâmbios e partilhas de saberes, pela transmissão e discussão de múltiplos assuntos (Carvalho, 2012b; Carvalho, 2015; Howe, 2009; Pena, 2012b; Wilson, 2008), sendo igualmente importante valorizar os direitos e liberdades de expressão dos indivíduos e a sua participação ativa ao longo da intervenção (Alves, 2011; Howe, 2008).

A partir da observação efetuada, verificou-se que a partilha de experiências pessoais entre o profissional e os indivíduos raramente acontece, mas que a sua efetivação apenas se realiza no sentido de potenciar uma maior aproximação entre ambos. Contudo, a sua concretização acarreta uma incorreta implementação de princípios e valores éticos<sup>33</sup>, subjacentes à profissão de Serviço Social. Apesar disso, os assistentes sociais dão a palavra/

---

<sup>33</sup> De acordo com o Código de Ética do assistente social (CFESS, 1993).

abertura aos indivíduos, não partilhando experiências ou acontecimentos, sejam elas pessoais ou acerca de outros sujeitos nos diversos atendimentos efetuados.

Simultaneamente, os indicadores de suporte e ajuda emergem como outros aspetos essenciais no que diz respeito à relação profissional-utente para se conseguir colaborar, procurar e encontrar o caminho e as soluções mais indicadas.

*“...temos que demonstrar quando estamos a falar com essa pessoa que nós estamos ali para o ajudar e não o contrário. Eu acho que passa muito por aí.” (E.A.1)*

*“...damos algum conforto para os familiares, para eles sentirem algum conforto de retaguarda... e dar um bocadinho de ânimo às famílias e dizer que as coisas se vão ultrapassar.” (E.A.5)*

Para tal, é importante que os profissionais demonstrem essa preocupação e que essa seja sentida pelos indivíduos e/ ou familiares, sem julgar, como afirma o inquirido E.A.7:

*“...tentamos sempre que eles percebam que aqui é mais pela preocupação dos riscos que eles correm ou pela sua situação de saúde, para além das questões sociais, e que é mais uma tentativa de ajuda...”; “...uma preocupação genuína de alguém que ficou preocupado... e perceberem que se calhar alguém ficou sensível às dificuldades deles e que, talvez aqui possamos ser nós a ajudá-los...”; “...perceber que aqui não vamos julgar, não vamos condenar, não temos essa posição mas sim uma posição de ajuda... aqui é permitido dizer tudo e que é aceite e que não é julgado...”. (E.A.7)*

Segundo Rafael (1996) e Rogers (2012), a relação de ajuda deve incidir em ações que pretendam resolver os problemas dos indivíduos, sendo estes auxiliados nos seu ajustamento pessoal e desenvolvimento enquanto pessoas independentes, de um modo construtivo e criativo, devendo este processo empático ser centrado no mesmo e na sua situação (Patrício, 2012). Com a sua efetivação, será possível que estes aceitem e se consciencializem face à realidade existente, desenvolvam e valorizem a sua autonomia e capacidades com vista a alcançar um mútuo entendimento entre o assistente social e os indivíduos (Martinelli, 2011; Patrício, 2012).

De acordo com os discursos dos inquiridos, é importante conceder conforto, ajuda e ânimo aos indivíduos, sendo esses aspetos visíveis na observação efetivada, na medida em que procuram sempre demonstrar empenho e dedicação aos mesmos, com a aplicação de otimismo e considerações positivas face aos problemas ou necessidades existentes. O pedido de apreciação ou parecer dos profissionais face às demandas dos indivíduos também se verificou.

Com isto, procurou-se, num momento seguinte, alcançar (in)existência de uma confiança e empatia entre o profissional-utente no decurso da intervenção. Para os inquiridos E.A.1 e E.A.2 é fundamental estabelecer uma relação de confiança, sendo a comunicação uma ferramenta crucial para a sua concretização.

*“Eu acho que primeiro tem sempre que se tentar estabelecer uma relação de confiança com o doente...”. (E.A.1)*

*“... estabelecimento logo ali um diálogo que consiga aos poucos criar alguma empatia com o doente para obter as informações que necessito”; “... acho que o início é sempre assim, tentamos sempre criar e manter uma relação empática...”. (E.A.2)*

Em conformidade com os discursos anteriores, os inquiridos E.A.6 e E.A.7 identificam a importância dos resultados da intervenção como indicativo da sua prática profissional, assim como a confiança e certeza nas informações transmitidas pelos mesmos.

*“...isto é tudo um processo, e é um processo muito empático entre nós e os nossos utentes e depois, os resultados da nossa relação com os utentes, também nos podem dar indicadores de como a nossa intervenção resultou, foi clara ou não para eles.” (E.A.6)*

*“...portanto, quando nós aqui tentamos que eles percebam que nós confiamos naquilo que eles dizem e que não estamos a duvidar é o passo para eles ganharem ou para que eles percebam que aqui é possível falar sobre tudo...”. (E.A.7)*

Outras competências são igualmente expostas pelo inquirido E.A.8 para a existência de uma relação empática e de confiança entre o assistente social e os indivíduos:

*“...ser dinâmica, disponível, capacidade de negociação, saber ouvir.” (E.A.8)*

Com vista a fortalecer estas inferências, vários autores afirmam que a existência de uma relação de confiança e empatia entre ambos, potencia as capacidades dos indivíduos, a sua valorização/ dignificação e a evolução das relações de colaboração/ ajuda instituídas, sendo estes indicadores essências estruturadoras e influenciadoras da prática profissional (Lishman, 2009; Patrício, 2012; Trevithick, 2008).

De acordo com os discursos dos assistentes sociais, a confiança e empatia são aspetos cruciais e determinantes para estabelecer uma relação de proximidade com os indivíduos, sem duvidar ou julgar, sendo também importante ser dinâmico, negociador, ouvinte, entre outros.

Com base na observação efetuada, o estabelecimento de um vínculo ou confiança entre o profissional-utente encontra-se depende do facto de ser um atendimento de primeira vez ou de continuidade, pois nos segundos constata-se uma maior abertura e partilha de informações entre ambos.

De seguida, pretendeu-se perceber a aplicação de algum tipo de continuidade das situações dos indivíduos por parte dos assistentes sociais, após a primeira intervenção com os mesmos. Segundo o inquirido E.A.4, esse acompanhamento é efetuado por iniciativa própria, dependendo sempre de caso para caso:

*“A equipa não. Eu própria é que muitas das vezes, não é muitas, é algumas, situações em que vou... faço de certa maneira um follow-up, mas é por minha iniciativa e não é todas as situações. É só algumas que eu considere necessário.” (E.A.4)*

Já o inquirido E.A.7, refere a interajuda e intercâmbio existente para com a sua equipa ou colegas de outras unidades hospitalares de forma a dar continuidade à situação:

*“...eles sabem que... se a coisa correr mal ou se é preciso ajuda, os médicos também os informam a dizer, vou falar com a assistente social e depois vou pedir ajuda para tratares então disto...”; “Eles sabem que vêm falar comigo... tudo o resto continua a ser trabalhado com a médica...”. (E.A.7)*

Simultaneamente, o inquirido E.A.8 alude à sua importância da disponibilidade e dedicação no seguimento dos casos, assim como da sua descontinuidade:

*“Eu já tive muitas fases, depende da disponibilidade. E a disponibilidade também tenho que gerir com a minha vida pessoal. Já tive períodos em que eu senti que podia fazer isso... e é raro a família a quem eu não dou o meu telemóvel de serviço... sendo que isto é uma via de comunicação mesmo depois de o doente ter alta. Há situações em que...de alguma forma passo a mensagem de que a minha disponibilidade é basicamente para o período em que a pessoa estava internada, noutros casos não sou capaz de o fazer... Depende dos casos, mas não sou radical ao ponto de dizer, já teve alta, já não tenho nada a haver com isso.” (E.A.8)*

Assim, a partir do exposto, evidencia-se a importância de uma continuidade do vínculo entre o profissional-utente ao influenciar positivamente a qualidade e segurança da intervenção, assim como o aumento da efetividade entre ambos, com vista a motivar e/ ou acionar uma possível mudança social nos mesmos após a sua reinserção na sociedade (Howe, 2009; Lopes, 2010; Pinto, 2010; Ramos, 1997; Rogers, 2009; Sousa, 2015).

Segundo os entrevistados, cada caso é um caso e tem que ser analisado, ou seja, sempre que se considere necessário é realizado um prosseguimento do caso, por iniciativa própria do profissional, ou apenas é demonstrada disponibilidade durante o tempo que o mesmo se encontra inserido no seu serviço hospitalar.

De acordo com a observação realizada, na maioria dos atendimentos o profissional sugere a continuidade de contacto, seja a partir do fornecimento ou pedido do contacto/ email, seja pelo pedido de entrega de documentação no próximo encontro, seja pela sua localização na unidade hospitalar sempre que for necessário ou pela comunicação com outros profissionais acerca da sua situação. Nos casos onde esse seguimento não se concretizou, o processo iria deixar de passar pelo profissional no âmbito da área do Serviço Social.

Por fim, é importante referir a existência de possíveis conflitos emergentes ao longo da intervenção do profissional que dificultem ou impossibilitem a emergência de uma relação humanista com os indivíduos ou familiares que recorram aos seus serviços. De acordo com os diversos inquiridos, são diversas as barreiras que podem influenciar a sua prática profissional. Para os inquiridos E.A.1 e E.A.2, essa complicação incide ao tempo de internamento e no estado clínico/ emocional dos indivíduos, mas também, por vezes, na sua disponibilidade:

*“...os internamentos hospitalares cada vez são mais curtos... o primeiro dia é quando o doente foi operado, no segundo dia ainda está na unidade e não dá para ter uma relação muito próxima..., ao terceiro dia está na enfermaria e passado dois dias tem alta. É muito complicado às vezes fazermos esta gestão e as pessoas às vezes estão muito fragilizadas...”; “...tento-me adaptar à agenda da pessoa... nem sempre é possível porque há muitos doentes que são de fora de Lisboa... há pessoas que também só vêm aos fins-de-semana e tem que ser mesmo só por telefone porque não há outra forma.” (E.A.1)*

*“Eu acho que o que dificulta, sinceramente, é a falta de privacidade que os doentes têm nas enfermarias, são seis camas por enfermaria, e há muitos doentes que se sentem constrangidos em abrir-se e em nos relatar episódios da vida privada juntos de outras cinco pessoas... e acho que isso é um grande impedimento para criarmos a relação empática com o utente”. (E.A.2)*

Concomitantemente, o inquirido E.A.3 evidencia também a linguagem como um aspeto determinante:

*“Aqui muitas vezes não há assim também muita privacidade, às vezes temos que falar com os doentes lá dentro... com outros doentes à volta também se torna um bocadinho... há menos privacidade”; “... temos também muitos utentes PALOPs e muitas das vezes a linguagem é um grande obstáculo porque eles às vezes não falam português e eu não entendo crioulo...”; “... às vezes, essa é uma barreira linguística, tanto para eles como para mim.” (E.A.3)*

Por outro lado, o inquirido E.A.4 alude às características e competências do profissional enquanto obstáculos na efetivação de uma relação empática com os indivíduos:

*“... é obvio há sempre coisas que se consegue trabalhar, para ganhar mais... como é que eu vou dizer... desenvoltura a falar com os doentes e famílias, mas se nós tivermos isso já é uma mais valia.” (E.A.4)*

Já para o inquirido E.A.5, as principais dificuldades remetem para o dia-a-dia do trabalho e para a população-alvo com quem labora:

*“... não tens quase tempo nenhum para fazer nenhum tipo de pré-avaliação, vamos assim dizer, é quase tudo ali no imediato”; “Pronto, às vezes o que é mais difícil no nosso trabalho... é que neste momento em muitas famílias os utentes vivem com familiares com patologias psiquiátricas... e às vezes é muito difícil trabalhar com esse tipo de pessoas, tu tentas ajudar ao máximo o que podes, só que eles estão sempre a pôr aqui alguns entraves.” (E.A.5)*

Não obstante, para o inquirido E.A.7, o obstáculo remete para a passagem de decisão para os indivíduos e/ ou familiares assim como o percurso negativo já realizado pelos mesmos:

*“...a dificuldade é não sermos nós a apresentar a solução, isso seria bem mais rápido mas menos produtivo, a dificuldade é que sejam eles a encontrar a solução e a serem levados a pensar na solução”; “...é sempre pôr a bola neles e esta é a minha maior dificuldade, devo-te dizer, porque a coisa resultaria muito melhor, pelo menos no papel, se fosse logo eu a decidir... e pôr essa decisão neles é a parte mais difícil.”; “...o mais difícil é quando os jovens já fizeram algum percurso e tudo já falhou e chegam aqui extremamente fechados... e tiveram que se munir de algumas defesas para se proteger daqueles que acham saber o que é o melhor para eles.” (E.A.7)*

O inquirido E.A.8 refere a existências de múltiplas barreiras na sua prática quotidiana, sendo o contexto envolvente e o estado de saúde dos indivíduos exemplos de fatores influenciadores:

*“...eles têm sido tantos ao longo do tempo, ainda ontem, eu senti mesmo um obstáculo e não avancei mais, mas isso é real. O doente estava... com máscara, estava cheio de tubos para monitorizar uma série de necessidades, ia ser transferido... perguntei-lhe se precisava de ajuda, expliquei a razão porque estava ali e ele disse que estava tudo bem e que não tinha problema nenhum, mas eu não me convenci com aquela resposta... não achei que houvesse no momento condições para eu estar a perceber qual era a versão certa... defendi-me, pronto, não fui mais à frente e achei que não deveria ter ido, não havia contexto para isso, primeiro está o equilíbrio do doente.” (E.A.8)*

Neste sentido, para os entrevistados o tempo, a situação clínica, a falta de privacidade, a linguagem, o próprio profissional, o não potenciamento reflexivo dos indivíduos, entre outros, constata-se como elementos prejudiciais para o não estabelecimento de uma relação empática com os indivíduos e/ ou familiares que recorram aos seus serviços.

Com base na observação efetivada, os assistentes sociais gerem adequadamente possíveis interrupções ou obstáculos emergentes. Contudo, constata-se a realização de alguns comportamentos que podem fazer quebrar a conservação entre ambos e o seu prosseguimento como, por exemplo, mexer ou tocar no telefone/ telemóvel durante o atendimento, existindo mesmo um assistente social que o concretizou duas vezes, assim como recorrer ao computador, abandonar a sala de atendimento para ir buscar documentos ou para ir chamar algum familiar, ou até mesmo pelo facto de outros colegas interromperem o atendimento.

Deste modo, no que diz respeito à relação profissional-utente, e retomando alguns autores já aludidos, existem múltiplas dificuldades ou barreiras que podem surgir no decorrer da intervenção do assistente social, porém, cabe ao mesmo recorrer a determinadas estratégias, de forma eficiente e coerente, para a sua superação e fortalecimento da qualidade da sua prática profissional (Gonçalves, 2012; Lishman, 2009; Pena, 2012<sup>a</sup>).

#### **5.2.4 - Comunicação Verbal**

Por último, procurou-se alcançar e compreender a comunicação (verbal, não verbal e simbólica) realizada pelo assistente social com os indivíduos e/ ou familiares, segundo possíveis indicadores caracterizantes da mesma.

Relativamente à comunicação verbal, objetivou-se alcançar o modo como os profissionais comunicam com os indivíduos na sua prática quotidiana no sentido de perceber, posteriormente, a sua influência na intervenção social realizada com mesmos.

Quando questionados, os assistentes sociais, acerca do seu diálogo/ transmissão, verificou-se que existem particularidades na comunicação que devem ser ter tidas em consideração e realizadas sempre que possível, nomeadamente, ser claro e direto, podendo existir um discurso mais assertivo sempre que a situação assim o exigir, conforme afirmam os inquiridos E.A.3 e E.A.4:

*“...manter um discurso sem julgarmos aquela pessoa ou que ela pense que possamos estar a julgar ou a criticar”; “Uma linguagem acessível, clara, ser objetivo porque senão dispersamos muitas vezes nos atendimentos... temos que ser objetivo, manter um discurso acessível e se possível adaptado ao tipo de utente com quem estamos a falar”; “... tenho o mínimo cuidado com... a forma como falo com as pessoas ou como os recebo ou como os atendo, isso tento ter ao máximo esse cuidado, para que a pessoa também se sinta bem.” (E.A.3)*

*“...houve uma situação em que tive que ser um bocadinho mais assertiva, ao mesmo tempo que tive que as confrontar com o facto que isto tudo já podia estar tratado...”. (E.A.4)*

Nesta sequência, o inquirido E.A.5 refere a importância do primeiro contacto com os indivíduos, a contenção que, por vezes, é fundamental que os assistentes sociais detenham e a relevância de uma comunicação aberta e sem julgamentos para uma relação empática entre o profissional-utente.

*“... para já não começarmos o atendimento não como logo com muitas pedras na mão, sermos mais cordiais, também sabermos falar e dar as respostas adequadas... as ferramentas que existem na comunidade para eles poderem sentir alguma segurança naquilo que estamos a transmitir e tentarmos sempre apresentar mais do que uma resposta...”; “...eu tento no atendimento, ter um discurso pausado, não muito acelerado... e uma voz no mesmo timbre, o que às vezes quando as coisas... às vezes começam a gritar contigo, uma pessoa também apanham-se dias um bocado stressantes, vários atendimentos ao longo do dia e depois... às vezes também me salta um bocadinho a tampa mas pronto.” (E.A.5)*

Já o inquirido E.A.8, alude à adaptação do seu diálogo consoante a relação existente:

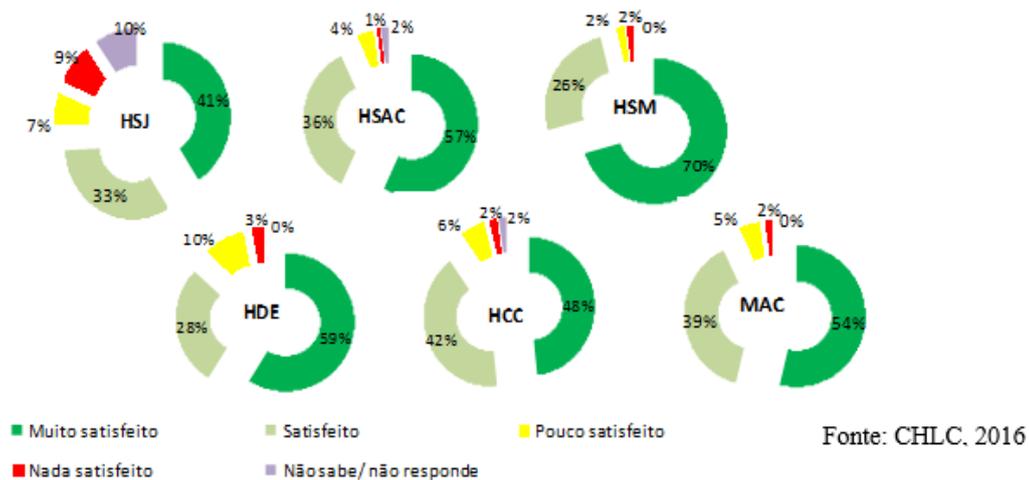
*“...se já houver uma relação de confiança, com mais facilidade sou direta. Se for uma relação, onde não haja uma relação criada, tento a tal subtilidade e dar algum tempo para que seja o próprio a chegar à notícia.” (E.A.8)*

Assim sendo, para os assistentes sociais inquiridos é fundamental ser direto, claro, concreto, cordial e demonstrar abertura, sem dispersar, sendo importante apresentar um discurso pausado, não muito acelerado e uma voz no mesmo timbre, com vista a potenciar uma relação benéfica e empática entre ambos.

A partir da observação realizada, os assistentes sociais transmitem as informações de forma clara e explícita, colocam questões abertas para adquirir conhecimento e utilizam um tom/ ênfase calmo e confiante aos indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços. O agradecimento ou o recurso a piadas, por parte de alguns profissionais também se constatou.

Já para os indivíduos, quando questionados sobre estes aspetos, verifica-se que estes se encontram muito satisfeitos com a apresentação de respostas às suas demandas, de um modo claro, sendo o HSM o mais notório (70%) e o HSJ o menos (41%), seguido do HCC (48%), conforme se pode verificar pela figura (5.2.4.1) em baixo apresentada.

Figura 5.2.4.1 - Apresentou de forma clara como o problema poderia ser resolvido segundo unidades CHLC



Outros indicadores relevantes em relação à comunicação verbal, incidem no aprofundamento, repetição, percepção e na compreensão efetuada pelos profissionais no decorrer da sua intervenção com os indivíduos que recorrem aos seus serviços. De acordo com os inquiridos E.A.1 e E.A.2 é essencial recapitular e aprofundar as informações transmitidas para se conseguir alcançar a percepção dos indivíduos ao que lhes foi dito, sendo esta uma possível estratégia profissional adotada pelos mesmos.

*“Eu normalmente tenho sempre validar aquilo que expliquei à pessoa, ou seja, no final tento sempre perceber... fazer tipo um resumo para a pessoa me explicar então qual é o plano que vamos traçar e acho que é a melhor maneira de percebermos realmente se a pessoa apreendeu aquilo que nós dissemos ou não... eu tento sempre no fim fazer o resumo e dizer, então vamos lá ver o que é que nós combinamos, para a pessoa me transmitir então o que é que irá fazer.” (E.A.1)*

*“Quando percebo que do outro lado há alguma dificuldade na compreensão peço sempre para repetir, de uma forma... sem obviamente rebaixar ou minimizar as pessoas. Eu peço sempre para repetir a informação que foi dada no sentido de perceber se compreenderam e se ficou tudo bem esclarecido”; “É aqui uma estratégia de quase repetição daquilo que acabei de dizer e de informar.” (E.A.2)*

Complementarmente, no entender do inquirido E.A.7, para além de ser fulcral obter a percepção dos indivíduos perante o seu discurso, é igualmente crucial demonstrar sempre compreensão pela situação existente.

*“... às vezes eu preciso que eles me devolvam... que no fim perceba que eles entenderam tudo aquilo que ficou acordado e no meu caso, como eu falo primeiro com os adolescentes e depois no fundo eles estão a ouvir quando eu falo com os pais, eles estão a ouvir pela segunda vez e, portanto, às vezes são eles que ajudam a dizer... eles próprios quase que reforçam e é uma forma de eu perceber que eles entenderam o que ficou estabelecido”. (E.A.7)*

Neste sentido e segundo o enquadramento concetual já realizado, constata-se que a comunicação deve ser a mais clara, concisa, adequada, precisa, adaptada e persuasiva possível (Roque, 2005), devendo ser efetuada de forma assertiva e cuidada, tendo sempre em atenção o

próprio indivíduo e a sua situação. Não obstante, é essencial clarificar e validar as dúvidas existentes (Gambrill e Gibbs, 2009; Soares, 2013), sendo a repetição da mensagem e a sua simplicidade fatores facilitadores e influenciadores para uma correta compreensão da informação transmitida durante todo o processo de interação direta entre o profissional e os indivíduos (Briga, 2010; Rego, 1999; Sousa, 2015; Vieira, 1989).

De acordo com os discursos dos inquiridos, estes elementos são importantes para poder auxiliar os indivíduos da melhor forma possível devendo-se, sempre que necessário, recapitular ou repetir a informação divulgada. O retorno e/ ou devolução da informação por parte dos indivíduos aos profissionais constata-se como benéfica ao permitir perceber se estes compreenderam a informação que lhes foi transmitida.

Já de acordo com a observação efetivada, verificou-se a clarificação ou recapitulação de informações/ processos a realizar, de um modo perceptível e coerente, aos indivíduos e/ ou familiares que recorreram aos seus serviços.

### **5.2.5 - Comunicação Não Verbal**

Posteriormente, recaiu-se na temática da comunicação não verbal, com vista a poder analisar o modo de estar e a expressividade dos profissionais nas diversas intervenções empregues com os indivíduos e/ ou familiares.

Uns dos indicadores pertinentes incide na proximidade/ distância entre o assistente social e os indivíduos nos atendimentos realizados, sendo este um aspeto consideravelmente pouco referido pelos mesmos de acordo com os seus discursos, sendo apenas mencionado por um inquirido:

*“...esta preocupação que eu tive contigo, mas que eu tenho com as outras pessoas, portanto esta história de estar do outro lado da secretária e a pessoa estar do outro lado... seja em que circunstâncias for eu faço isto que fiz contigo.” (E.A.8)*

Destaca-se assim uma preocupação pela não referenciação destes indicadores nas várias inferências realizadas pelos profissionais, na medida em que a sua adoção e utilização é fundamental para aumentar a exatidão e a partilha de informações com os indivíduos, com vista a alcançar uma comunicação empática e a superação dos problemas existentes (Gonçalves, 2012; Koprowska, 2014, Lishman, 2009; Roque, 2005).

Quando inquiridos acerca destes aspetos, apenas um profissional mencionou a preocupação em colocar-se numa posição próxima aos indivíduos e/ ou familiares. Todavia, de acordo com a observação efetuada, a maioria dos profissionais posiciona-se próximo dos indivíduos apesar de, por vezes, existir uma divisória ou distância entre ambos.

Outros factos interessantes apontam para as expressões faciais, os sorrisos e o olhar realizado pelo profissional aos indivíduos, na sua intervenção, ao serem essenciais para a criação e prossecução de uma aliança/ relação humanista com os mesmos, conforme evidenciam os inquiridos E.A.2 e E.A.8:

*“...na minha opinião é importante... haver o sorriso, as expressões faciais...”. (E.A.2)*

*“Eu não sei se os utentes costumam refletir e pensar sobre isso..., mas a comunicação não verbal e a disponibilidade são essenciais para conseguirmos uma aliança com quem está a pedir-nos ajuda... tento tomar atenção às expressões faciais, quando nós achamos que as pessoas estão com um determinado discurso e ao fim ao cabo nós acabamos por sentir ou ver que não é isso que vai acontecer...”. (E.A.8)*

Em concordância com os discursos apresentados, vários autores abordam estes indicadores afirmando que as expressões faciais são um aspeto muito informativo que acarreta um significado simbólico (Trevithick, 2005, citado por Lishman, 2009), sendo importante refletir e ponderar a forma como são manifestados. Já o sorriso, segundo Alves (2011) e Patrício (2012) pode salientar traços de personalidade e intenções por parte de quem o realiza, sendo um aspeto fundamental para a emergência de um laço efetivo, tranquilidade e bem-estar entre ambos, como também para a diminuição de possíveis barreiras existentes (Lishman, 2009; Sousa, 2015). O olhar, é algo que deve estar presente nas intervenções, devendo os assistentes sociais oferecer toda a sua atenção aos indivíduos ou familiares, demonstrar sentimentos otimistas, assim como olhares e gestos acolhedores (Martinelli, 2011).

De acordo com os discursos dos profissionais inquiridos, estes aspetos são fundamentais e devem ser alvo de especial atenção ao longo da sua intervenção, sendo notório a manifestação de uma expressão facial com variação, “formal” mas com sorrisos, de simpatia e animada, franzindo e levantando as sobrancelhas ao longo da comunicação que os indivíduos efetuam.

Outro indicador pertinente recai no contacto visual que, segundo os inquiridos E.A.3 e E.A.7, é um fator que acarreta igualmente um significado subjacente:

*“Com o olhar, ficamos atentos à pessoa...”. (E.A.3)*

*“Há jovens que não conseguem-me olhar nos olhos, pela dificuldade que têm na relação de confiança com o outro e eu tenho que respeitar isso... e eu tento explicar que isso não é importante, eu não preciso que ele olhe para mim eu só preciso que eu perceba que ele me está a ouvir.” (E.A.7)*

Nesta conformidade, para os assistentes sociais entrevistados, é importante manter o contacto visual com os indivíduos ao longo da intervenção, sendo este um aspeto demonstrador da sua atenção, conforme evidenciam os inquiridos e a observação efetuada pelo investigador. Verificou-se que os profissionais, nos diversos atendimentos sociais, mantêm o contacto visual com os indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços.

Seguindo esta linha de pensamento, torna-se importante aludir à postura e aos movimentos corporais dos profissionais enquanto indicadores determinantes nas suas múltiplas intervenções sociais. Segundo o inquirido E.A.2, a existência do toque é um aspeto primordial na relação profissional-utente ao facilitar o seu surgimento:

*“...na minha opinião é importante haver o toque...trabalho com uma população já bastante envelhecida que já de si, naturalmente, são pessoas mais deprimidas, muito isoladas, portanto, o tocar, o sorrir acho que aqui facilita imenso a relação que à partida criamos em contexto de internamento.” (E.A.2)*

Ao mesmo tempo, para o inquirido E.A.3, é essencial refletir e interpretar esses comportamentos:

*“A pessoa sente se estamos atentos ou não, como nós sentimos pela postura da pessoa, se está a ter uma postura mais agressiva ou menos, se está mais calma ou não... pelas expressões corporais nós conseguimos também entender isso, até mesmo o falar com as mãos também conseguimos entender se a pessoa está muito nervosa ou não.” (E.A.3)*

Todavia, esta preocupação, deve depender do indivíduo com quem o assistente social interage, como afirma o inquirido E.A.4:

*“...há famílias que nós temos que nos pôr... ter outra postura mais formal, como são pessoas um bocadinho mais diferenciadas ou pessoas também formais, nós acabamos por também obrigatoriamente ter que o fazer para ganhar o respeito, acho eu, de certa maneira. Se forem pessoas mais simples, se eu me colocar ali numa posição muito superior, mais dificilmente vou chegar próximo.” (E.A.4)*

Para além dos aspetos já referidos, os inquiridos E.A.7 e E.A.8 abordam aspetos adicionais ao mencionarem a importância da observação e avaliação dos comportamentos dos mesmos, pois essas formas de estar transportam consigo determinados significados.

*“É importantíssimo, por exemplo, quando eles estão juntos e eu tento avaliar muito isso a postura e a sua atitude na minha presença... e, por isso, é tão importante avaliá-los em momentos diferentes..., porque é preciso observar e avaliar...”; “...analiso as reações sem impor aquilo que é pré-estabelecido, de que estar bem sentadinho numa entrevista, bem-comportado e bem arranjado..., somos levados a avaliar tudo sim, a forma como se vestem... se sentam... forma de falar... maneirismos...”. (E.A.7)*

*“...há pequenos movimentos ou formas de estar que talvez consigam passar ao outro que não está a haver ali muita coerência por exemplo...”. (E.A.8)*

Assim, foi perceptível a alusão comum destes indicadores por parte dos assistentes sociais inquiridos, sendo fulcral a contínua ponderação, reflexão e consciencialização ao longo das suas intervenções sociais, mas também a interpretação dos movimentos corporais e posturas empregues pelos indivíduos podendo, por vezes, esses comportamentos serem contraditórios àquilo que verbalizam. A sua concretização, permitirá auxiliá-los da melhor forma possível e estabelecer uma relação de mutualidade, reciprocidade e confiança entre ambos (Lopes, 2010; Koprowska, 2014; Ramos, 1997).

De acordo com os assistentes sociais, o toque foi um elemento realçado como essencial, assim como a observação e a análise dos comportamentos realizados pelos indivíduos, pois a sua concretização possibilitará agir e comunicar de acordo com esses elementos.

Já através da observação efetuada, constatou-se que a maioria dos profissionais se senta de uma forma adequada e relaxada, não apresentam tiques ou tremores, realizam, por vezes, toques físicos (ombro e perna), assim como o gesto de consentir com a cabeça ao longo do discurso dos indivíduos. Não obstante, verificou-se igualmente a concretização de gestos suaves a acompanhar a sua comunicação, não exagerados, uma postura/ comportamentos de interesse, segura, descontraída e firme, com o corpo ligeiramente inclinado para a frente, muitas vezes devido ao facto de estarem a tirar notas sobre a vida ou situação do indivíduo. A efetivação de um beijo entre o profissional e sujeito, por vezes, também se constatou, dependendo sempre da relação de confiança existente entre ambos.

De modo a complexificar esta análise acerca da comunicação não verbal, incidiu-se em outros recursos importantes para uma relação de ajuda e empatia entre o profissional-utente, como o silêncio e as ostentações de sentimentos/ emoções por parte do assistente social.

Na opinião do inquirido E.A.7, os momentos de silêncio que emergem no decorrer da comunicação devem ser respeitados, sendo importante devolver-lhes a interpretação que realizam face à comunicação não verbal empregue pelos indivíduos.

*“Isso é o mais importante. Aqui somos levados a avaliar e analisar isso, e devolver-lhes isso. É muito importante respeitar os momentos de silêncio, os momentos em que eles precisam de chorar...”*. (E.A.7)

Por outro lado, o inquirido E.A.8, manifesta a efetivação e demonstração exterior de sentimentos e emoções perante algumas situações que emergem na sua prática profissional.

*“...é um conjunto problemas que muitas vezes, só o pensar neles trás angustia, porque é um momento presente e, portanto, acaba por trazer muita preocupação...”; “... e internamente para mim em famílias é mesmo sofrimento na maior parte das vezes...”*. (E.A.8)

A partir do exposto, atesta-se que a existência do silêncio é um aspeto que pode surgir durante as intervenções do assistente social com os indivíduos enquanto momento de reflexão/ ponderação sendo, por isso, importante o seu enfrentamento e superação de uma forma construtiva (Pena, 2012b). Não obstante, para Watzlawick *et al.* (2011), o silêncio ao conter um valor de mensagem não deve, nesse sentido, ser esquecido. Já a ostentação de sentimentos ou emoções por parte do profissional, deve ser realizada de um modo consciente e ponderado, devendo este saber expressá-las e geri-las da melhor maneira possível (Carvalho, 2013; Howe, 2008; Pena, 2012b). Posto isto, é fundamental que o assistente social conheça os seus limites e

podere a situação existente pois a sua demonstração poderá inibir o indivíduo de verbalizar os seus receios ou efetuar questões, comprometendo a eficácia da intervenção (Howe, 2008).

De acordo com os assistentes sociais, deve-se respeitar os momentos de silêncio por parte dos indivíduos existindo, por vezes, alturas em que ostentam e demonstram preocupação e angústia perante os problemas expostos pelos mesmos.

A partir da observação concretizada, os assistentes sociais conseguem romper com os possíveis momentos de silêncio que possam emergir, não manifestando sentimentos ou emoções perante as situações que os indivíduos apresentaram, sabendo, por isso, gerir as mesmas. A sua causa poderá ser, por exemplo, o facto de a temática das situações assim não o permitir.

### **5.2.6 - Comunicação Simbólica**

De seguida e para finalizar a análise dos discursos, recai-se na comunicação simbólica, ou seja, todas as aspetos que à partida parecem ocultos, mas que representam e denotam algo mais. Um dos indicadores que exemplifica isso é a aparência que, segundo o inquirido E.A.3, constitui um aspeto importante e de valor simbólico.

*“... tenho cuidado com a minha apresentação, tenho o mínimo cuidado com a minha apresentação...”.* (E.A.3)

Apesar de este aspeto apenas ser evidenciado por um assistente social ao afirmar que tem cuidado com a forma como se apresenta aos indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços, de acordo com a observação efetivada, a aparência dos profissionais diverge segundo as unidades hospitalares dependendo, por vezes, da idade ou do tempo de atividade profissional dos mesmos.

Outro indicador relevante remete para a importância da disponibilidade dos profissionais, na qual é primordial a sua comunicação transparente aos indivíduos e a sua flexibilidade, conforme evidenciam os inquiridos E.A.1 e E.A.8,:

*“Eu normalmente informo sempre às pessoas qual é o meu horário e qual é a minha disponibilidade, tento sempre agendar... quando é para marcar um atendimento, tento sempre agendar, tento sempre perceber qual é o horário da pessoa e qual é a disponibilidade dela e tento-me adaptar à agenda da pessoa...”.* (E.A.1)

*“...comunicação não verbal e a disponibilidade são essenciais para conseguirmos uma aliança com quem está a pedir-nos ajuda...”.* (E.A.8)

A disponibilidade ostenta-se assim como um indicador essencial e facilitador da intervenção para os profissionais entrevistados, sendo igualmente importante a sua adaptação à agenda dos indivíduos.

Com base na observação realizada, a maioria dos assistentes sociais demonstram disponibilidade aos indivíduos ou familiares que recorrem aos seus serviços sempre que assim o desejarem ou necessitarem.

Não obstante, o ambiente envolvente, por sua vez, constata-se igualmente como um fator fundamental, sendo alvo de reflexão por parte dos profissionais:

*“Normalmente eu tento sempre fazer os atendimentos aqui em gabinete...”; “... é mais fácil, e então no meio do gabinete, neste ambiente é muito mais... a todos os níveis, em termos éticos é tudo mais fácil, penso eu.” (E.A.1)*

*“...tenho esse cuidado em ser num local mais reservado...”. (E.A.2)*

Contudo, os inquiridos E.A.4 e E.A.8 referem a realização de intervenções em locais pouco reservados e privados devido, muitas vezes, ao estado dos indivíduos e das próprias instalações que a unidade hospitalar dispõe.

*“Há situações que eu vejo que posso perfeitamente falar na enfermaria com as famílias e até mesmo com os doentes... há situações que eu considero que é preferível chamar as pessoas a atendimento e falo com elas aqui, as famílias, e até mesmo em situações mais com os doentes, mais constrangedoras, que lhes seja mais difícil falar... tento sempre... algum espaço, até mesmo na enfermaria, em que agarro no doente e vá para a copa... um sitio ali mais isolado, no fundo, para poder falar.” (E.A.4)*

*“...eu já percebi que não há propriamente uma sala de reuniões, já sei onde é que é a sala onde a colega que me antecedeu falava quando era preciso com as famílias e os doentes...”. (E.A.8)*

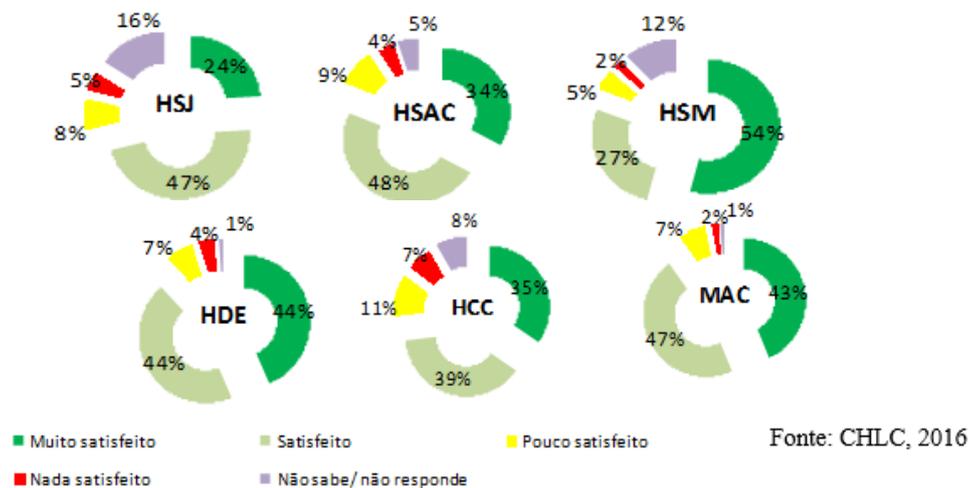
Neste sentido, os profissionais devem ter em atenção o significado potencial da sua apresentação, ações ou aspetos referentes ao seu meio envolvente, pois segundo Lishman (2009), estes acarretam uma mensagem simbólica, bem como literal, aos outros indivíduos acerca da sua posição e intervenção.

De acordo com os discursos dos assistentes sociais inquiridos, o gabinete ou sala de atendimento são aludidos como os espaços preferenciais para a sua intervenção com os indivíduos, todavia, podem emergir obstáculos que impossibilitem esse acontecimento, podendo o atendimento ser realizado em locais menos reservados ou privados.

Através da observação efetivada, a maioria das salas de atendimento ostentam privacidade e segurança, são acolhedoras e abertas, mas não são muito atrativas e apresentáveis ao contexto hospitalar. A temperatura ambiente é confortável e com clareza, com mesas essencialmente redondas e com cadeiras com suporte para as costas. Todavia, constatou-se que em alguns dos atendimentos não existia privacidade, havia muita desarrumação ou desordem e com outras pessoas à volta, externas à situação do próprio indivíduo.

Já para os indivíduos e/ ou familiares que recorram aos seus serviços, segundo os mesmos, o espaço onde o atendimento foi efetuado, o mais indicado alude ao HSM (54%), seguido do HDE (44%) e MAC (43%). O menos indicado remete para o HCC (7%).

Figura 5.2.6.1 - O espaço físico do atendimento foi adequado segundo unidades CHLC



Por último, questionaram-se os assistentes sociais acerca de possíveis obstáculos que dificultassem ou impossibilitassem uma comunicação apropriada, sendo referido a presença de outros indivíduos no local de intervenção o que implica, conseqüentemente, a existência de barulhos, distrações e interferências, como retrata o inquirido E.A.1:

*“...na enfermaria é muito complicado porque estamos a falar da vida das pessoas e estão... as enfermarias têm seis camas, na maior parte das vezes, e estar a expor a vida da pessoa naquele ambiente não é propriamente agradável. Com o doente isso é muito complicado porque tem que ser mesmo naquele local...”. (E.A.1)*

Constata-se assim que podem emergir barreiras ou dificuldades no decurso da intervenção do profissional às quais poderá não controlar, (fatores externos/ ambientais, distância, distúrbios, entre outros), mas que poderão pôr em causa a qualidade da mesma (Gonçalves, 2012) sendo, por isso, importante a realização de uma averiguação à priori.

Quando questionados os profissionais acerca dessas barreiras ou dificuldades existentes, estes aludem ao contexto envolvente onde se evidencia, por vezes, barulho nos aposentos dos indivíduos o que, por sua vez, dificulta a troca de informações quando é necessária, e conseqüentemente, a relação empática entre ambos. Já de acordo com a observação efetuada, verificou-se a existência de barulhos exteriores em redor da sala de atendimento, seja pelo ruído na sala do lado, os telefones a tocar ou pelos colegas do serviço a conversar.

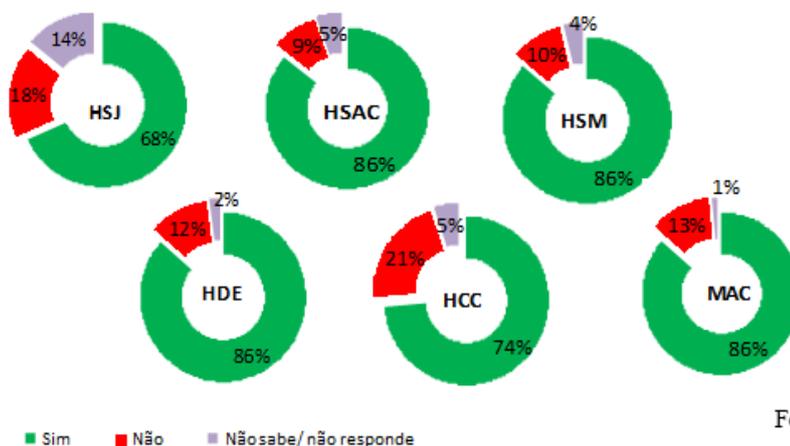
Em suma e face ao que foi exposto ao longo desta análise dos discursos relativamente à comunicação simbólica, a menção por parte dos assistentes sociais aos diversos aspetos

subjacentes a esta categoria são pouco retratados sendo, por isso, importante reforçar junto dos mesmos a sua reflexão e consciencialização com vista a uma melhor prática profissional.

Não obstante, é igualmente importante aludir a outros aspetos que, não constavam à partida na investigação, mas que foram verificados durante as observações por parte do investigador aos diversos atendimentos concretizados pelos assistentes sociais aos indivíduos e que podem, por vezes, impedir a existência de uma relação empática e de confiança entre os mesmos. Exemplo disso é o facto de um assistente social “provocar” um indivíduo para tentar perceber até onde pode ir, o questionamento massivo de questões acerca da sua vida pessoal ou até mesmo o facto de mastigar uma pastilha durante o atendimento.

Apesar disso e com base nos dados apresentados pelo questionário de satisfação 2015/2016 perante os serviços prestados pelos assistentes sociais, os indivíduos demonstram estar maioritariamente satisfeitos com a prática profissional dos mesmos em todas as unidades hospitalares do CHLC.

Figura 5.2.6.2 - Sente que o contacto com o Assistente Social do Hospital foi benéfico para a sua situação da vida atual segundo unidades CHLC



Fonte: CHLC, 2016

Neste sentido e de acordo com a exposição dos resultados apresentados, pode-se verificar que a maioria dos discursos dos assistentes sociais inquiridos é coincidente com a observação realizada pelo investigador e com a opinião dos indivíduos e/ ou familiares que recorreram aos seus serviços, principalmente no que diz respeito às dimensões dos conhecimentos profissionais e das competências profissionais. Todavia, nas categorias alusivas à relação profissional-utente e aos tipos de comunicação existentes, ainda existem alguns elementos a ter em consideração ao não serem referidos pelos profissionais, durante as entrevistas realizadas, aspetos essenciais para uma relação de proximidade, confiança e empatia entre ambos, o que retrata uma possível não reflexão ou consciencialização das mesmas e a sua não efetivação durante as diversas intervenções sociais dos profissionais com os indivíduos.

## CONCLUSÃO

Considerando o que foi mencionado ao longo deste desenvolvimento conceitual e analítico, é fundamental realizar algumas dilatações das principais ideias, relativamente ao Serviço Social, à comunicação e às competências comunicacionais empregues pelos profissionais na sua intervenção com os indivíduos com o objetivo de progredir para um futuro aprofundamento e exploração do tema.

A Comunicação é entendida como processo crucial da experiência humana ao implicar a existência de trocas entre os sujeitos, possibilitando o seu desenvolvimento individual e social, sem deixar de promover a presença de relações interpessoais e dos seus sistemas, contendo igualmente particularidades referentes às relações de cada indivíduo e à sua cultura. Não obstante, constata-se como um instrumento essencial de execução e um recurso fulcral na prática dos profissionais ao constituir uma mais-valia para o seu futuro enquanto indivíduos e no estabelecimento de uma confiança entre si e os sujeitos de intervenção. Neste sentido, constitui uma ferramenta de grande potencial para a produção de práticas mais humanizadas entre os profissionais e os indivíduos, tendo vindo a ganhar relevância ao longo dos anos, tornando-se alvo de diversos estudos e investigações na área das Ciências Sociais (Coriolano-Marinus, 2014), nomeadamente, na busca de estratégias que fortaleçam as relações de comunicação, informação e diálogo estabelecidas na interação entre os profissionais e os indivíduos e/ ou familiares que recorrem aos seus serviços.

Como refere Iamamoto (1995), o Serviço Social enquanto forma institucionalizada de atuação nas interações que os indivíduos estabelecem entre si, contém como um dos recursos primordiais de trabalho a comunicação (Sousa, 2008), pois é através de diferentes formas de comunicar, presentes no espaço onde o assistente social se encontra, que o profissional irá decidir o melhor caminho a percorrer na sua intervenção, de acordo com determinados princípios e valores (Iamamoto, 1995). Ao ser uma profissão de intervenção e de mudança social, centrada na promoção da coesão social, no desenvolvimento/ autonomia dos sujeitos enquanto indivíduos e na satisfação e melhoria das suas necessidades ou problemas, deve estar direcionada para a liberdade, igualdade e justiça social dos mesmos, a luta pela defesa e afirmação intransigente dos seus direitos, buscando igualmente alcançar uma intervenção comunitária, de promoção humana e de justiça social, através do estabelecimento de um diálogo próximo e de confiança com os indivíduos e/ ou familiares. Posto isto, segundo Caria e Ruiz (2009), o Serviço Social enquanto campo analítico, crítico e interpretativo é igualmente uma área de comunicação devido à transferência e circulação de informação, mas também ao estabelecimento de interações, relações e de intercompreensão com os indivíduos.

Nesta linha de pensamento, o assistente social enquanto detentor de uma identidade social, procura auxiliar, orientar e aconselhar os indivíduos utilizadores dos seus serviços através de uma relação de ajuda (Sousa, 2008), sendo importante que o profissional tenha consciência do impacto/ consequências da sua comunicação nos mesmos e que perceba que cada palavra só tem significado se for entendida no contexto em que é utilizada. Para além disso, é fulcral que saiba falar e escrever corretamente, ouvir e comunicar articuladamente, tendo como apoio a teoria, a prática e a restante equipa multidisciplinar para ser um profissional eficaz e coerente (Magalhães, 2003). Ao ser estabelecida uma interação face-a-face, onde as comunicações inscritas são mais ativas e detêm um maior impacto, o assistente social implementa diversas formas de comunicação, interagindo e participando de uma maneira ativa e autónoma no processo dos indivíduos, centrando a sua intervenção nos mesmos e no fornecimento do suporte/ apoio necessário de acordo com os recursos existentes na comunidade (Cruz Neto, 2004). Desta forma, para a CFESS (2002), é essencial que o assistente social domine a instrumentalidade, estabeleça uma relação terapêutica e de igualdade com os indivíduos, tendo em conta o seu valor único, singular e o seu contexto, e que possua um conhecimento teórico, prático e factual acerca dos mesmos e das suas relações sociais, de modo a obter uma mudança dessa mesma realidade.

Com a sua adaptação efetivada, devem ser pró-ativos nas suas decisões, conter uma atitude autorreflexiva e de consciência crítica e estar sempre em constante atualização, de forma a que sejam agentes de mudança. O foco da sua atenção deve passar também por demonstrar empatia, interesse e compreensão pelos indivíduos ou familiares e por reforçar os laços/ vínculo entre os mesmos, concentrando os seus esforços na sua autonomia e promoção (Power e Gronen, 2015). Para tal, é igualmente importante não julgar ou discriminar, minimizar possíveis diferenças existentes entre ambos, garantindo a confidencialidade da informação transmitida. A sua concretização, possibilitará diminuir possíveis dificuldades comunicacionais emergentes e compreender melhor a situação dos indivíduos, pois o entendimento da sua cultura/ vivência implica a compreensão da sua identidade (Ramos, 1997).

Contudo, ainda existem alguns aspetos a melhorar, de acordo com a análise e observações implementadas nesta investigação pelo investigador, nomeadamente, o acolhimento realizado, na medida em que os profissionais nem sempre recebem e acompanham os indivíduos à porta ou realizam um aperto de mão à sua chegada, a referenciação ou divulgação dos direitos/ deveres/ políticas apenas quando os indivíduos solicitam ou a situação o exigir, mas também a partilha de experiências pessoais do profissional ou de outros indivíduos para possibilitar uma maior proximidade entre ambos. Para além disso, o facto de praticamente

todos os assistentes sociais inquiridos não mencionarem nas entrevistas a importância de aspetos como a proximidade, a sua apresentação, o espaço envolvente, o ambiente físico e a disposição do mesmo, poderá acarretar uma maior dificuldade na comunicação efetiva e na intervenção que realizam com os indivíduos que recorrem aos seus serviços, ao não serem ponderados ou refletidos pelos mesmos devido, por exemplo, ao facto de ser uma profissão que envolve diariamente um grande esforço e desgaste por parte dos assistentes sociais.

Apesar destes aspetos, a maioria dos profissionais demonstraram deter um conhecimento prévio acerca da situação de cada indivíduo antes dos atendimentos, ostentam sensibilidade e simpatia, adaptam e personificam a sua linguagem de acordo com cada indivíduo, procuram demonstrar interesse, valorização e compreensão face à sua situação, procuram manter a centralidade no mesmo, fornecendo um *feedback* positivo, orientações e aconselhamentos o mais coerentes e sustentados possíveis, sendo estes aspetos reconhecidos pelos indivíduos que recorrem aos seus serviços. Neste sentido, são profissionais que reconhecem a importância das competências comunicacionais, como o saber ouvir, disponibilizar liberdade e abertura aos indivíduos e/ ou familiares ao longo da intervenção, apoiar e auxiliar os mesmos, sugerir a continuidade do contacto com vista a ganhar e fomentar o estabelecimento de uma comunicação assertiva e apropriada, mas também a existência de uma relação de ajuda, confiança e de empatia entre ambos, dependendo sempre do próprio indivíduo e do contexto envolvente existente. Todavia, a implementação destas múltiplas competências comunicacionais diárias não seriam possíveis sem uma contínua modificação e adaptação por parte dos profissionais a possíveis dificuldades ou barreiras emergentes ao longo das suas intervenções sociais. Assim sendo, constata-se que as competências ao nível da comunicação afetam diariamente a prática dos assistentes sociais em contexto hospitalar, pergunta inicial à qual se procurou responder.

Em suma e seguindo esta linha de pensamento, constata-se que, apesar de os assistentes sociais inquiridos atuarem, maioritariamente, de uma forma adequada e correta, existem alguns aspetos que devem ser alvo da sua consciencialização para que a sua intervenção possa ser mais empática, próxima e afetiva com os indivíduos ou familiares que recorrem aos seus serviços, constituindo esses elementos uma responsabilidade e um imperativo para todos os profissionais (Teixeira, 2004). Neste sentido, torna-se primordial a aplicação de um exercício de reflexão aos assistentes sociais acerca da sua comunicação e ao contexto envolvente a fim de possibilitar, num futuro próximo, a reconstrução da história do Serviço Social e o aperfeiçoamento dos métodos de intervenção social cada vez mais centrados nos indivíduos, na sua situação e na diminuição ou superação dos seus problemas (Kohlsdorf e Costa Junior, 2013; Sousa, 2008).



## BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, Vera (2004), *O Verbal e o Não Verbal*, São Paulo, Fundação Editora da UNESP.
- Almeida, Roberto (2008), “Análise da Conversação como metodologia para a investigação dos processos Comunicativos”, *Comunicação e Sociedade*, Belo Horizonte.
- Alves, Ana Isabel Amado (2011), *Competências Interpessoais em Saúde: Comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar*, Dissertação, Universidade Nova de Lisboa.
- Aragão, Júlio (2011) *Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas*, Práxis, Agosto, nº. 6.
- Bartlett, Harriet (1993), *A base do Serviço Social*, São Paulo, Livraria Pioneira Editora.
- Berlo, David (2010), *O Processo de Comunicação- Introdução à teoria e à prática*, Editora Martins Fontes, São Paulo.
- Birck, Vera e Ivan Keske (2008), “A Voz do Corpo: A Comunicação Não-Verbal e as Relações Interpessoais”, comunicação apresentada no *Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, Retrieved August 20.
- Bispo, Regina e João Marôco (2005), *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*, Climepsi Editores, Lisboa.
- Briga, Sónia Cristina Pinto (2010), *A comunicação terapêutica Enfermeiro/doente: perspectivas de doentes Oncológicos entubados endotraquealmente*, Dissertação, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Burgess, Robert (2001), *A pesquisa de Terreno*, Oeiras, Celta Editora.
- Caetano, Joaquim e Luís Rasquilha (2007), *Gestão da Comunicação*, Quimera Editores.
- Caparrós, Maria (1992), *Manual de Trabajo Social: Modelos de Prática Profissional*, Editorial Aguaclara, Alicante.
- Caria, Michèle e Silvia Sigales Ruiz (2009), “Comunicação Científica Intercultural: olhares cruzados sobre os processos psicológicos e comunicacionais”, *Prespetivas em Ciência da Informação*, vol. 4, pp: 201- 212.
- Carvalho, Maria Irene de (2012a), *Serviço Social na Saúde*, Pactor, Lisboa.
- Carvalho, Maria Irene de (2015), *Serviço Social com Famílias*, Pactor, Lisboa.
- Carvalho, Carla Alexandra Pereira (2012b), *Gestão da Comunicação Interna como uma ferramenta estratégica*, Dissertação, Instituto Superior de Línguas e Administração, Vila Nova de Gaia.
- Carvalho, Flávia Falcão da Gama (2013), *Serviço Social e Comunicação: Uma interface necessária*, Dissertação, Instituto de Ciências Humanas, Brasília.
- Castro, Marina e Lêda Oliveira (2012), “Serviço Social e Saúde: Os instrumentos e técnicas em questão”, *Intervenção Social*, Lusíada, Lisboa, nº 39, pp: 187-202.
- Coriolno-Marinus, Maria *et al.* (2014), “Comunicação nas práticas em Saúde: revisão integrativa da literatura”, *Saúde Soc*, São Paulo, vol. 23, nº. 4, pp: 1356-1369.

- Cruz Neto, Otávio (2004), “O Trabalho de Campo como descoberta e criação”, em Maria Cecília de Souza Minayo (org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, Editora Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro.
- Cunha, Carmen Lucia Nunes da (2010), *Serviço Social na Saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários*, Dissertação, Faculdade do Serviço Social, Rio Grande do Sul.
- Curvello, José (2002), “Estudos de Comunicação Organizacional: entre a análise e a prescrição”, comunicação apresentada no *Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, 25, Intercom, Salvador, São Paulo.
- Ferreira, Jorge (2011), *Serviço Social e Modelos de Bem Estar para a Criança: Modus Operandi do Assistente Social na Promoção de Proteção à Criança*, Tese de Douturamento, Quid Juris, Lisboa.
- Ferreira, Manuela Maria Conceição *et al.* (2006), “Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem”, *Revista Referência*, IIª série, nº 2, pp: 51-62.
- Filho, Edmundo e Ana Terence (2006) *Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização na pesquisa-ação nos estudos organizacionais*, ENEGEP, Brasil.
- Fiúza, Maria e Zélia Kilimnik (2004), *Indicadores de mensuração da qualidade de comunicação*, Estudo de caso em Instituição de Ensino Superior.
- Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa, Ed Monitor.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999), *O Processo de investigação*, Loures, Ed. Lusociência.
- Gambrill, Eileen e Leonard Gibbs (2009), *Critical Thinking for Helping Professionals: A Skilis-Based Workbook*, Oxford University Press, Oxford.
- Gauthier, Benoît (2003), *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*, Loures, Ed Lusociência.
- Giddens, Anthony (2004), "Métodos de Investigação em Sociologia", em *Sociologia*, 4ª edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, Marisa (2009), *A comunicação no Desenvolvimento: Análise de tendências no uso da Comunicação em projetos de desenvolvimento*, Dissertação, Departamento de Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Gonçalves, Maria Luísa Martins Ferreira (2012), *Comunicação Interpessoal nas Escolas: um estudo com alunos do 6º e 9º anos de escolaridade*, Dissertação, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Grossi, Patrícia Krieger *et al.* (2013), “O trabalho do Assistente Social no CREAS: impasses e desafios para a garantia dos direitos”, comunicação apresentada no *Seminário Internacional Sobre Políticas Públicas*, Intersetorialidade e Família, Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional, Porto Alegre, vol. 1, pp: 1-12.
- Guerra, Maria Inês Lisboa (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*, Príncípia Editora, Estoril.

- Guerra, Maria Inês Lisboa (2015), *O que é o Caso Social?: Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar*, Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Guimarães, Andréia de Fátima *et al.* (2013), “Relações de Género e Direitos Humanos: Uma abordagem sócio-história”, comunicação apresentada no *Seminário Internacional Fazendo Género*, Florianópolis.
- Habermas, Jürgen (1989), *Consciência Moral e Agir Comunicativo*, Biblioteca Tempo Universitário, Rio de Janeiro, São Paulo.
- Henriquez, Alfredo *et al.* (2001), *Serviço Social - Ética, Deontologia e Projetos Profissionais*, CPIHTS, Lisboa.
- Hepworth, Dean *et al.* (2010), *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, International Edition, Brooks/ Cole, Australia.
- Howe, David (2008), *The Emotionally Intelligent Social Worker*, New York, Palgrave Macmillan.
- Howe, David (2009), *A Brief Introduction to Social Work Theory*, London, Palgrave Macmillan.
- Iamamoto, Marilda (1995), *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*, Cortez, São Paulo.
- Kohlsdorf, Marina e Áderson Luiz Costa Junior (2013), “Comunicação em Pediatria: revisão sistemática da leitura”, *Estudos de Psicologia*, Campinas, 30(4), pp: 539-552.
- Koprowska, Juliet (2014), *Communication & Interpersonal Skills in Social Work*, SAGE Publications, London.
- Korsch, Barbara *et al.* (1968), “Gaps in doctor-patient communication”, em *Doctor-patient interaction and patient satisfaction*, *Pediatrics*, 42(5), pp: 855-871.
- Lisboa, Teresa e Eliana Pinheiro (2005), “A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher”, *Revista Katálysis*, vol. 08, nº. 02, Florianópolis, pp: 199 - 210.
- Lishman, Joyce (2009), *Communication in Social Work*, Palgrave Macmillan, London.
- Lopes, Carla Alexandra Brasil (2010), *Identificação e avaliação da importância das competências de comunicação no exercício profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia: estudo com estudantes e profissionais*, Dissertação, Universidade de Évora, Évora.
- Magalhães, Selma Marques (2003), *Avaliação e Linguagem: relatórios, laudos e pareceres*, Veras, São Paulo.
- Marcos, Maria Lucília (2007), *Princípio da relação e paradigma comunicacional*, Edições Colibri, Lisboa.
- Martinelli, Maria Lúcia (2003), “Serviço Social na área da Saúde: uma relação histórica”, *Intervenção Social*, São Paulo, 28, pp: 9-18.
- Martinelli, Maria Lúcia (2011), “O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos”, *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, nº. 107, pp: 479-505.

- Mauai, Ângelo Américo (2015), *Elementos para uma Análise Linguística do Discurso Realizado em Situação de Entrevista: contributos para o seu estudo semântico-pragmático*, Dissertação, Universidade Aberta, Lisboa.
- Monteiro, Ana Cristina *et al.* (2008), *Fundamentos de Comunicação*, 2ª edição, Edições Sílabo, Lisboa.
- Monteiro-Grilo, Ana (2012), “Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e prespetivas”, *Universia*, nº 7, vol. III, pp: 93-112.
- Nunes, Cristina e Mariano Ayala (2010), “Communication techniques used by pediatricians during well-child program visits: a pilot study”, *Patient Education and Counseling*, Philadelphia, vol. 78, nº. 1, pp: 79-84.
- Nunes, Renata (2011), *A prática profissional do Assistente Social no enfrentamento da violência: a desafiadora (re) construção de uma particularidade*, Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Olguín, Jorge (2010) “Cómo se define un problema social y se elaboran objetivos en los procesos de planificación?” República Dominicana.
- Payne, Malcolm (2002), “Social Work Theories and Reflective practice”, em Robert Adams *et al.* (2009), *Social Work: Themes, Issues and critical debates*, Palgrave MacMillan, New York.
- Patrício, Maria Filomena Simões (2012), *Competências Comunicacionais em estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem após a primeira experiência de ensino clínico*, Dissertação, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra.
- Peduzzi, Marina (2001), “Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia”, *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 35(1), pp: 103-109.
- Pena, Maria João Barroso (2012a), “Da Construção do Conhecimento do Processo Metodológico em Serviço Social”, *Intervenção Social*, Lusíada, Lisboa.
- Pena, Maria João Barroso (2012b), *Relação Profissional: utopia ou realidade?*, Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Pereira, Carolina Maria Neto de Almeida Alves (2013), *Comunicação e Marketing em Saúde: o Caso Giga*, Relatório de Estágio em Comunicação, Marketing e Publicidade, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Pinto, Lílian Meire de Oliveira (2010), *Comunicação Pediátrica, Paciente e Acompanhante: Uma análise comparativa entre níveis assistenciais*, Dissertação, Universidade de Brasília.
- Power, Sarah e Melinda Gronen (2015), “Pediatric Healthcare Social Work Practice”, em Karen Allen e William Spitzer, *Social Work Practice in Healthcare: Advanced Approaches and Emerging Trends*, SAGE Publications, Inc, pp: 315-356.
- Rafael, Graça (1996), *A Relação de Ajuda e a Ação Social: A Entrevista de Ajuda nos Serviços de Ação Social*, Pós-Graduação, Counsellor da Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling (APPCPC), II série, nº. 83.

- Ramos, Natália (1997), “Interculturalidade(s) e Mobilidade(s) no Espaço Europeu: viver e comunicar entre culturas”, *Universidade Aberta*, Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, pp: 344-360.
- Rego, Arménio (1999), *Comunicação nas Organizações*, Edições Sílabo, Lisboa.
- Rego, Arménio (2010), *Comunicação Pessoal e Organizacional – Teoria e Prática*, Edições Sílabo, Lisboa.
- Restrepo, Olga (2003), *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspetivas y tenências Contemporaneas*, Editora Espácio, Buenos Aires.
- Ribeiro, Anely e Marcelo Guimarães (2009), “A linguagem Verbal e Não Verbal: influência da corporalidade no processo de comunicação organizacional”, comunicação apresentada no *Congresso Estudos do discurso, da imagem e da identidade organizacionais do III ABRAPCORP*, São Paulo.
- Robertis, Cristina (2005), *Metodologia de La Intervención en Trabajo Social*, Buenos Aires, Lumen Humanitas.
- Rodrigues, Adriano Duarte (2001), *Estratégias da Comunicação*, Editorial Presença, Lisboa.
- Rogers, Carl (2009), *Tornar-se pessoa*, Padrões Culturais Editora, Lisboa.
- Roque, Francisco (2005), *Desenvolvimento Individual e Pessoal*, Manuais CEFA, Lisboa.
- Saleebey, Dennis (2009), “The Strengs Perspective”, *Social Work Practice*, Pearson education, Boston.
- Schirmer, Julie *et al.* (2005), “Assessing Communication Competence: A Review of Current Tools”, *Medical Student Education*, Family Medicine, vol. 37, Nº 3, pp: 184-192.
- Silva, Lúcia *et al.* (2000), “Comunicação Não-Verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão preto, vol. 8, n.º 4, pp: 52-58.
- Silva, Augusto Santos e José Madureira Pinto (1986), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.
- Smale, Gerald *et al.* (1993), *Empowerment, Assessment, Care Management and the Skilled Worker*, London, HMSO.
- Soares, Cláudia Alexandra Ferreira (2013), *Assistente Social - identidade e posicionamento na equipa multidisciplinar hospitalar*, Relatório de Estágio em Serviço Social, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Soares, Custódio e Maria Conceição Lopes (2013), “As vozes do silêncio na comunicação clínica”, comunicação apresentada no 8º Congresso Lusocom, Lisboa.
- Sousa, Charles (2008), *The Social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention*, Emancipação, Ponta Grossa.
- Sousa, Maria Isabel de Jesus (2015), *Serviço Social e Democracia Local – Desafios do Quotidiano dos Assistentes Sociais*, Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Teixeira, José (1995), “Comunicação e Cuidados de Saúde: Desafios para a Psicologia da Saúde”, em *7º Colóquio de Psicologia Clínica*, ISPA, Lisboa.

- Teixeira, José (2004), “Comunicação em Saúde: relação entre técnicos de saúde-utentes”, *Análise Psicológica*, vol. 22, n. °3, pp: 615-620.
- Trevithick, Pamela (2008) “Revisiting the knowledge Base of Social Work: A framework for Practice”, *British Journal of Social Work*, 38, pp: 1212-1237.
- Vieira, Balbina (1989), *História do Serviço Social*, Visão Internacional, Agir, Rio de Janeiro.
- Vilelas, José (2009), *O Processo de Construção do Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Viscarret, Juan Jesús (2007), *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Alianza editorial, Madrid.
- Watzlawick, Paul *et al.* (2011), *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*, Editora Cultrix, São Paulo.
- Wilson, Kate (2008), *Social Work. An introduction to contemporary practice*, Essex, Pearson Education Limited.

## FONTES

CFESS (1993), “Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social”, *Concelho Federal de Serviço Social*, Brasília.

CFESS (2002), “Em questão: atribuições privativas do Assistente Social”, *Concelho Federal de Serviço Social*, Brasília, Distrito Federal.

CHLC, EPE (2007), “Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central”, *Ministério da Saúde*, Lisboa.

CHLC, EPE (2016), “Avaliação da Satisfação”, *Área de Apoio Social*, Lisboa.

DGS (1998), “Intervenção do Serviço Social”, *Direção Geral de Saúde*, Lisboa.

ONU (1999), “Direitos Humanos e Serviço Social”, *Departamento Editorial do ISSS coop*, Lisboa.

MS (2002), “Serviço Social na Saúde”, *Ministério da Saúde* nº 8, 16 de Maio, Lisboa.



## ANEXOS

### Anexo A - Modelo de Análise

Conceitos	Dimensões	Indicadores	Questões
<b>Serviço Social Hospitalar</b>	Conhecimentos Profissionais	História / Personalidade/ Rede	P1
		Direitos / Deveres	P4
		Políticas	P4
	Competências Profissionais	Princípios/ Valores	P2, P8, P14, P15
		Ética	P2, P8, P15
		Confidencialidade	P4, P8, P15
		Sensibilidade/ Simpatia	P6, P7, P9
		Adaptação / Personificação	P3, P5, P6
		Esclarecimentos / Recapitulação	P5, P6, P11
		Feedback / Orientações	P5, P6, P11
Relação Profissional-utente	Articulações / Partilha	P15, P16	
	Reflexão / Consciencialização	P14	
	Saberes/ Mudança	P14, P16	
	Acesso	P2	
	Acolhimento/ Abertura	P2, P3	
	Escuta	P6, P9, P11	
	Valorização / Interesse	P2, P3, P5, P6, P9	
	Cooperação / Compreensão	P6, P7, P8, P9	
	Foco / Centralidade	P3, P5, P9	
	Participação / Liberdade/ Partilha	P6, P8	
<b>Comunicação</b>	Verbal	Suporte/ Ajuda	P6, P9
		Confiança	P5, P6, P7, P8, P9
		Empatia	P5, P6, P8, P9
	Não Verbal	Continuidade / Acompanhamento	P6, P9
		Dificuldades / Conflitos	P10
		Diálogo / Transmissão	P3, P5, P6, P9, P11, P12
		Perceção/ Compreensão	P5, P6, P11, P12
		Aprofundamentos / Repetição	P5, P6, P1, P12
		Proximidade / Distância	P13, P14
		Expressão facial / Sorrisos	P13, P14
Simbólica	Olhar	P13, P14	
	Contacto Visual	P6, P11, P14	
	Postura / Movimentos Corporais	P13, P14	
	Silêncio	P13, P14	
		Sentimentos/ Emoções	P7, P13, P14
		Aparência	P14
		Disponibilidade	P14
		Ambiente Físico / Disposição	P14
		Obstáculos	P10, P14

## Anexo B - Consentimento Informado (Profissionais)



Entrevista: Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais  
Consentimento Informado  
Marta Salgueiro - Mestrado em Ciências Sociais, Serviço Social, ISCTE-IUL 2017

### Consentimento Informado

#### Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais

Marta Sofia Albuquerque Salgueiro, aluna de Mestrado em Ciências Sociais, especialidade de Serviço Social, pelo Instituto Universitário de Lisboa, vem solicitar a sua colaboração na investigação sobre o *Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais*. A sua participação neste estudo é livre e espontânea, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação pela mesma. A sua colaboração contribuirá para melhorar o processo de relação de ajuda e de empatia na intervenção dos Assistentes Sociais com os sujeitos que recorrem aos seus serviços.

A realização da entrevista obedece aos princípios éticos e deontológicos de proteção de dados, sendo esta gravada e transcrita. Os processos e dados referentes ao participante serão guardados de forma confidencial, salvaguardando a sua identidade. O acesso aos dados da investigação poderá ser efetuado após a defesa da mesma e da sua posterior publicação. A qualquer momento poderá solicitar informações sobre o presente estudo, a investigação ou as técnicas utilizadas, no decorrer do seu desenvolvimento, podendo desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, \_\_\_\_\_ (nome), declaro que fui informado(a) acerca da minha participação neste estudo de forma clara e detalhada assim como dos objetivos da investigação acima descritos e dos procedimentos de investigação, tendo respondido de modo satisfatório a todas as minhas questões. Participo plenamente neste estudo, através de entrevista, e disponibilizo à investigadora a informação referente aos meus dados de caracterização geral. Recebi uma cópia deste documento e sei que em qualquer momento poderei solicitar informações e alterar a minha decisão.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Participante da Investigação

\_\_\_\_\_ Marta Salgueiro (Mestrado Serviço Social,  
ISCTE-IUL | salgueiro\_marta96hotmail.com | Tlm. 919132902)

## Anexo C - Consentimento Informado (Sujeitos de Intervenção)



Observação: Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais  
Consentimento Informado  
Marta Salgueiro - Mestrado em Ciências Sociais, Serviço Social, ISCTE-IUL 2017

### Consentimento Informado

#### Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais

Marta Sofia Albuquerque Salgueiro, aluna de Mestrado em Ciências Sociais, especialidade de Serviço Social, pelo Instituto Universitário de Lisboa, vem solicitar a sua colaboração na investigação sobre o *Serviço Social Hospitalar e Competências Comunicacionais*. A sua participação neste estudo é livre e espontânea, não sendo oferecida qualquer renumeração ou gratificação pela mesma. A sua colaboração contribuirá para melhorar o processo de relação de ajuda e de empatia na intervenção dos Assistentes Sociais com os sujeitos que recorrem aos seus serviços.

A realização da observação obedece aos princípios éticos e deontológicos de proteção de dados, sendo os processos e dados referentes ao participante guardados de forma confidencial, salvaguardando a sua identidade. O acesso aos dados da investigação poderá ser efetuado após a defesa da mesma e da sua posterior publicação. A qualquer momento poderá solicitar informações sobre o presente estudo, a investigação ou as técnicas utilizadas, no decorrer do seu desenvolvimento, podendo desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, \_\_\_\_\_ (nome), declaro que fui informado(a) acerca da minha participação neste estudo de forma clara e detalhada assim como dos objetivos da investigação acima descritos e dos procedimentos de investigação, tendo respondido de modo satisfatório a todas as minhas questões. Participo plenamente neste estudo, através de entrevista, e disponibilizo à investigadora a informação referente aos meus dados de caracterização geral. Recebi uma cópia deste documento e sei que em qualquer momento poderei solicitar informações e alterar a minha decisão.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Participante da Investigação

\_\_\_\_\_ Marta Salgueiro (Mestrado Serviço Social,  
ISCTE-IUL | salgueiro\_marta96hotmail.com | Tlm. 919132902)

## **Anexo D - Guião de Entrevista**

No âmbito da Dissertação no Mestrado em Serviço Social no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), pretende-se compreender a intervenção dos Assistentes Sociais em contexto hospitalar e as suas competências comunicacionais que empregam com os sujeitos que recorrem aos seus serviços. Para tal, gostaria de contar com a sua preciosa colaboração no sentido de alcançar esses objetivos, comprometendo guardar total confidencialidade relativamente à identificação do entrevistado.

**Visto ser uma profissão de carácter interventivo e de proximidade com os indivíduos e/ou familiares que recorrem aos seus serviços...**

**P1** - Efetua algum tipo de preparação ou planificação antes dos atendimentos sociais?

- a) Se sim: história; personalidade; redes; situação económica/ cultural, entre outras.
- b) Se não: porque?

**P2** - Concorda com a seguinte afirmação: “Deve-se conceder sempre acesso e disponibilidade a todo e qualquer indivíduo que recorra aos seus serviços?” Justifique.

**P3** - Como é que realiza um primeiro acolhimento e aproximação aos indivíduos?

**P4** - Nesses atendimentos como é que aborda questões como:

- a) Confidencialidade
- b) Direitos e Deveres
- c) Políticas

**P5** - De que forma é que se assegura que a comunicação está a ser clara, perceptível e credível e, por isso, compreendida pelos indivíduos?

**P6** - Como é que demonstra aos indivíduos que os compreende, que os ouve e que os ajuda na superação dos seus problemas? Justifique.

**P7** - De que modo aborda questões/ temas que possam ser mais emocionais e constrangedores para os indivíduos?

**P8** - Qual a sua posição sobre a partilha de experiências pessoais com os indivíduos no decurso da intervenção?

**P9** - Que competências considera necessárias ao estabelecimento de uma relação de empatia? Justifique.

**P10** - Quais são as dificuldades e obstáculos que evidencia como sendo prejudiciais para o estabelecimento de uma relação de empatia e proximidade com os indivíduos?

**P11** - Que competências considera importantes para o Assistente Social ao nível da Comunicação? Reúne e executa essas competências nos seus atendimentos?

**P12** - Quais são as suas maiores preocupações ao nível da comunicação verbal?

**P13** - Qual a importância da comunicação não verbal durante os atendimentos?

**P14** - Tem oportunidade para refletir sobre o impacto da comunicação na intervenção, nomeadamente, os diferentes tipos de comunicação, a sua apresentação e disponibilidade ou o próprio ambiente em que decorrem os atendimentos?

**P15** - Como é que é feita a partilha de informação entre os membros da equipa?

**P16** - A equipa tem alguma forma de avaliar os resultados da intervenção?

**Em último lugar, gostaria de lhe solicitar alguns dados de caracterização geral:**

Sexo \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Serviço Adstrito \_\_\_\_\_

Local de Atuação \_\_\_\_\_

Tempo de Atividade Profissional \_\_\_\_\_

Que funções exerce atualmente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Outras experiências profissionais desempenhadas

\_\_\_\_\_

Grata pela sua colaboração ☺

## Anexo E - Grelha de Observação

Comunicação Verbal	Verificação	
	Sim	Não
Realiza uma apresentação inicial		
Demonstra conhecimento		
Transmite informações de forma clara		
Clarifica/ recapitula de forma perceptível as informações		
Fornecer <i>feedback</i> / aconselhamentos		
Articula e adequa o discurso		
Coloca questões abertas		
Utiliza um tom e ênfase de voz calmo e confiante		
Partilha experiências/ acontecimentos		
Mantém a centralidade no sujeito		
Demonstra receptividade e compreensão empática		
Demonstra escuta ativa e atenção		
Demonstra simpatia e empatia		
Dá a palavra/ abertura ao indivíduo		
Estabelece um vínculo/ confiança		
Expõe ao indivíduo de modo claro as suas possibilidades/ direitos		
Proporciona alternativas/ aconselhamentos		
Demonstra otimismo e consideração positiva		
Não realiza julgamentos/ discriminações		
Demonstra empenho e dedicação		
Gere adequadamente possíveis interrupções/ obstáculos		
Sugere a continuidade de contacto		

Comunicação Não Verbal	Verificação	
	Sim	Não
Realiza um aperto de mão		
Posiciona-se próximo do indivíduo		
Senta-se de forma adequada mas relaxada		
Mantém uma expressão facial neutra/ sem variação		
Ostenta uma expressão facial de simpatia e animada		
Apresenta tiques ou tremores de mão		
Mantém contacto visual		
Realiza toque(s) físico(s)		
Franze as sobrancelhas		
Efetua sorrisos		
Realiza o gesto de consentir com a cabeça		
Realiza gestos suaves durante o discurso		
Apresenta uma postura segura e de interesse		
Corpo ligeiramente inclinado para a frente		
Realiza comportamentos descontraídos e firmes		
Manifesta sentimentos/ emoções		
Demonstra saber gerir os seus sentimentos/ emoções		

Demonstra autocontrole		
Procura interpretar e compreender os comportamentos/ sinais não verbais		
Rompe com possíveis momentos de silêncio		

<b>Comunicação Simbólica</b>	<b>Verificação</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Sala de atendimento com privacidade e segurança		
Espaço acolhedor e aberto		
Decoração e mobiliário atrativo		
Cadeiras com suporte para as costas		
Mesa redonda		
Divisória entre ambos		
Temperatura ambiente confortável		
Luminosidade		
Apresentável ao contexto		
Cheiro e toques não exagerados		
Demonstra disponibilidade		
Demonstra deter uma boa preparação/ conhecimentos		
Disponibiliza documentação (se necessário)		
Realiza encaminhamentos para outros profissionais ou recursos		
Atente ou mexe no telemóvel/ computador		
Barulhos exteriores		
Atendimento interrompido		
Abandona o local durante o atendimento		

Fonte: Construção Própria



## CV



Marta Sofia Albuquerque Salgueiro

📍 Rua Professor Reinaldo dos Santos, nº3- P, 1500-501, Lisboa (Portugal)

📞 919132902

✉ salgueiro\_marta96@hotmail.com

📅 Data de nascimento 05/03/1994 | 🇵🇹 Nacionalidade Portuguesa | 🏠 Estado Civil

Solteira

## EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

2015 até à presente data

**Mestrado em Serviço Social**

ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa)

- Prémio de Finalista 1º ciclo;

2012-2015

**Licenciatura em Sociologia**

ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa)

2006-2012

**Escola Secundária José Gomes Ferreira**

Lisboa (Portugal)

Agrupamento Ciências e Tecnologias

Nível 6 QRQ

EXPERIÊNCIA  
PROFISSIONAL

04/ 2017 a 06/ 2017

**Estágio Extracurricular**

Junta de Freguesia de Benfica, Lisboa.

- Acompanhamento e participação nas atividades organizadas pela instituição, assim como da intervenção dos profissionais da Área Social.

10/ 2016 a 12/ 2016

**Estágio Curricular**

Hospital de Santa Marta, Lisboa.

- Acompanhamento e perceção da prática interventiva dos profissionais da Área Social em contexto hospitalar.

**Outros trabalhos:**

Todas as férias (Carnaval,  
Páscoa, Verão e Natal)

**Babysitting**

Website: Terra do Nunca (grupo fechado no facebook), Lisboa

- Babysitter de crianças, animadora em festas de anos, durante dia(s), semana(s) ou mês(es) em locais próprios para o seu efeito.

### Cuidadora

- Apoio domiciliário a diversos idosos na realização das suas atividades de vida diárias.

### Promotora de eventos

Exclusiva – Comunicação e Design, Relações Públicas e Eventos e Marketing Promocional, Lisboa

- Promoção de marcas em diversas perfumarias.

## COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Português

Outras línguas

Inglês  
Espanhol

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
Inglês	Bom	Razoável	Bom	Razoável	Razoável
Espanhol	Bom	Razoável	Bom	Razoável	Básica

A realização das diferentes experiências já realizadas permitiu a aquisição de inúmeras competências:

Competências Informáticas

- Domínio no software Office (word, excel; power point);
- Conhecimento em bases de dados (INE, PORDATA);
- Facilidade no programa de dados SPSS;
- Grande utilização da internet como ferramenta de comunicação, investigação e pesquisa.

Competências de Comunicação e Organização

- Boa aptidão e capacidade de aprendizagem/ adaptação;
- Ótimo espírito de equipa;
- Excelente capacidade de adaptação a novos ambientes e/ ou situações;
- Boa capacidade no trabalho em equipa e em comunicar;
- Ótimo sentido de organização e de responsabilidade;
- Ótima energia e vontade de trabalhar;
- Capacidade de negociação e resolução de problemas.

## INFORMAÇÃO ADICIONAL

### Voluntariado:

O Companheiro - Associação de Fraternidade Cristã;  
Acreditar (IPO) - Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro;  
Recolha de Alimentos: Cruz Vermelha Portuguesa.

- Carta de condução: B.