

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MARINA JUNGES

**Refletindo acerca do comportamento verbal e não-verbal do
paciente oncológico durante a consulta de enfermagem em
cuidados paliativos**

Porto Alegre

2008

MARINA JUNGES

Refletindo acerca do comportamento verbal e não-verbal do paciente oncológico durante a consulta de enfermagem em cuidados paliativos

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção da aprovação na disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso II” – TCCII – e para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ida Haunss de Freitas Xavier

Porto Alegre

2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pelo amor incondicional.

Aos meus irmãos, por serem meu porto-seguro.

Aos meus cunhados, por serem meus segundos irmãos.

A minha afilhada Carla que, mesmo longe, é o encanto da minha vida.

A minha querida irmã Ângela: definitivamente um anjo na minha vida.

Com carinho e muito amor, Nina.

***“Aprender a escutar e a falar,
a dar más notícias e manter-se parceiro,
compreender que cuidadores e doentes
podem cuidar uns dos outros,
autocuidar-se e ser cuidados
e reconhecer e aprender a lidar com a
angústia que a fase final da vida traz
são aspectos básicos para a boa
comunicação em cuidados paliativos”.***

Maria Julia Kóvac

RESUMO

O aumento dos casos de câncer e a crescente mortalidade causada por essa doença apontam para a urgência de se aprimorar os cuidados dispensados ao paciente oncológico em termos de humanização. Nesse sentido, a comunicação desponta como um instrumento essencial na assistência à saúde. Então, o objetivo deste estudo foi identificar e compreender as formas de comunicação verbal e não-verbal dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos buscando a sua compreensão para o delineamento da assistência. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória, fundamentada em Gil (2007) e Bardin (2004). As fontes de análise constituíram-se de livros, periódicos, artigos científicos, teses e dissertações, consultadas no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluiu os sites de busca científica: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). O aspecto analítico desta pesquisa foi fundamentado na análise de conteúdo de Bardin (2004) que se organiza em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Os resultados confirmaram a importância de valorizar a comunicação verbal e, de forma especial, a não-verbal no relacionamento com o paciente oncológico em palição, durante a consulta de enfermagem. E apontaram essencialidade da comunicação como instrumento do cuidado e como habilidade a ser adquirida pelo enfermeiro para qualificar e humanizar a prática da assistência em enfermagem.

Descritores: Comunicação. Comunicação não-verbal. Neoplasias. Cuidados paliativos. Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	11
3.1 A comunicação verbal e não-verbal do paciente com câncer em palição	13
3.1.1 Comunicação na enfermagem	14
3.1.2 Comunicação verbal e não-verbal	15
3.1.3 Habilidades comunicativas do enfermeiro	20
3.2 O cuidar na consulta de enfermagem e as bases teóricas	22
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Fontes	30
4.3 Coleta de dados	31
4.4 Análise dos dados	31
4.5 Considerações Éticas	33
5 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	34
5.1 A comunicação e sua relevância	34
5.2 A comunicação verbal	36
5.3 A comunicação não-verbal	39
5.4 O verbalizado <i>versus</i> o não-verbalizado	44
5.5 A comunicação como habilidade a ser desenvolvida	45
5.6 A comunicação como instrumento do cuidado	48
5.7 A comunicação almejada pelo paciente	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A – Modelo de ficha de leitura	58

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é um instrumento essencial na relação entre o profissional de saúde e o paciente e seu familiar. Através dela, tanto o cuidador quanto o doente tem a possibilidade de se fazer entender, de transmitir, de informar, de confortar e de ser confortado. Conforme afirma Kovács (2006): “O que nos caracteriza como humanos é a capacidade de dizer sobre nós e a capacidade de ouvir, ouvir a nós mesmos e ouvir aos outros”.

Para pacientes portadores de câncer em fase terminal, os quais possuem as emoções afloradas devido à delicadeza de sua condição, a comunicação vai além do que se pode verbalizar, ela se encontra, principalmente, em seu comportamento e em suas atitudes. Por essa razão, os profissionais de saúde precisam estabelecer uma interação pela qual falem, confortem, escutem e, também, observem aquilo que para o doente é difícil de traduzir em palavras.

O aumento da sobrevida em pacientes com câncer, devido ao avanço tecnológico em seu benefício e ao crescimento da taxa de longevidade dos brasileiros, aponta para a necessidade de aprimoramento nos cuidados assistenciais, além de evidenciar a importância dos cuidados paliativos.

A escolha do assunto em questão baseou-se principalmente no meu envolvimento como monitora e acadêmica com o estágio da disciplina de “Enfermagem no Cuidado ao Adulto II”, realizado nos anos de 2006 e 2007 no consultório de Enfermagem em Dor Oncológica (EDO), na Zona 18 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O consultório foi o cenário onde se desenvolveu a assistência à saúde. Os sujeitos envolvidos foram o paciente oncológico em tratamento paliativo, o seu cuidador e o enfermeiro, que utilizava a consulta de enfermagem como instrumento promotor do cuidado e através do qual ocorria o processo interativo. Embora a temática em estudo não esteja limitada à ótica do paciente oncológico em consulta de enfermagem de cuidados paliativos, foi a vivência no consultório e a escassez de material voltado para o cuidado destes pacientes no nível ambulatorial que contribuíram fortemente para a temática em questão.

O contato com esses pacientes possibilitou, através das consultas de enfermagem, a construção de um relacionamento que foi enriquecido pelas diversas

formas de manifestação de comportamento desses indivíduos. Segundo Zanchetta (1993), cada homem tem sua percepção própria da enfermidade, suas expectativas e limitações; traz consigo a marca de sua bagagem cultural, experiências prévias e efeitos de seu envolvimento com o ambiente. A partir desses fatos pode-se inferir que cada indivíduo expressa seus sentimentos e se comunica de acordo com seu jeito de ser, suas vivências e sua maturidade; sendo que alguns encontram maior facilidade para isso, conseguindo verbalizar e expor sentimentos, enquanto outros são mais resistentes, utilizando-se de outros instrumentos comunicativos como o silêncio ou uma determinada postura corporal, por exemplo.

Em vista disso, ficou evidente para mim a importância de o enfermeiro ser capaz de perceber essas diferentes formas comportamentais demonstradas pelos pacientes oncológicos, valorizando toda a forma de expressão – verbal e não-verbal – que pode ocorrer na consulta para aprimorar a comunicação e delinear um atendimento mais direcionado. Entretanto, “boa comunicação não se resume a aprender algumas técnicas ou gestos. É um processo de reflexão e amadurecimento pessoal” (KOVÁCS, 2006, p. 86). É necessário superar os limites do ouvir e do falar, e entrar no corpo e na história do paciente na tentativa compreender além daquilo que ele necessita e do que não consegue colocar em palavras.

Ao compreender como o paciente se expressa, o próprio retorno assistencial do enfermeiro se dará de forma mais holística; tendo em vista que, muitas vezes, na perspectiva de realizar uma consulta formal, o profissional acaba tratando apenas a doença ou a parte corporal, esquecendo-se do paciente como um ser humano constituído de parte física, emocional e espiritual. Reforçando, Tasca *et al.* (2006) afirmam que o enfoque da consulta de enfermagem deve superar a visão clínica, através do entendimento sobre o processo de saúde-doença na visão do usuário e levando em consideração as percepções do indivíduo e sua família sobre o que é ser saudável.

Diante de tais fatos, o papel da enfermagem no reconhecimento do tipo de linguagem pela qual o paciente se expressa e na sua valorização é determinante para que, assim, se possa estabelecer um vínculo comunicativo eficiente durante a consulta; bem como para que o retorno da assistência ao paciente seja eficaz e numa perspectiva holística. Nesse contexto, as questões que orientaram este estudo foram: quais os comportamentos verbais e não-verbais apresentados pelos

pacientes com câncer? E qual a importância de perceber tais comportamentos para o delineamento da consulta de enfermagem?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e compreender as formas de comunicação verbal e não-verbal dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e analisar a sua importância no desenvolvimento da assistência de enfermagem.

2.2. Objetivos Específicos

a) Identificar as formas de comunicação verbal e não-verbal mais freqüentemente observadas no comportamento dos pacientes oncológicos em palição, buscando a sua compreensão para o delineamento da assistência;

b) Descrever, com base nas teorias de Enfermagem, como ocorre o processo interativo enfermeiro-paciente na consulta de enfermagem a esses pacientes;

c) Analisar criticamente a temática em estudo, à luz das experiências vivenciadas na prática das consultas.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos próximos anos haverá um acréscimo considerável no número de casos e de mortes por câncer, principalmente nos países em desenvolvimento. Para o ano de 2015, a projeção seria de nove milhões de mortes e 15 milhões de casos novos. O câncer ainda é um grande problema de ordem mundial: a cada ano, cerca de seis milhões de mortes são decorrentes dessa doença, e a porcentagem de cura ainda é baixa (POLLOCK *et al.*, 2006). Esta realidade, aliada aos parâmetros atuais de longevidade e ao aumento da expectativa de vida no Brasil, aponta a necessidade de aprimoramento nos cuidados assistenciais e a importância da área dos cuidados paliativos.

O câncer se configura como uma doença crônica e, em muitos casos, de caráter permanente. O indivíduo acometido passa por uma situação de desequilíbrio em seu bem-estar físico, emocional e espiritual, comprometendo a sua saúde. Segundo Brasil (1995), esta é uma doença que afeta pessoas de todos os sexos, idades, culturas e situações sócio-econômicas. Com o seu aparecimento, numerosas questões são levantadas ao longo da evolução da doença, surgindo a necessidade de prevenção de complicações, de opção de tratamento e de adoção de cuidados paliativos.

A 'World Health Organization' (2008) define o cuidado paliativo como "o cuidado dirigido a pacientes e familiares quando diante de uma doença ativa e progressiva, que ameaça a continuidade da vida, com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida". Muitas pessoas associam este tipo de cuidado unicamente a pacientes terminais, mas a verdade é que um de seus objetivos é desviar o foco do 'curar' para o 'cuidar', em vistas de aprimorar a qualidade de vida do doente.

A filosofia dos cuidados paliativos afirma a morte como um processo natural da vida, não intencionando acelerar ou deter a sua ação. Considera o paciente como um todo e disponibiliza o cuidado para que este viva da melhor maneira possível o tempo que lhe resta: de forma consciente, com os sintomas controlados e sem dor. Ainda, esta filosofia procura integrar os familiares neste cuidado e apoiá-los no processo de luto (SECPAL, 2002).

No tocante aos familiares do paciente com câncer, é comum passarem por um processo de luto ou negação, advindos com a descoberta do diagnóstico. Passado o choque inicial, que deve ser superado com o auxílio da equipe de saúde, a família assume um papel essencial no planejamento e desenvolvimento da assistência ao seu ente querido. Ela passa a ser a unidade de cuidados que apóia o paciente, que mantém contato com a equipe e que sustenta o membro acometido no caso deste perder sua autonomia no decorrer da doença. A participação familiar é essencial para a melhoria da qualidade de vida e para o conseqüente aumento da sobrevida do doente.

A sobrevida dos pacientes com câncer está se prolongando e o número de sobreviventes do câncer vem aumentando de forma considerável. Por esse motivo, questões de reabilitação e outras necessidades dos pacientes surgem de modo crescente. A necessidade de controlar os efeitos colaterais do tratamento está em destaque, bem como a de atenção psicológica e de reabilitação. Além disso, admitiu-se a influência de fatores comportamentais nos riscos de câncer, na aceitação do tratamento e na sobrevida (POLLOCK *et al.*, 2006).

No contexto do cuidado paliativo, o câncer acaba se tornando parte do convívio diário, transformando continuamente o modo de viver, de agir e de pensar do indivíduo acometido. Nesse estágio, o enfrentamento dessa doença se dá basicamente com a quimioterapia, com o auxílio de tratamento farmacológico para analgesia, e com uma assistência que prime pela melhoria da qualidade de vida.

Tal qual afirmam Pollock *et al.* (2006), qualidade de vida é um fenômeno subjetivo, ou seja, está relacionada ao bem-estar, aos valores humanos e também ao conceito da OMS, que a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (POLLOCK *et al.*, 2006, p. 836). Nesse sentido, proporcionar qualidade de vida implica em planejar o cuidado de maneira a valorizar primeiramente aquilo que o paciente almeja e o que considera importante para si. Assim, o direcionamento da assistência será no sentido de satisfazer essas necessidades particulares, pois, tal qual afirmam Portenoy *et al.*¹ (1994) e Singer, Martin e Kelner² (1999), citados por Fitch (2006), os

¹ PORTENOY, R. K. et al. **Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population.** Qual Life Res 1994; 3 (3): 183-89.

pacientes apresentam grande angústia emocional se seus sintomas e necessidades não são atendidos; então, como consequência, sofrem piora da qualidade de vida.

Diante disso, o papel do enfermeiro como educador em saúde faz-se importante assim como o seu instrumento de assistência: a consulta de enfermagem, a qual prima pela atenção à saúde e pela promoção de uma vida melhor ao homem, levando em conta não só os fatores clínicos, como também os aspectos sócio-culturais de cada um. Sendo assim, um modelo de comunicação centrado no paciente deve ser adotado, com o qual as suas idéias possam ser exploradas e pode-se lidar com preocupações sobre saúde e assistência à saúde (POLLOCK *et al.*, 2006).

3.1 A comunicação verbal e não-verbal do paciente com câncer em palição

A comunicação é o elo que permite a formação das relações humanas. Através dela, os homens podem se aproximar, interagir uns com os outros e se fazerem entender. Porém, ela também pode afastar e gerar incompreensão dependendo do modo como é expressa e interpretada.

É um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que essas exercem influência no comportamento das pessoas, confirmando o fato delas estarem constantemente envolvidas por um campo interacional (STEFANELLI, CARVALHO, ARANTES, 2005). Por sermos seres de relações, buscamos ter um maior entendimento a respeito desses processos comunicativos (BRAGA, SILVA, 2007). A valorização deles, dentro da assistência ao paciente com câncer em palição, é essencial tendo em vista que o doente nesta fase da vida encontra apoio fundamental nos relacionamento interpessoais.

² SINGER, P. A.; MARTIN D. K.; KELNER, M. **Quality end of life care: patients' perspectives.** *Jama* 1999; 281 (2): 163-68.

3.1.1 Comunicação na enfermagem

A comunicação é um dos instrumentos que deve ser utilizado pela enfermeira, com a finalidade de ampliar sua capacidade de perceber mensagens implícitas ou explícitas do paciente (SILVA *et al.*, 2000). No cotidiano profissional a enfermeira utiliza a comunicação para o desempenho de suas diversas atividades. Dentre estas, a sua função como educadora e prestadora de cuidados, bem como, a de ser elo entre a equipe multiprofissional e os diferentes serviços de cuidado indireto, exige da enfermeira um maior domínio da habilidade de comunicar-se. Assim, o uso consciente da comunicação tende a facilitar o alcance dos objetivos da assistência de enfermagem (STEFANELLI, 1993).

Por ser uma necessidade humana básica, a comunicação determina e efetua o atendimento da área expressiva da assistência ao paciente, sendo denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde. Logo, no contexto da enfermagem, a comunicação não é apenas mais um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas deve ser considerada competência ou capacidade interpessoal. E essa competência é essencial para o enfermeiro, independente de sua área de atuação, pois permite atender as necessidades do paciente em todas as suas dimensões (STEFANELLI, 1993; JESUS, CUNHA, 1998).

O interesse pelo outro faz com que a mensagem seja transmitida com mais clareza e compreensão entre os envolvidos no processo comunicativo, o que confirma as falas de que a comunicação é competente quando compreendida como um processo interpessoal. Processo este que permeia todas as ações do enfermeiro, além de propiciar ou não o bem-estar do paciente. A comunicação competente é uma capacidade que pode ser adquirida (STEFANELLI, CARVALHO, ARANTES, 2005).

Infere-se a importância da comunicação ser trabalhada, pois no desenvolvimento da assistência e das técnicas de enfermagem sempre acontece o encontro entre duas pessoas: o cuidador e aquele que é cuidado. E as ações dispensadas só serão efetivas se acontecer uma interação entre aqueles indivíduos; senão o trabalho torna-se mecânico e desprovido de sentimentos e emoções, ou seja, carente de comunicação em todas as suas formas de expressão tanto por parte do profissional, quanto por parte do paciente.

3.1.2 Comunicação verbal e não-verbal

A comunicação é um processo composto de manifestações verbais e não verbais utilizadas pelo emissor e pelo receptor com o propósito de trocar informações. Além disso, emprega o corpo, os objetos e a disposição dos indivíduos no espaço. A comunicação verbal refere-se à linguagem falada e escrita, aos sons e palavras que utilizamos para nos comunicar. A linguagem é o recurso que usamos para expor idéias e partilhar experiências com os outros. Sem ela, ficamos limitados e podemos ter dificuldade de sermos compreendidos (STEFANELLI, 1993; SILVA, 1996a; SILVA, 1996b).

A comunicação não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras. As pessoas nem sempre estão conscientes de sua ocorrência, mas ela se manifesta continuamente. Muitas vezes, é por meio do não-verbal que percebemos se a pessoa está com dor, com medo, irritada ou preocupada. Entre tais manifestações, destacam-se a expressão facial e a corporal (que compreendem gestos, olhares e postura corporal), distância em relação aos outros e características fisiológicas como: rubor, sudorese, lacrimejamento, palidez, etc. Esse tipo de comunicação só pode ser analisado no contexto em que ocorre, pois seu significado está vinculado a este contexto (STEFANELLI, 1993).

Os sinais não-verbais podem ser classificados como: paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica, características físicas e fatores ambientais. A paralinguagem é qualquer som produzido pelo aparelho fonador, que não faça parte da linguagem falada. Refere-se ao modo como se diz algo, ou seja, à altura e à velocidade da voz, à duração dos sons, pausas, ritmo, velocidade, grunhidos, bocejos e gemidos. A cinésica é a linguagem do corpo e refere-se à postura e ao movimento daquele, contemplando os gestos e as expressões faciais (SILVA, 1996b).

A proxêmica está relacionada à utilização do espaço social e pessoal, enquanto produto da comunicação interpessoal. A tacêsica refere-se à comunicação tátil, envolvendo os estudos sobre o toque, sua duração, local e tempo de contato, formas de aproximação, entre outros (SILVA, 1996b).

As características físicas referem-se à aparência e forma do corpo, à beleza, à altura, ao tipo de cabelo, ao peso, à cor ou ao tom da pele, aos odores emitidos e aos artefatos utilizados pelas pessoas, como roupas, óculos e jóias. Já os fatores ambientais são todos os mobiliários, estilos arquitetônicos, decoração de interiores, condições de iluminação, cores, temperatura, ruídos adicionais ou música, que interferem na relação humana. Em suma, trata-se da disposição dos objetos no espaço e das características desse espaço, como cor, forma e tamanho (SILVA, 1996b). As funções básicas da comunicação não-verbal, nas relações interpessoais, são complementares à comunicação verbal, para substituí-la, para contradizê-la e também para demonstrar sentimentos (SILVA *et al.*, 2000).

Por dependermos da comunicação verbal para a transmissão organizada e sistematizada da maior parte do nosso conhecimento, passamos a associar comunicação com verbalização. No entanto, apenas uma pequena parte de nossa comunicação é realizada verbalmente quando nos encontramos frente a frente com outras pessoas. A credibilidade do que comunicamos é influenciada 7% pelas palavras que dizemos, 38% pelo tom de voz e 55% pela linguagem corporal (PAZIN FILHO, 2007).

Ao mesmo tempo em que transmitimos e recebemos estímulos verbais, também estamos transmitindo e recebendo diversos outros sinais, através da postura, dos gestos, das expressões faciais e das atitudes. Esses estímulos são muito importantes para a compreensão do que se passa ao nosso redor. Ao contrário da linguagem verbal, este tipo de linguagem é de um plano mais inconsciente e muito mais relacionado com aquilo que verdadeiramente queremos transmitir (PAZIN FILHO, 2007).

Apesar de ser muito mais relacionada ao plano inconsciente, podemos aprender a identificar este tipo de linguagem tanto nas pessoas com quem interagimos quanto em nós mesmos, o que nos permite modular nossas próprias respostas (PAZIN FILHO, 2007) e interpretar corretamente as respostas do outro.

A comunicação não-verbal qualifica a interação humana, pois imprime emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente. Já a qualificação da linguagem verbal é dada pelo tom de voz e jeito com que palavras são ditas, por olhares e expressões faciais, por gesticulações, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm

umas das outras, e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas. Mesmo o silêncio, em determinado contexto, é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens (ARAÚJO, SILVA, PUGGINA, 2007).

Silva *et al.* (2000) colocam que a comunicação verbal exterioriza o ser social e a não-verbal o ser psicológico, pois na última ocorre a demonstração dos sentimentos. Considerando isso, muitas vezes o comportamento verbal pode ser enganoso ou mal interpretado, enquanto a linguagem do corpo dificilmente conseguirá esconder a verdade. Logo, o enfermeiro precisa manter uma interação além da fala, considerando a linguagem corporal como significativa emissora de sinais.

A linguagem não-verbal é o reflexo do estado emocional da pessoa e, portanto, é subjetiva, assim como os sentimentos. Pelo fato da sociedade considerar alguns sentimentos negativos, o paciente não verbaliza sua tristeza, raiva, vergonha, medo, mas expressa de modo não-verbal e geralmente inconsciente, por meio de seu tom de voz, expressão facial, gestos e postura corporal (SILVA, 1996b).

Uma das principais funções da comunicação é a de conhecer a si mesmo. Os indivíduos precisam conhecer-se bem, ou seja, como pensam, sentem, agem e reagem diante dos fatos; isso lhes facilitará em grande parte o conhecimento do outro e a compreensão das suas diversas reações a um mesmo estímulo (MOSCOVICI³, 1997 *apud* BRAGA, SILVA, 2007).

No decorrer da enfermidade por câncer, surgem várias reações e sentimentos negativos no indivíduo acometido, haja visto que em torno da doença giram mitos e metáforas que a identificam com morte, dor e sofrimento. Essa estigmatização sócio-cultural, além de atingir psicologicamente o doente, pode interferir no tratamento, comprometendo a assistência e podendo levar ao isolamento e ao abandono social.

A forma como cada paciente reage ao câncer depende de fatores como: o momento de vida, as experiências anteriores, as informações adquiridas no convívio social e o ambiente familiar e cultural em que cresceu. Por isso, é comum aos pacientes que recebem o diagnóstico e que convivem há anos com a doença surgirem sentimentos de difícil elaboração como ansiedade, raiva, medo, culpa, depressão e luto (FERRÃO, 2003). O luto ainda inclui os cinco estágios do processo

³ MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 7 ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1997.

de morrer proposto por Kübler-Ross, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (SMELTZER, BARE, 2005).

Essas reações, devidamente explanadas abaixo, geralmente têm carga negativa fazendo com que o indivíduo tenha um convívio difícil com o câncer. Tendo estes fatos em vista, pode-se afirmar que, diante de algo que ameace o equilíbrio do bem-estar, cada um tem o seu modo de expressar sentimentos e de manifestar reações, ou seja, de elaborar um processo comunicativo, composto de formas verbais e não-verbais.

O luto é uma resposta natural que se caracteriza por alterações no pensamento, nos sentimentos e no comportamento, que ocorrem como consequência direta de uma perda real ou potencial (CLARK, 1997). No contexto em estudo, essa perda é a da própria vida, já que para o paciente, o diagnóstico do câncer tem a expressão significativa de um suposto atestado de óbito (DÓRO, 2003). É justificável, então, que o indivíduo sinta-se triste e desmotivado diante da vida, podendo atravessar os estágios do processo de morrer de Kübler-Ross.

Juntamente com o paciente, a família também enfrenta um luto, pois essa tem uma crença profunda de que a doença é necessariamente fatal; e o choque é ainda maior quando o confronto com a idéia de morte ocorre pela primeira vez (SIMONTON, 1990). Então acaba ocorrendo uma colisão dupla, pois além da família precisar se reestruturar para apoiar o familiar doente, ela encarará a possibilidade de morte deste membro.

O sentimento de mortalidade não nasce com o ser humano, ele só é trabalhado quando ocorre uma situação como a descoberta de uma doença de difícil prognóstico como o câncer, por exemplo. A partir daí muitos valores dentro da família devem ser revistos para poder possibilitar ao membro acometido, um caminho com amparo e esperança. Até porque câncer não é necessariamente sinal de morte, pois os tratamentos atuais proporcionam o aumento na sobrevivência e até a cura total, em certos casos (SIMONTON, 1990).

A ansiedade é um sentimento de apreensão em resposta a uma ameaça não identificada ou não específica (CLARK, 1997; SIMONTON, 1990). O paciente acometido pelo câncer geralmente apresenta muitas dúvidas, incertezas e inseguranças, pois não sabe o que esperar. Tudo isso gera ansiedade e confusão mental, impedindo o indivíduo de organizar os pensamentos e focar no que deve ser feito. De acordo com Smeltzer e Bare (2005), a ansiedade pode ser paralisante e,

em alto nível, pode exacerbar o sofrimento psicológico, prejudicando a concentração para realizar atividades e autocuidado.

A depressão é um estado de tristeza, melancolia, desânimo ou humor diminuído. Pode variar de uma alteração transitória do humor a uma doença com ideação suicida (CLARK, 1997). Esse sentimento implica em falta de comunicação e de vontade para viver, assim, o paciente não tem condições de pedir ajuda e nem de lutar por sua saúde.

O medo é um sentimento de inquietude relacionado a uma ameaça ou a um perigo identificado (CLARK, 1997). Ele inibe qualquer tipo de ação. No contexto em estudo, o fato do câncer estar associado à morte talvez seja a principal razão desse medo. Todos têm a idéia de que a morte é ruim e traz sofrimento, mas a questão é que ela é um processo natural da vida e o fato da pessoa portar a doença não significa que ela necessariamente vai morrer por ela (SIMONTON, 1990).

Talvez o câncer cause tanto medo porque ainda não compreendemos sua natureza nem podemos predizer sua evolução. Uma vez que o medo inicial, diante da possibilidade da morte, seja superado, o paciente e a família passam a ter medo do processo em si. A maioria dos pacientes teme o efeito da doença tanto nos aspectos físicos, como em questões relativas à dor. Já o temor da família nasce do pensamento angustiante de ver o ente querido sofrer, sem poder fazer nada para ajudá-lo (SIMONTON, 1990).

No estágio de negação, Simonton (1990) coloca que os pacientes tentam se convencer de que suas radiografias foram trocadas ou ainda decidem que o médico está totalmente errado e começam a procurar um diagnóstico mais fácil de aceitar. Essas reações ocorrem por causa da incerteza e do desconhecimento a respeito da doença: paciente e familiar ficam tão obcecados pelo medo do desconhecido que não conseguem viver normalmente.

Por ser um mecanismo inconsciente de defesa dos seres humanos, a negação pode servir como um bloqueio às notícias ruins e para dar tempo para o indivíduo se organizar e se conscientizar da situação. O problema é que se esse mecanismo perdurar, a defesa acaba não sendo benéfica e o sofrimento e a dor impedem que o paciente procure auxílio.

Conforme Simonton (1990), na fase de depressão, a pessoa sente-se enganada, pois batalhou a vida inteira e quando se encontra no momento de aproveitá-la, recebe o diagnóstico. Assim, o desespero pode levá-la a sentir-se

deprimida e simplesmente desistir. O indivíduo pára de viver muito antes que os sintomas o impeçam, pois passa a encarar a vida sem expectativas e com indiferença.

A raiva é um sentimento enfurecido que provoca questionamentos como o porquê da doença ter acometido tal pessoa. Esse ressentimento normalmente é direcionado a Deus, aos profissionais de saúde e à família. As pessoas tentam evitar sentirem-se assim por não ser uma manifestação agradável, mas a raiva é uma reação que faz parte do recebimento do diagnóstico, a pessoa sente-se traída e zangada com o próprio corpo. Percebe que é vulnerável e que não tem controle absoluto sobre a sua saúde (SIMONTON, 1990). Já a barganha é o estágio em que o paciente aceita o diagnóstico, mas em troca de um último desejo, fazendo promessas a Deus. O indivíduo já está conformado com a situação e procura forças para continuar lutando.

A família do paciente também vivencia o câncer com sentimentos de choque, incerteza e impotência. A família unida tende a renovar os seus valores e a unir-se para elaborar a aceitação da doença. As famílias mais vulneráveis tendem a se fragmentar (FERRÃO, 2003).

Além disso, o câncer impõe um caminho permeado por tratamentos e medidas preventivas e paliativas, fragilizando a vida do indivíduo, comprometendo seus planos para o futuro e sensibilizando as pessoas ao redor. Ocorre um desequilíbrio que poderá acarretar muitas transformações, as quais necessitam ser trabalhadas pela enfermagem, para que o paciente atravesse o seu caminho com apoio e resolutividade. Para isso, é importante que o enfermeiro esteja ambientado com as filosofias do cuidado paliativo, tenha conhecimentos e habilidade para a comunicação e para desempenhar o seu papel de educador em saúde.

3.1.3 Habilidades comunicativas do enfermeiro

“A comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz” (FERREIRA, 2006, p. 329). Decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia para estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades individuais do mesmo

é tarefa dos profissionais de saúde (SILVA, 1996b). Para que este processo complexo e multidimensional seja eficaz, não basta ao profissional utilizar somente a comunicação verbal; é preciso estar atento aos sinais não-verbais emitidos durante a interação com o paciente (ARAÚJO, SILVA, PUGGINA, 2007; BRAGA, SILVA, 2007).

Além da escuta atenta ao que o paciente refere verbalmente, o enfermeiro precisa refletir sobre a comunicação não-verbal para torná-la mais consciente e ter recursos para entender seu próprio comportamento e o do paciente. Assim, analisar criticamente a utilização da comunicação não-verbal em sua prática diária oferece ao profissional a oportunidade de aprimoramento de sua percepção (ARAÚJO, SILVA, PUGGINA, 2007). O verbal e o não-verbal se completam e se qualificam. Atentar para ambos na hora do atendimento é iniciar a construção de um processo comunicativo efetivo.

A base para a construção de um relacionamento que possibilitará a oferta de um cuidado mais direcionado para cada ser humano, dentro da consulta de enfermagem, é a comunicação efetiva. Esta não pode apenas cumprir o simples papel de um questionário a respeito da enfermidade, deve, adicionalmente, reservar um olhar atento às falas, às expressões faciais e ao movimento corporal dos pacientes. Mais do que tratar a doença, deve valorizar o ser humano por inteiro.

Segundo Braga e Silva (2007), para haver efetividade, é necessário que a interação atinja os objetivos dos comunicadores e que proporcione o autoconhecimento e possibilite uma vida mais autêntica. Além disso, é importante perceber que sentido tem o comunicado para quem o transmite; e acolher a palavra do outro, desde a mais corpórea até àquela ainda não pronunciada, o que pode solidificar o relacionamento. Essa acolhida é, ao mesmo tempo, física, psicológica e espiritual, para considerar o homem em sua inteireza (LELOUP⁴ 2001, *apud* CARVALHO, MERIGHI, 2006).

“Aprender a escutar e a falar, a dar más notícias e manter-se parceiro, compreender que cuidadores e doentes podem cuidar uns dos outros, autocuidar-se e ser cuidados; e reconhecer e aprender a lidar com a angústia que a fase final da vida traz são aspectos básicos para a boa comunicação em cuidados paliativos” (KÓVACS, 2006, p. 86).

⁴ LELOUP, J-Y. **Cuidar do ser**: Fílon e os terapeutas de Alexandria. 6ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Com base em tais fatos, percebe-se que o desencadeamento da comunicação durante a consulta e o estabelecimento de um processo interativo com vínculo depende da atenção que o enfermeiro dedica àquilo que o paciente vive, acredita e sente. Além disso, ao considerar os comportamentos expostos durante a consulta de enfermagem, percebe-se o acréscimo que eles podem oferecer ao relacionamento e à formação de um vínculo mais intenso, caso esses sinais sejam captados e considerados pelo enfermeiro.

3.2 O cuidar na consulta de enfermagem e as bases teóricas

Cuidar é um conceito amplo, subjetivo e que engloba várias ações. Na área da saúde e especificamente na enfermagem, cuidar significa, entre outras coisas, auxiliar ou mesmo realizar ações em favor da saúde e bem estar do outro. Neste contexto, o cuidado só é eficaz quando o ser cuidado – o paciente consente em ser alvo destas ações, cooperando e aderindo ao plano assistencial planejado pelo profissional (ARAÚJO, SILVA, PUGGINA, 2007).

A enfermagem é uma ciência humana empenhada no cuidar da pessoa sadia ou doente. O **ato de cuidar** implica no estabelecimento de interação entre quem cuida e quem é cuidado; e esses sujeitos participam da realização de ações, as quais denominamos cuidados, que são a verdadeira essência da enfermagem (FERREIRA, 2006).

Ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos através dos sentidos. Ação que envolve a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação. Cuidar implica, também, em intervir no corpo do outro, no seu espaço próprio, seja na realização do cuidado direto como no indireto. As respostas objetivas ao cuidado prestado devem ser buscadas na expressão do cliente, nas suas opiniões e gestos, através da comunicação verbal e não-verbal (FERREIRA, 2006).

Para permitir ser cuidado e possibilitar uma interação, o paciente precisa sentir-se seguro e confiar no profissional. Esse vínculo de confiança é dependente da comunicação interpessoal, uma vez que só confiamos em alguém quando

percebemos coerência e constância entre o que ele diz e o que ele faz (SILVA, 2001).

Portanto, assistir ao paciente com câncer em palição exige conhecimento, técnica e, sobretudo, humanização por parte da equipe de saúde multidisciplinar. E apesar de ser uma doença que se apresenta de forma semelhante às pessoas acometidas, é indispensável que cada uma seja atendida em sua individualidade, pois, desta forma, o cuidado será realmente direcionado ao indivíduo e não apenas à doença que ele porta.

O enfoque do cuidado ao paciente oncológico, na maioria das vezes, é abordado sob a ótica da internação hospitalar; porém sabe-se que uma das metas dos cuidados paliativos é proporcionar a este indivíduo a possibilidade de viver com qualidade em sua casa, próximo aos seus entes queridos. Para tanto, faz-se necessário uma assistência de saúde a nível ambulatorial, na qual a enfermagem tem fundamental importância.

O papel do enfermeiro na equipe multidisciplinar destaca-se pela possibilidade do envolvimento pessoal (ZANCHETTA, 1993). Por ser um profissional que mantém um contato mais estreito com o doente, o enfermeiro torna-se mais apto a criar vínculos e a desenvolver relacionamentos interpessoais.

Pelo fato de no cuidar existir uma relação entre o eu e o outro, na enfermagem, um destes momentos pode ser construído mediante a consulta (ROSA *et al.*, 2007). Aliás, discorrer sobre consulta de enfermagem implica em mencionar as relações humanas e os processos interativos. Através do relacionamento enfermeiro-paciente é que se constrói a base do atendimento e assistência prestada pelo profissional. E a reciprocidade do paciente em consulta é fundamental para o seu desdobramento e para a formação do vínculo.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro legitimada pela Lei nº. 7.498 - artigo 11, inciso I, alínea "i" - de 25 de junho de 1986, a qual regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e estabelece ao enfermeiro suas atividades com o indivíduo, a família e a comunidade, em nível domiciliar, ambulatorial, hospitalar, ou em consultório privado (BRASIL, 2008). A importância da consulta está no fato de se caracterizar como um conjunto de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privado e independente, expressando uma possibilidade visível do saber e do fazer do enfermeiro, que tem como foco central o cuidado do ser humano, com sua singularidade (TASCA, 2006).

A consulta surgiu na profissão como estratégia eficaz para detecção precoce de desvios de saúde e para acompanhar e dar seguimento às medidas instituídas ao bem-estar das pessoas envolvidas (ROSA *et al.*, 2007). É uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005).

A consulta de enfermagem é um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde [...]. Para que ocorra eficazmente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005, p. 724).

Ferreira (2006) ressalta ainda que a relação estabelecida no encontro entre aquele que cuida e o cliente é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre eles. Esse encontro implica, também, em construção de conhecimento a partir de um sistema de diferenças e em um compromisso entre os sujeitos para entender tais diferenças. Os saberes, os afetos e as paixões imbricam-se entre si permeando esta relação.

Dentro da ótica do atendimento ao paciente oncológico, Von Hoonholtz (2008), coloca que a assistência de enfermagem deve ser prestada de forma sistematizada, individualizada e embasada nos princípios norteadores das teorias dessa área. É fundamental a participação do assistido durante o atendimento, compreendendo o modo de estar e agir no mundo daqueles que esperam respostas coerentes e eficazes diante dos problemas que são evidenciados (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005).

Este contexto, que vai ao encontro daquele que é desenvolvido no consultório de Enfermagem em Dor Oncológica do HCPA, encontra fundamentação nos modelos teóricos propostos pelas enfermeiras Hildegard E. Peplau, Dorothea E. Orem, Virgínia Henderson e Imogene M. King. É a partir das teorias que o desenvolvimento da Enfermagem dá-se como ciência; e a sistematização destes conhecimentos é que respalda a prática profissional do enfermeiro.

Para Peplau, a enfermagem é terapêutica, pois se trata de uma arte curativa, que dedica cuidados de saúde ao indivíduo doente ou necessitado. Assim, é entendida como um processo interpessoal, tendo em vista que envolve duas ou mais pessoas com uma meta em comum. Tal meta incentiva o processo terapêutico, no qual a relação enfermeiro-paciente se dá através do respeito, do aprendizado e do crescimento mútuo, que são resultados de uma interação (GEORGE, 2000).

Na visão de Peplau, cada pessoa pode ser encarada como uma estrutura biológico-psicológico-espiritual-sociológica única, ou seja, que não reagirá da mesma forma que outro. E as manifestações advindas com os valores e idéias pré-concebidas de cada indivíduo, são importantes no processo interpessoal. No encontro com esses diferentes indivíduos, o enfermeiro é influenciado em seu desenvolvimento pessoal e profissional, o que também exercerá influência direta na relação terapêutica e interpessoal (GEORGE, 2000).

Assim, a tomada de decisão terapêutica ocorre de forma interativa entre o paciente e o enfermeiro, visando satisfazer as necessidades humanas, objetivando a superação do desconforto, da dúvida, da ansiedade e da insegurança. Além disso, prepara o paciente e os familiares para a independência, através de esclarecimentos e garantindo o aprendizado necessário para o convívio social (GEORGE, 2000).

Sua teoria, publicada no livro de sua autoria "*Interpersonal Relations in Nursing*", de 1952, sugere fases seqüenciais das relações interpessoais. A *Orientação* é o estágio de conhecimento e entrosamento entre paciente, enfermeiro e família, de reconhecimento, expectativa e identificação de problemas. A *Identificação* é a fase da comunicação entre enfermeiro-paciente, na qual ocorre a tomada de decisão e cada paciente pode apresentar uma maneira distinta de se relacionar, que pode ser por interdependência, independência ou dependência. A *Exploração* é a etapa em que o enfermeiro auxilia o conhecimento e a exploração dos caminhos disponíveis, ajudando na resolução do que foi identificado como problema. E a *Solução* é a fase em que as metas planejadas foram alcançadas em decorrência da interação enfermeiro-paciente-família e ocorre a dissociação da relação terapêutica interpessoal (GEORGE, 2000).

Orem, em sua Teoria do Autocuidado, coloca que os indivíduos, quando capazes, podem cuidar de si mesmos, mas quando ocorre um déficit nessa capacidade, o enfermeiro deve ajudar (GEORGE, 2000). Infere-se que para ter a aptidão de ser protagonista do próprio cuidado, o paciente além de ter capacidade

física, precisa estar bem informado, com suas dúvidas esclarecidas e, para isso, necessita de um relacionamento de confiança, em que o enfermeiro comunique e escute.

A teoria de enfermagem de Orem é formada por três construtos teóricos: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem; que foram lançados na terceira edição do livro de sua autoria "*Nursing: Concepts of Practice*", publicado em 1985. Dos modelos supracitados, a teoria do déficit do autocuidado constitui a essência de sua proposição geral, pois nela é que aparece a necessidade da atuação da enfermagem. Ela é necessária quando o doente (ou o cuidador do paciente dependente) acha-se incapacitado ou limitado para promover o autocuidado contínuo e eficaz (GEORGE, 2000).

Virgínia Henderson salientou através de seu modelo teórico, o auxílio da enfermagem às pessoas, através de atividades essenciais que mantenham a saúde, recuperem-na ou levem a uma morte calma. Para isso ela propôs 14 componentes de cuidados básicos de enfermagem que são categorizados da seguinte forma: fisiológicos (respirar, comer, dormir, movimentar-se, higienizar-se, proteger-se, etc.); psicológicos (comunicar-se, expressar emoções, aprender, satisfazer-se); de ordem espiritual e moral (ter fé), e relacionados ao trabalho e à recreação (trabalhar, praticar esportes e lazer) (FUENTES, 2000).

A partir de sua teoria acerca da manutenção das necessidades básicas humanas, deduz-se que estas necessidades estão satisfeitas enquanto o indivíduo mantém sua autonomia, ou seja, enquanto é independente. Fuentes (2000) cita que quando algo falha em seu modo de ser e viver, ocorre uma interferência nessas prioridades, surgindo problemas de saúde e, conseqüentemente, dependência. Neste momento o enfermeiro se faz indispensável como auxílio para a recuperação da satisfação das necessidades do paciente.

Imogene King, por sua vez, propõe um conceito à enfermagem com a intenção de que evolua para uma teoria. Em seu livro, publicado em 1981, "*A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*", ela apresenta uma estrutura conceitual, ligando conceitos essenciais ao entendimento da enfermagem como um princípio importante dentro dos sistemas de assistência à saúde (GEORGE, 2000).

A "Estrutura de Sistemas Abertos" constitui-se de três sistemas interativos: o pessoal, o interpessoal e o social. O primeiro refere-se ao indivíduo em um ambiente; o segundo refere-se aos indivíduos interagindo em díades, tríades e

pequenos e grandes grupos. Os grupos com interesses e necessidades especiais formam organizações que compõem comunidades e sociedades, e esses são os chamados sistemas sociais (GEORGE, 2000).

O enfermeiro tem como funções ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-os a manter sua saúde. Sua estrutura se baseia no fato de que o foco da enfermagem é o cuidado de seres humanos. Esses permanecem em contínua interação com o ambiente e com as pessoas que os cercam. Cada sistema se encontra em interação com os demais, garantindo o equilíbrio individual e grupal. Pelo caráter de sistemas abertos, as alterações em um desses sistemas podem repercutir nos demais (KING, 1981).

O processo de enfermagem de King, dentro da teoria do alcance de metas, compreende: a *Interação*, que é um contato inicial o qual induz uma reação entre a enfermeira e o paciente. É extremamente influenciada pela percepção que um tem do outro e pela comunicação estabelecida entre eles; o *Diagnóstico*, que é a detecção das necessidades de cuidado dos seres humanos com vistas a alcançar a saúde, devendo ser confirmado com os pacientes; o *Estabelecimento de metas comuns* à díade enfermeira-paciente, que são desenvolvidas com base nos diagnósticos detectados e em comum acordo das partes; a *Exploração e viabilização de meios* para alcançar as metas traçadas, (com concordância entre ambas as partes sobre estes meios); e a *Evolução*, que é a avaliação contínua do alcance de metas, ressaltando fatores intervenientes nos três sistemas, para desenvolver a capacidade do paciente de enfrentar problemas, desenvolvendo-se bem nos papéis cotidianos. A meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem seus papéis na sociedade (KING, 1981).

Então, com o que foi acima exposto, no contexto dos cuidados paliativos, o enfermeiro deve aplicar a sistematização da assistência de enfermagem para aperfeiçoar seu trabalho e programar os cuidados baseados na filosofia dos cuidados paliativos. Deve ter como meta assistir o paciente e satisfazer suas necessidades básicas, fazendo-o protagonista do seu cuidado, quando possível, e incluindo seu familiar na terapêutica, para que esses enfrentem o fim da vida, com respaldo e tranqüilidade.

No sentido da humanização e personalização da assistência de enfermagem, a interação enfermeiro-paciente deve ser efetiva uma vez que sem envolvimento não

é possível uma percepção mais clara do outro (JESUS, CUNHA, 1998). Para isso, o enfermeiro precisa não só aplicar a sistematização da assistência, mas necessita estar apoiado em marcos teóricos como os que foram supracitados, cujos princípios e pressupostos embasam o processo do cuidado na consulta de enfermagem. Deve se apropriar desses conceitos teóricos para colocar em prática o cuidado e para ter conhecimento para apropriá-lo a cada caso.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo constitui-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória. Conforme Gil (2007), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sua principal vantagem, segundo o mesmo autor, reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

O presente trabalho pretendeu, através de literatura específica, reunir os dados pertinentes que contemplassem o enfoque do tema e atendessem aos objetivos do estudo. O percurso metodológico adotou a proposição de Gil (2007) e, segundo o mesmo, compreende as seguintes etapas:

- a) Escolha do tema: deve relacionar-se ao interesse do estudante;
- b) Levantamento bibliográfico preliminar: entende-se como um estudo exploratório e facilita a formulação do problema. Tem por finalidade proporcionar familiaridade com a área de estudo, bem como a sua delimitação;
- c) Formulação do problema: após o levantamento espera-se que o estudante esteja em condições de formular o problema de pesquisa. Deve-se ter uma idéia clara daquilo que se deseja fazer;
- d) Elaboração do plano provisório de assunto: prepara-se um plano para definir a estrutura lógica do trabalho, de forma que as partes estejam sistematicamente vinculadas entre si e ordenadas;
- e) Busca das fontes: identificam-se as fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto (obras científicas, periódicos científicos, teses e dissertações, base de dados, etc.);
- f) Leitura do material: tem por finalidade:
 - Identificar as informações e os dados constantes do material impresso;
 - Estabelecer a relação entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto;

- Analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores (leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa).
- g) Fichamento: consiste no ordenamento e organização de apontamentos em fichas para a fixação do conteúdo e o desenvolvimento de frases próprias;
- h) Organização lógica do assunto: é a organização das idéias em vista de atender os objetivos;
- i) Redação do texto: formulação do texto, considerando-se aspectos como estilo, conteúdo e grafia.

4.2 Fontes

As fontes de análise para a construção da pesquisa constituíram-se de livros, periódicos, artigos científicos, teses e dissertações que tratassem da temática em estudo. Os sites de busca científica foram: LILACS, SciELO, BDNF e MEDLINE, sendo que na consulta virtual foram utilizados os descritores: “*comunicação verbal e não-verbal*” “*comunicação em consulta de enfermagem*”, “*consulta de enfermagem oncológica*”.

Para a coleta de dados acima fixada o espaço temporal compreendeu o período de 1992 a junho de 2008, por tratar-se de uma fase de incremento em publicações na Enfermagem relacionadas à temática de estudo; com destaque especial para a autora Máguia Costa Stefanelli que inovou no tema ‘comunicação’ ao publicar, em 1993, a obra “*Comunicação com o paciente: teoria e ensino*”. Contudo, pela relevância que trouxeram à composição do estudo, foram incluídas algumas fontes compreendidas fora deste espaço temporal.

Para a seleção dos textos e artigos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- a) a comunicação verbal e não-verbal em pacientes oncológicos;
- b) artigos que apresentassem pelo menos um dos descritores no seu resumo;
- c) textos completos em idioma português e de livre acesso;

4.3 Coleta de dados

Realizou-se a busca de artigos publicados em revistas indexadas no Brasil, localizadas a partir da pesquisa avançada no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e também se consultou livros e periódicos da biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Como complemento, acessou-se outros *sites* da internet.

Os artigos pesquisados no portal de acesso da BVS contemplaram os descritores já citados e sua coleta está representada na tabela abaixo:

Tabela – Artigos aproveitados para a construção do estudo.

SITES BVS	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS FILTRADOS	ARTIGOS APROVEITADOS
LILACS	195	28	13 ¹
SciELO	40	14	3 ²
BDENF	70	14	0 ³
MEDLINE	Não gerou resultados		
TOTAL			16 artigos

Fonte: criada pela autora

¹ Os artigos excluídos não possuíam o livre acesso na internet.

² Os artigos excluídos eram repetidos ou tinham acesso bloqueado na internet.

³ Os artigos excluídos eram repetidos; já haviam sido coletados.

4.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi contemplada pelas leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, propostas por Gil (2007) e já citadas anteriormente. A leitura exploratória objetiva verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa. Esta pode ser feita mediante leitura de folha de rosto, índice, bibliografia e notas de rodapé. A leitura seletiva é de natureza crítica e determina de fato que

material interessa à pesquisa; para selecioná-lo, o autor deve ter em mente os objetivos.

A leitura analítica, por sua vez, é de natureza objetiva e analisa os textos selecionados como definitivos com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes. Por fim, a leitura interpretativa visa conferir o significado mais amplo dos dados; o pesquisador vai além deles e os relaciona com conhecimentos já obtidos.

O aspecto analítico desta pesquisa foi fundamentado na análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), a qual afirma que as diferentes fases da análise de conteúdo de um trabalho organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

- 1) a pré-análise;
- 2) a exploração do material;
- 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização, a qual objetiva tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais num plano de análise. Essa fase procura estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Dessa forma, pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa. Posteriormente, ocorre a escolha dos documentos, os quais serão submetidos a procedimentos analíticos, sendo selecionados por critérios como: exaustividade na busca de dados, homogeneidade e pertinência do assunto quanto aos objetivos. Ainda nesta etapa, ocorre a formulação das hipóteses que devem ser verificadas através da pesquisa e, também, a preparação do material para a análise propriamente dita (BARDIN, 2004), conforme ocorreu neste estudo.

A exploração do material consiste essencialmente de operações de codificação e enumeração, em função de regras previamente formuladas, ou seja, a análise se organizará em torno de um processo de categorização. Reforçando, Bardin (2004) afirma que classificar elementos em categorias impõe a investigação daquilo que cada um deles têm em comum com os outros, o que permitirá seu agrupamento.

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos constituem a última fase da análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Com base no que foi exposto acima, o presente estudo seguiu em formato de monografia. Nesta perspectiva, seguindo a metodologia proposta, os textos e dados colhidos foram selecionados por meio dos critérios de inclusão e foram reavaliados mediante uma leitura analítica, com a qual se pretendeu levantar os pontos definitivos em relação ao assunto abordado, organizá-los, interpretá-los, desenvolvê-los e refletir sobre eles; relacionando-os com a temática da pesquisa e com as vivências da autora.

O critério de categorização escolhido foi o semântico, logo, as fontes que apresentaram o mesmo contexto ou idéia, foram agrupadas na redação e categorizadas pela temática.

4.5 Considerações Éticas

As questões éticas foram preservadas na medida em que todos os autores consultados foram devidamente referenciados no texto.

5 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Levando-se em conta os objetivos do estudo vigente, foi categorizado para análise e discussão o conjunto dos dados expressivos que emergiram do recorte dos materiais provenientes da coleta de dados. Portanto, surgiram sete categorias temáticas, aqui discutidas à luz da fundamentação metodológica de Gil e Bardin, já citada anteriormente. A construção das fichas de leitura, conforme o modelo exposto no apêndice A, propiciou a sintetização do assunto e praticidade para a análise.

5.1 A comunicação e sua relevância

A comunicação é instrumento essencial dentro da assistência dedicada ao indivíduo com câncer, conforme demonstrado no contexto deste estudo. Tendo em vista o aumento de novos casos e a crescente mortalidade por esta doença, destaca-se a urgência do aprimoramento dos cuidados não só em nível tecnológico como em nível de humanização.

A comunicação é o elo que permite a formação das relações humanas, possibilitando compreensão mútua e interação. Todo o tipo de comunicação imprime uma marca em cada indivíduo, pois afeta cada um de uma maneira. E a partir dessa interação, cada pessoa manifestará reações diferentes e poderá se conhecer melhor. Reforçando, Braga e Silva (2007) afirmam a sua importância para o nosso crescimento como seres humanos, pois ela faz parte de nossas experiências anteriores e também das adquiridas a cada dia.

Dentro da enfermagem, a comunicação é fundamental para o delineamento da assistência, com vistas a compreender o paciente de forma holística, para que o cuidado seja dispensado de uma maneira individualizada e integral. Stefanelli (1993) coloca de uma forma mais geral ao afirmar que contribui para a excelência da prática da Enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para o paciente, podendo despertar o sentimento de confiança entre paciente e enfermeiro, permitindo que ele experimente a sensação de segurança e satisfação.

Através deste estudo e de minhas experiências como monitora e estudante na disciplina de “Enfermagem no Cuidado ao Adulto II” penso na comunicação como o instrumento chave na consulta dos pacientes oncológicos em tratamento paliativo. Além de possibilitar a construção de um relacionamento, ao atentar para a verbalização e principalmente para os gestos do paciente, podemos saber o que ele verdadeiramente sente, podemos conhecê-lo melhor e direcionar o cuidado de uma maneira que atenda as suas necessidades. Isto tudo melhorará a sua qualidade de vida. Além disso, no desenvolvimento de outras ações mais técnicas, a utilização do comunicado propicia conhecimento, humanização e entendimento às relações; facilitando e aprimorando o desenvolvimento do cuidado.

Com base em minhas vivências e no material analisado, aprendi a considerar mais a comunicação e suas formas verbal e não-verbal, expressas pelos pacientes oncológicos em consultório de cuidados paliativos. Assim, foi possível enumerar aspectos relevantes que apontam para a necessidade de refletir sobre e valorizar as formas comunicativas. Então, compreender o que o paciente comunica, além de aprimorar o delineamento da assistência, é importante para:

- a) conhecer o paciente de fato (entender a sua história, o que ele sente, como encara a doença e a forma como se expressa sobre a doença);
- b) delinear o cuidado ao paciente (ao conhecer o comportamento do paciente, avalia-se a melhor forma de atendê-lo, sabe-se o que fazer para satisfazer as suas necessidades e para tornar a consulta produtiva para ele);
- c) saber como se comunicar com o paciente (conhecer o que se pode dizer e o que deve ser evitado, saber das liberdades e dos excessos na comunicação);
- d) assistir melhor o paciente (as consultas e o atendimento vão melhorando gradativamente, pela experiência adquirida pelo profissional e pelo estabelecimento do vínculo);
- e) o paciente saber que está sendo bem interpretado e bem atendido (para ele reconhecer o retorno assistencial do enfermeiro, o sentimento de reciprocidade e o contato olho no olho);
- f) o paciente seguir com o tratamento (sentindo-se atendido e correspondido, ele retornará; ao contrário, se for ignorado, não desejará estar perto de tal profissional);

- g) o paciente sentir-se melhor (se confiar no enfermeiro, o paciente poderá contar com ele em todos os aspectos, liberar angústias, medos, tensões e sentir-se mais leve);
- h) aumentar o conhecimento e a habilidade do enfermeiro (quanto mais pacientes atender, atentando para o aspecto comunicativo, maior o aprendizado para o profissional em futuras consultas).

5.2 A comunicação verbal

Apesar de o primeiro contato que uma pessoa tem com a outra, geralmente, ser visual, será através das falas que acontecerão as primeiras trocas de informação. Como afirma Ferreira (2006), no ato do cuidar, a interação estabelecida com o cliente emerge das falas. E será na prática do ouvir que as enfermeiras serão essenciais no cuidado, pois dar voz aos clientes, ouvindo-os naquilo que os aflige e respondendo com palavras reconfortantes, é dinâmica do cuidar.

Ouvir e confortar, então, são simples cuidados que podem auxiliar aos indivíduos que se sentem sozinhos ou que precisam desabafar suas angústias; atitudes essas bastante comuns aos pacientes com câncer em tratamento paliativo. Estes pacientes podem enfrentar fases angustiantes nas quais suas verbalizações acontecem através de questionamentos referentes à doença e às situações que ela impõe.

No consultório de Enfermagem em Dor Oncológica, era bastante comum ouvir frases como: “por que isso está acontecendo comigo?”, em referência à doença em si ou ao sofrimento advindo com o tratamento; ou “quando esta ferida vai sarar?”, em referência à lesão cancerosa surgida após uma recidiva. Questionamentos esses, esperados de se escutar de pacientes oncológicos em tratamento paliativo.

Entretanto, uma frase impactante que também foi verificada, uma única vez foi: “quando eu vou me curar?”. Este questionamento, por parte de uma paciente em estágio avançado de um câncer de mama; levou-me a refletir sobre o que havia sido comunicado pela equipe de saúde àquela paciente. Enquanto estudante de enfermagem, essa pergunta pegou-me de surpresa e naquele instante fiquei sem palavras.

Nas consultas seguintes, passei a atentar mais para seus atos e pude perceber que muitos deles não condiziam com a realidade de sua situação: apesar de freqüentar as consultas e ouvir as recomendações voltadas ao seu bem-estar e preservação de sua saúde, ela não seguia o tratamento sugerido, o que mais tarde foi verificado através de seus familiares. Tais atos me despertaram indagações como: em que nível ela conhece a doença que a atinge? Será uma manifestação de negação ou será falta de informação? Houve falha na comunicação? E tais questionamentos foram fundamentais para chamar a minha atenção para a comunicação ou a falta dela, tanto a disponibilizada pela equipe, quanto àquela que o paciente emite.

Além de constituir um dos pilares básicos dos cuidados paliativos (OMS), o emprego adequado da comunicação verbal é uma medida terapêutica comprovadamente eficaz para os pacientes fora de possibilidades de cura. É considerado um importante componente do cuidado no fim da vida, pois pode reduzir o estresse psicológico do paciente à medida que também lhe permite compartilhar o sofrimento (HIGGINSON & CONSTANTINI⁵, 2002, *apud* ARAUJO, SILVA, 2007).

Tendo isso em vista e por acreditar que a comunicação é um instrumento chave para o delineamento da consulta, creio que se a paciente em questão tivesse sido escutada ou até observada melhor, ela teria enfrentado a doença com maior conhecimento e mais disposição. Poderia ter aproveitado a sua vida e vivido melhor todo o tempo, consciente de sua enfermidade. Por ser “percebida” tarde demais não pôde viver com qualidade, o que demonstra a falta de experiência dos profissionais com este tipo de paciente e até mesmo com o lidar com a morte.

Aliás, neste contexto, o ato de conversar é essencial no cuidado, pois mesmo aqueles pacientes que aceitam a doença, sofrem ao enfrentarem o fardo da dor e dos sintomas derivados dos tratamentos. Isso tudo provoca variações no humor, podendo passar da alegria para a tristeza em muito pouco tempo. Assim, conversar com o profissional, além de propiciar esclarecimento e conhecimento, possibilita ao paciente desabafar e aliviar-se de possíveis tormentos.

⁵ HIGGINSON I.; CONSTANTINI M. Communication in end-of-life cancer care: a comparison of team assessment in three European countries. **J Clin Oncol**. 2002; 17 (20): 3674-82.

O diálogo sempre foi muito valorizado pelos pacientes, no consultório da EDO. Eles freqüentemente verbalizavam e demonstravam que as consultas eram terapêuticas por eles encontrarem pessoas amigas para conversar e rir e por sentirem-se amparados, além de esclarecer sobre a doença e o tratamento. Por isso o foco do atendimento estava na satisfação das principais necessidades do doente com a prioridade de melhorar sua vida. Essa prática encontra fundamento na teoria de Henderson, que refere o auxílio da enfermeira nas necessidades básicas do paciente, para que esse possa adquirir autonomia o mais rápido possível ou preparar-se para morrer em paz (FUENTES, 2000).

Araújo e Silva (2007) colocam que, frente a uma doença que traz tanto sofrimento e ameaça à vida, é natural que os doentes evitem falar sobre sua condição.

[...] De modo geral, falar sobre câncer ainda é um problema. Ainda prevalecem, em nossa cultura, crenças e preconceitos sobre o câncer, aliando-o à idéia de terminalidade e sofrimento; mesmo que o prognóstico possa variar de pessoa para pessoa e que nem sempre a enfermidade seja uma doença fatal (MATOS⁶, 1996 *apud* ARAUJO, SILVA, 2007, p. 671).

A partir desses fatos, durante a consulta, faz-se necessário saber valorizar aspectos que agradem ao paciente, mudando a conversa considerada negativa para uma interação positiva. Para tanto, o enfermeiro precisa conhecer cada paciente individualmente: o jeito de ser, os seus valores, o contexto em que vive; assim saberá até que ponto pode chegar no processo comunicativo. O otimismo deve ser cultivado e idéias negativas, relacionadas à morte e à dor devem ser substituídas por idéias que inspirem à busca e ao cumprimento do tratamento.

Araújo e Silva (2007) trazem que o humor é um componente valioso da comunicação e do cuidado compassivo em cuidados paliativos, considerado uma dimensão do cuidado emocional. Contudo, o humor nunca deve ferir a dignidade humana e precisa ser utilizado com muito cuidado e tato em situações de crise, discussões sérias e quando há altos níveis de ansiedade (DEAN & GREGORY⁷, 2004 *apud* ARAUJO, SILVA, 2007).

⁶ MATOS M. J. G. **O ser-no-mundo com câncer** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

⁷ DEAN R. A., GREGORY D. M. **Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation**. *Palliat Support Care*. 2004; 2(2):139-48.

No consultório da EDO, conhecíamos cada paciente de forma integral (valores, cultura, família e contexto em que vive), pois na assistência realizada primava-se por assistir o paciente de forma holística. Esta ação se fundamenta nas idéias de Peplau, que afirmam que cada pessoa pode ser encarada como uma estrutura única e que as manifestações advindas com os valores e idéias pré-concebidas de cada indivíduo, são importantes no processo interpessoal. Ou seja, o enfoque não era dado apenas à doença, mas também era analisada a história de vida do paciente. Logo, dedicávamos parte da consulta a um diálogo mais informal e lúdico, com o qual o paciente geralmente sentia-se à vontade para se expor. Tendo conhecimento dos sentimentos do paciente, era mais fácil de modelar a comunicação.

O enfermeiro ao estabelecer uma relação social com o assistido deve, ultrapassando a superficialidade de um atendimento, promover acolhimento em relação ao que é falado pelo cliente, para facilitar a compreensão ampliada de sua história de vida. Nessa relação, [...] a linguagem verbal, [...] possibilita inter-relação entre os domínios, permitindo avançar na abordagem dos discursos do cotidiano, da cultura e da ciência. (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005, p. 724).

Assim, infere-se que a manutenção da comunicação verbal com o paciente e a sua valorização pelo profissional possibilita um relacionamento terapêutico. Por meio dele, os pacientes podem dizer tudo o que sentem, aliviar suas tensões e angústias e o profissional passa a conhecer o paciente e aprende a melhorar o nível de comunicação para aprimorar a vida dele e para melhorar o próprio conhecimento acerca dos processos comunicativos.

5.3 A comunicação não-verbal

A dimensão não-verbal da comunicação envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, cuja significação está vinculada ao contexto em que ocorrem (STEFANELLI, 1993), pois apenas o movimento do corpo não traduz o significado da mensagem. Assim, um mesmo gesto pode ter diferentes significados nas diversas sociedades (SILVA *et al.*, 2000).

Com isso, infere-se que um determinado gesto emitido pelo mesmo paciente em dois ambientes diferentes, provavelmente não terá o mesmo significado. Como exemplo, pode-se citar que a manifestação do choro dentro de um consultório de enfermagem é diferente de chorar dentro de uma sala de cinema. Por isso, é importante a verificação do contexto em que esses sinais são emitidos.

No contexto dos cuidados paliativos a interação não-verbal é de extrema importância, pois os pacientes oncológicos que seguem este tratamento, utilizam muito a linguagem corporal e outras expressões que não são verbalizadas. Além de impor limitações, a doença pode provocar dor e outros sintomas oriundos do tratamento, e esses, muitas vezes, são percebidos através de sinais, gesticulações e brados de dor; reações que foram verificadas em minhas vivências.

Por serem pacientes próximos da terminalidade, os indivíduos atendidos no consultório da EDO comumente manifestavam, através de sinais não-verbais, estarem atravessando os estágios do processo de morrer, proposto por Kübler-Ross, que são reações normais no indivíduo com risco de vida e em seu familiar. A situação 'câncer em estágio terminal' suscita isso.

O medo, expresso na face pelo olhar arregalado e pela tensão na postura corporal, foi verificado em quase todos os pacientes, por esta doença estar associada à morte. E apesar de ser a última fase da vida, a morte gera medo porque representa o desconhecido. Esse sentimento acompanhava praticamente todos os pacientes que atendi.

Ainda assim, as fases mais identificadas em minhas experiências foram a aceitação, a negação e a depressão, (e serão aqui expostas e exemplificadas). Estes dados vão ao encontro do estudo de Susaki, Silva e Possari (2006) que verificaram, em uma unidade de hematologia, (onde o índice de pacientes fora de possibilidades terapêuticas é elevado), que a manifestação das reações de aceitação, negação e depressão foram as mais freqüentes no comportamento dos pacientes.

Reafirmando, Clark (1997) coloca que as reações do paciente frente ao câncer se apresentam basicamente através do luto, da ansiedade, da depressão e do medo. O luto ainda inclui sentimentos como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Assim, a partir das reações que pode apresentar, cada indivíduo terá um jeito de demonstrá-las e de se comportar, encontrando os meios apropriados (verbais e/ou não verbais) para se expressar.

No consultório, a aceitação pôde ser percebida através da presença do paciente e/ou do seu cuidador em consulta, e pela manifestação de interesses no tratamento e no planejamento dos cuidados. Estes pacientes eram, geralmente, otimistas, com o semblante tranqüilo e costumavam envolver a família no cuidado.

Neste contexto, Inaba, Silva e Telles (2005) verificaram a importância das orientações e do contato direto do enfermeiro com o familiar; ressaltando-se que não é suficiente deixar a família ficar próxima ao paciente, é preciso incluí-la na assistência ao questioná-la, observar suas reações e comportamentos e entender suas emoções.

Tais fatos foram evidenciados na prática, pois na impossibilidade do paciente comparecer ao atendimento por causa do avanço da doença, o seu familiar era estimulado a vir em seu lugar. Assim, o foco da atenção era *cuidar do cuidador para o cuidado* do paciente. Esta é uma prática de inclusão do familiar bastante viável nos serviços de saúde. Além disso, a participação do familiar como o veículo de comunicação para o cuidado representa uma forma de comunicação não-verbal.

Por isso, o profissional de saúde não pode, de maneira alguma, desconsiderar o núcleo no qual o paciente vive. O familiar é muito importante para que se possa entender o paciente e, por essa razão, ajudar na tarefa de reequilíbrio e rearmonização do doente (SILVA, 1996b).

A aceitação, às vezes, pode ser confundida com resignação, que envolve um sentimento de que nada mais pode ser feito, por isso não há sentido em lutar para viver melhor ou impedir a agressividade da doença. A resignação é uma atitude de passividade e, normalmente, este paciente tem manifestações de apatia, está apenas de corpo presente na consulta e não se envolve, conforme foi observado em minhas vivências.

Aliás, às vezes, a apatia era maior no cuidador, devido ao cansaço no acompanhamento aos tratamentos de longa duração realizados pelo paciente e/ou por dificuldades financeiras. Isso mostra a importância de se dedicar o cuidado, também, ao cuidador que, muitas vezes, passa pelos mesmos sofrimentos que o paciente e precisa estar emocionalmente saudável, pois tem o papel importante de suporte do doente.

Outra atitude verificada no consultório da EDO foi a negação, constatada em um estudo de caso por mim realizado e que trouxe especial motivação para a

temática. Esta reação foi notada pela falta de assiduidade da paciente no ambulatório e pelo não seguimento correto das ações de cuidado propostas.

Em consulta, esta paciente mantinha o corpo inclinado para trás, indicando rejeição e recuo, e geralmente assumia uma atitude na qual acreditava que iria se curar; ou, ainda, procurava por uma resposta mais fácil de aceitar. A negação é um mecanismo de defesa que, em seu lado bom, permite tempo para o paciente organizar as suas idéias. Por outro lado, está associada à falta de informação sobre a doença e se não for resolvida logo, o paciente e seu familiar não seguirão o tratamento de forma correta.

A depressão, que é comumente associada à falta de interesse e cooperação para o tratamento, pelas atitudes de apatia, pela falta de atividades e pelo ficar calado (SUSAKI, SILVA, POSSARI, 2006); foi por mim percebida por sinais de passividade e apatia. Durante as consultas, os pacientes ainda apresentavam olhar opaco, denotando desânimo e tristeza. Além disso, a postura corporal encolhida, a cabeça baixa e a quietude demonstravam que o paciente não era atuante, era dominado pela situação. Muitos pacientes atravessaram este caminho, que é negativo considerando o fato da depressão impedir ações imediatas e tomadas de decisões.

Quando atravessam fases como essas duas últimas que foram expostas, se faz necessário que estes pacientes sejam acompanhados por seus familiares, para sentirem-se amparados e menos fragilizados. A companhia, seja de um familiar ou de um vizinho, não deixa de ser uma forma de comunicação, pois há contato olho no olho e há o sentir a presença do outro; às vezes apenas isso é necessário para que o doente sinta-se melhor.

Reforçando, Araújo e Silva (2007) constatam que a companhia, a presença, o estar próximo, também são formas de comunicação interpessoal. A presença é um modo de comunicar-se com o outro à medida que caracteriza a aproximação interpessoal.

Quando a morte é uma ameaça certa, estar desacompanhado causa medo. [...] Se não há o que dizer ou nada mais se pode fazer porque a morte é iminente, a presença compassiva, mesmo que silenciosa, e a companhia que consola e conforta são maneiras sutis, mas de extrema importância para expressar ao paciente que ele é importante e será cuidado até o fim (ARAUJO, SILVA, 2007, p. 673).

Entender cada fase identificada no paciente é importante para orientar ações e comportamentos no relacionamento enfermeiro-paciente, lembrando que não se pode generalizar o cuidado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Principalmente em relação à identificação das fases do processo do morrer, que podem assumir um caráter meramente classificatório caso o enfermeiro não assuma os valores e experiências individuais de cada paciente que estiver sob seu cuidado (SUSAKI, SILVA, POSSARI, 2006).

Além disso, com o apoio familiar e a contribuição da equipe de enfermagem, o paciente pode aprender a enfrentar seus medos e anseios e superar as reações advindas com a descoberta do câncer: medo, depressão, ansiedade, raiva, negação. Vencendo isso, pode partir para o tratamento e possível cura, melhorando sua qualidade de vida e valorizando a sua saúde e bem-estar.

Por apresentar-se de diversas maneiras, as quais às vezes nem percebemos, a atenção à comunicação não-verbal é essencial ao cuidado humano. Resgata a capacidade do profissional de saúde de perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação (SILVA, 1996b). Quanto maior for a capacidade de o enfermeiro decodificar corretamente o não-verbal, maiores serão suas condições de compreendê-lo e de emitir adequadamente estes sinais. (CASTRO, SILVA, 2001).

Quando não ocorre um entendimento, não há como se aplicar os devidos cuidados, logo, se não prestarmos a atenção em cada detalhe singular, não seremos capazes de ajudar terapeuticamente. Por outro lado, quando o profissional consegue compreender não só as palavras, mas os gestos, os olhares e a postura do paciente; encontra-se mais próximo de estabelecer uma comunicação e um retorno de qualidade e cuidados que contemplem o paciente de forma holística, além de contribuir para a excelência da prática da Enfermagem.

5.4 O verbalizado versus o não-verbalizado

A excessiva atenção dada à comunicação verbal faz com que sejamos profundamente desinformados a respeito da linguagem não-verbal e da importância que ela tem em nossos relacionamentos, sejam pessoais ou profissionais (ARAÚJO, SILVA, PUGGINA, 2007, p. 425).

Silva *et al.* (2000) concordam com o supracitado ao afirmarem que, em geral, é atribuída maior relevância à comunicação verbal expressa pela linguagem falada ou escrita; entretanto, o *homo sapiens* sempre se comunicou mesmo que através de grunhidos e gesticulações.

Associar comunicação exclusivamente com verbalização caracteriza uma falha de caráter desmerecedor. Por encararmos as interações pessoais desta maneira, não damos o devido valor ao aspecto não-verbal nos relacionamentos, ou seja, não reparamos que a maior parte do que é transmitido entre duas pessoas não está necessariamente naquilo que é estritamente falado. Afinal, conforme reforçam Araújo, Silva e Puggina (2007), os sinais não-verbais têm efeito cinco vezes maior que as palavras pronunciadas e quando não há coerência entre o que é falado e o que é percebido, as pessoas dão maior importância à mensagem não-verbal e desconsideram o que foi transmitido oralmente.

Não é a toa que dizemos: “um gesto vale mais que mil palavras”, porque enquanto a palavra pode esconder a verdade, o gesto dificilmente enganará, pois a maioria das vezes é inconsciente e demonstra exatamente o que sentimos no momento. Além disso, muitas vezes, a comunicação não-verbal pode modificar o significado da verbal, ou seja, a mensagem verbal será contraditória ao que é expresso pela comunicação não-verbal entre os indivíduos (SILVA *et al.*, 2000).

As pessoas têm controle precaríssimo de suas expressões não-verbais, quase sempre não se importando em conhecer o próprio rosto, não se dando conta de que o outro olha para nossa face o tempo todo (GAIARSA⁸, 1984 *apud* CASTRO, SILVA, 2001). Não percebem que é geralmente através do contato olho no olho que acontece a primeira interação entre os seres humanos.

⁸ GAIARSA, J. A. **O espelho mágico**: um fenômeno social chamado corpo e alma. 12. ed. São Paulo: Summus, 1984.

Por isso a importância de valorizar o processo comunicativo dentro dos relacionamentos e, portanto, dentro da assistência à saúde, especialmente na enfermagem, que se caracteriza por ser uma profissão na qual ocorre uma maior aproximação com o cliente. Muito mais do que ouvir, o contato com o paciente permite ao enfermeiro observar o que ele expressa além das palavras.

Sendo assim, a comunhão entre o verbal e o não-verbal pode oferecer maior qualidade ao relacionamento interpessoal. Esse instrumento é padrão ouro para que se possa conhecer e compreender o ser humano no contexto em que vive, possibilitando a criação de um vínculo gerador de confiança, que trará retorno não só ao paciente, mas ao profissional, o qual conseguirá direcionar os cuidados, contando com a participação ativa do cliente.

5.5 A comunicação como habilidade a ser desenvolvida

A complexidade da linguagem expressa pelo corpo e a dificuldade que os profissionais encontram para interpretá-la aponta para a urgência de se considerar a comunicação como uma habilidade a ser desenvolvida. Em concordância, Braga e Silva (2007) consideram a competência em comunicação interpessoal como uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, sendo ele docente ou atuante em outra atividade da prática do cuidar, e que esta lhe possibilitará um cuidar consciente, verdadeiro e transformador.

A dificuldade de compreensão da linguagem corporal (não-verbal), exposta por Silva *et al.* (2000), destaca a importância desse assunto ser trabalhado desde a formação acadêmica tendo em vista que, diversas vezes, dentro da graduação em Enfermagem, os alunos são ensinados a não demonstrarem seus sentimentos diante de determinadas situações. Entretanto, algumas situações fazem com que essas manifestações não sejam possíveis de controlar.

Essa inibição comportamental influi diretamente no processo comunicativo, prejudicando a manifestação daquilo que realmente sente-se diante de uma situação. Ao aprendermos a calar nossos sentimentos e reações, geramos uma dificuldade em nos comunicarmos com os outros e, isso certamente repercutirá nos relacionamentos interpessoais que iremos desenvolver em âmbito social e

profissional. Afinal, como valorizaremos a comunicação do outro, mais especificamente do paciente, se fomos ensinados a não demonstrar a nossa?

Esses fatos encontram sustentação na teoria de Imogene King, que afirma que o cuidado de enfermagem envolve (e exige) conhecimento e habilidades de comunicação com os indivíduos, buscando alcançar as metas para o cuidado. King não detém sua preocupação apenas sobre o paciente hospitalizado, mas também sobre indivíduos com doenças crônicas e sobre os que precisam de reabilitação. As enfermeiras cuidam de todos esses indivíduos, procurando capacitá-los a utilizar sua habilidade potencial para funcionarem como seres humanos, desenvolvendo-se ao máximo no desempenho de seus papéis cotidianos (KING, 1981).

A trajetória em direção à consciência da importância da linguagem corporal pode modificar este cenário, tornando possível transformar as interações em situações de “troca”, que venham a ser enriquecedoras para os envolvidos no processo de comunicação (SILVA *et al.*, 2000, p. 57).

Silva *et al.* (2000) também questionam se um indivíduo que necessita ocultar os próprios sentimentos e emoções, não se torna, com o passar do tempo, insensível à percepção das manifestações não-verbais expressas por aqueles sob seus cuidados. Infere-se, então, que os sentimentos e emoções tanto do paciente, quanto da enfermeira, não estão sendo adequadamente valorizados durante a interação.

Ferraz⁹ (1991 *apud* JESUS, CUNHA, 1998) afirma que existe uma incoerência entre o discurso e a prática de enfermagem, incluindo os docentes, já que os mesmos enfatizam mais o desenvolvimento da destreza manual do que os aspectos inerentes ao atendimento do homem como um todo. Atendimento esse que requer dos alunos conhecimento de comunicação.

Já no período de estágios acadêmicos, o aluno necessita conscientizar-se da importância de desenvolver sua habilidade de comunicação terapêutica, estimulando o paciente a verbalizar os seus sentimentos (JESUS, CUNHA 1998). Faz-se necessário que a comunicação e suas bases teóricas sejam, não apenas disponibilizadas durante a graduação de enfermagem, mas que sejam trabalhadas e exploradas como extensão educacional; a fim de que o aluno saia da faculdade para

⁹ FERRAZ, A. F. **Análise da comunicação enfermeiro paciente em hospital geral**. São Paulo, 1991. P.106. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

o campo de trabalho com um mínimo de experiência e preparação para lidar com o paciente.

Então, no período de formação, o futuro profissional deve desenvolver a comunicação nos diferentes cenários das práticas curriculares, pois saber identificar e interpretar o comportamento do paciente em relação a sua comunicação verbal e não-verbal, constitui-se em uma das mais importantes habilidades para o profissional de Enfermagem. Esta competência somente será adquirida a partir da vivência do aluno em situações concretas.

Neste particular, o procedimento da Consulta de Enfermagem mostra-se como um cenário ímpar para tal prática. Entretanto, não podemos realizá-la sem conhecer os fundamentos teóricos que as sustentam, através da expressiva produção científica já produzida. Esta posição encontra apoio em vários textos citados no estudo em tela.

Igualmente, há falta de habilidades e conhecimentos por parte de número expressivo de profissionais de enfermagem no que se refere à comunicação com o paciente sem possibilidades de cura. Deste modo, dentre as áreas que requerem maior demanda de conhecimentos no cuidado do paciente sem prognóstico de cura, alguns enfermeiros apontam a comunicação como ponto nevrálgico (MCCAUGHAN & PARAHOO¹⁰, 2000 *apud* ARAUJO, SILVA, 2007).

Então faz-se necessário que o profissional de saúde treine sua capacidade de percepção, uma vez que a rotina e os pequenos problemas do dia a dia fazem com que o mesmo olhe sem ver, escute sem ouvir e toque sem sentir (SILVA, 1996b). E no contexto do cuidado paliativo, o enfermeiro deve possuir os conhecimentos e habilidades de comunicação para decodificar informações essenciais, diminuindo a aflição de quem está morrendo e proporcionando um cuidado de qualidade (SILVA, 1993).

¹⁰ MCCAUGHAN E., PARAHOO K. Medical and surgical nurses perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. **J Clin Nurs**. 2000; 9(3):420-8.

5.6 A comunicação como instrumento do cuidado

Ter atitude comunicativa certamente deve ser uma preocupação por parte dos profissionais que lidam diretamente no seu cotidiano, com a prestação do cuidado. Toda ação comunicativa com responsabilidade ética já é uma forma de cuidado (MOREIRA, BARRETO, 2001, p. 208).

A comunicação, como instrumento do cuidado, é utilizada sempre pelo enfermeiro, mas não é devidamente considerada, pois não é valorizada como uma atividade técnica, como uma venopunção ou uma sondagem, por exemplo. Reforçando, Waldow (1998) coloca que o cuidar é feito com o outro e não é apenas um procedimento, uma intervenção técnica, mas uma relação de ajuda, que envolve respeito, compreensão e o uso do toque de forma mais efetiva. Infere-se que se o cuidado é feito com o outro, a comunicação adequada é fundamental, principalmente no cuidado com os pacientes críticos e terminais.

Além disso, a comunicação permeia todas as técnicas, pois na realização de um procedimento técnico ocorre o envolvimento entre o cuidador e quem é cuidado; então, utiliza-se a comunicação para ser possível a aproximação e a criação de um vínculo com o paciente. Essa atitude qualifica e humaniza o serviço, pois além de manter o paciente esclarecido quanto ao que está sendo feito, ele percebe respeito e coerência na atitude do profissional. Por outro lado, quando é desprovido de envolvimento interpessoal, o trabalho se torna seco e mecânico.

Temos que atentar para a necessária vinculação da comunicação ao cuidado de enfermagem, menos nas técnicas do ato em si, e mais sobre as implicações desta arte na prática do cuidado mesmo (FERREIRA 2006, p. 330).

Mesmo sendo uma ação de ordem primordial no desenvolvimento da consulta de enfermagem, muitas vezes o profissional não explora as diversas facetas da comunicação, no intuito de apenas cumprir uma consulta-padrão. Na realidade, por ser um profissional que cuida de outras pessoas, o seu serviço é muito mais complexo do que desenvolver qualquer técnica, pois é um trabalho destinado ao ser humano em toda sua complexidade.

A linguagem não-verbal, quando é objetivamente captada pelo profissional, reverte, via de regra, no atendimento de algumas das necessidades sentidas pelos

pacientes e na resolução efetiva dos seus problemas. Além disso, destaca-se que os pacientes valorizam estes momentos no todo da assistência e qualificam estes encontros como “cuidado”, o que muitas vezes, as próprias enfermeiras, que os realizam no seu dia-a-dia, não o fazem, e não dão a estes momentos o status devido (FERREIRA, 2006).

Reafirmando este contexto, Ferreira (2006) verifica que a equipe de enfermagem realiza muitos cuidados de ordem expressiva que não são registrados como cuidados, talvez pela cultura que se tem de registrar, somente, o cumprimento das prescrições médicas, dos cuidados técnicos e os resultados destes. Aí não são geradas documentações de tudo o que a enfermagem realiza. Os padrões de interação e todos os cuidados disponibilizados se perdem e ficam “invisíveis” na computação geral da assistência ao cliente.

Para concluir, Araújo e Silva (2007) trazem que no contexto do cuidado paliativo, enquanto atributo essencial do relacionamento interpessoal, a comunicação empática e compassiva foi enfatizada como instrumento que fornece suporte e sustento para a pessoa frente à terminalidade. A utilização da comunicação como instrumento na assistência, por já ser considerada pelo paciente como um importante cuidado que atende as necessidades básicas dele; merece receber a mesma consideração e valorização no meio profissional.

5.7 A comunicação almejada pelo paciente

Por ser um elo que possibilita a construção dos relacionamentos humanos, e pelo fato desta interação envolver necessariamente duas pessoas, a comunicação não ocorre apenas em um sentido, ela é bidirecional. Ou seja, na relação terapêutica, não é só o enfermeiro que ouve e que observa as manifestações expressas pelo paciente. Existe o outro lado, afinal o paciente também almeja que a comunicação do enfermeiro seja compreensível, que aborde assuntos a ele direcionados e que ele informe e, acima de tudo, esclareça sendo verdadeiro.

Aliás, o enfermeiro também utiliza a linguagem não-verbal no atendimento, podendo ser um elemento facilitador na interação ou complicador, quando ocorre a contradição entre o que é falado e o que é gesticulado. O último caso pode gerar

uma interpretação dupla ou distorcida por parte do paciente que recebe a mensagem. Por isso, o enfermeiro deve estar consciente de que também revela emoções e está sendo observado pelo usuário durante as interações; que, ao contrário de reprimi-las, deve usá-las de modo a facilitar a interação (CASTRO, SILVA, 2001).

A percepção correta e consciente da comunicação não-verbal habilita-nos na leitura da coerência das mensagens recebidas e nos alerta para a coerência das mensagens enviadas. Quanto maior for a capacidade do enfermeiro decodificar o não-verbal, maiores serão suas condições de compreendê-lo e de emitir adequadamente estes sinais (SILVA, 1996b, p.30).

Ferreira (2006) coloca que a qualidade da comunicação estabelecida pelo enfermeiro no cuidado com o cliente reflete-se nas suas atitudes, padrões de reações e participação no seu tratamento, implicando na eficácia de tais cuidados na recuperação da sua saúde e/ou readaptação a uma nova condição de vida. Infere-se que o modo como o enfermeiro se comunica pode resultar num bom ou mau seguimento dos cuidados propostos pelo profissional, o que necessariamente refletirá numa melhora ou piora da condição de saúde.

Reforçando, o paciente, ao perceber que o enfermeiro está compreendendo o que ele expressa no atendimento, sentir-se-á valorizado e mais confiante para seguir com o tratamento. Com a confiança estabelecida, ele acreditará nos cuidados a ele dispensados e desejará envolver-se na satisfação de suas necessidades básicas, deixando de ser apenas um paciente que, passivamente, recebe recomendações, para ser o protagonista de seu cuidado. Isso tudo reflete numa melhor qualidade de vida. Essa constatação encontra fundamento na Teoria do Autocuidado de Orem, citada anteriormente, a qual reforça a participação ativa das pessoas no cuidado de sua saúde, como responsáveis das decisões que condicionam sua situação, concordando completamente com a finalidade da promoção da saúde, ou seja, sendo protagonistas da própria saúde (GEORGE, 2000).

Araújo, Silva e Puggina (2007) constataram o que ocorre quando a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente não é terapêutica. Há situações em que a expressão do eu para o outro se dá através de palavras, atitudes e mensagens mal construídas que podem ferir ou entorpecer o paciente. Isso resulta em hostilidade contra o mensageiro, na exclusão do paciente de um compromisso terapêutico e compromete a formação do vínculo necessário ao

processo de cuidar. Deste modo, uma interação que deveria ser terapêutica pode ter efeito inverso e tornar-se iatrogênica.

Então, ainda dentro da comunicação processada pelos profissionais, Araújo e Silva (2007), verificaram que no encontro com o enfermeiro, os pacientes oncológicos em cuidados paliativos valorizam a comunicação verbal e não-verbal estabelecida, o respeito ao desejo de não falarem todo o tempo sobre a doença e a manutenção do otimismo e da alegria por parte dos profissionais. A conservação do bom humor e da alegria, caracterizados por expressões verbais, faciais e risadas, é vista como alívio para a tensão no contexto da dor e do sofrimento.

Com isso, infere-se o quão importante é a construção de um relacionamento no qual haja a troca e a fixação de olhares, o toque e o sorriso, como demonstração de confiança; bem como o estabelecimento de diálogos motivacionais e otimistas com o paciente, o qual não quer sempre tocar no assunto “doença”. Mesmo para indivíduos que há muito convivem com o câncer, esta enfermidade carrega uma conotação negativa; sendo assim, nos momentos em que são assistidos, tudo aquilo que eles desejam é sentir-se bem, em boa companhia e num ambiente seguro e que inspire confiança.

Para os pacientes sob cuidados paliativos, o relacionamento humano é a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis. Expressões de compaixão e afeto na relação com o outro trazem a certeza de que somos parte importante de um conjunto, o que traz sensação de consolo e realização, além de paz interior (HAWTHORNE & YURKOVICH¹¹, 2003 *apud* ARAÚJO, SILVA, 2007, p. 670).

Neste contexto, fica claro que, para o paciente, é importante o modo como o enfermeiro se comunica e como ele desdobra o atendimento. Com isso em vista, o profissional, além de atentar para o comportamento do paciente, deve voltar o olhar para si mesmo e descobrir as melhores maneiras de se comunicar e de criar um vínculo que inspire confiança e estabeleça efetividade nos cuidados, em vistas de atender as necessidades do doente. Quando isso acontece, o profissional passa a se conhecer melhor e adquire habilidades comunicativas com suas experiências.

¹¹ HAWTHORNE D. L.; YURKOVICH N. J. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. **Palliat Support Care**. 2003; 1 (3): 261-5.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, apesar de sua limitação relativa à obtenção de quantidade suficiente de material focando a área de atendimento em consulta de enfermagem ambulatorial, buscou demonstrar a importância da utilização da comunicação como instrumento de padrão ouro para o desenvolvimento e eficácia da consulta de enfermagem.

Dos dados revisados, a grande maioria se deu em âmbito de internação hospitalar, sob a ótica dos profissionais de enfermagem, o que demonstra a carência de material na área da consulta de enfermagem. Contudo, o assunto em questão, a comunicação verbal e não-verbal, é a pauta em voga atualmente, tendo em vista a grande quantidade de material encontrado e a relevância que o tema “comunicação” está tendo no âmbito da saúde.

Diante do que foi exposto, pondera-se que a bibliografia consultada demonstrou claramente a importância da comunicação como fator imprescindível para o atendimento do paciente em sua inteireza e para aprimorar o cuidado a ele dispensado. A comunicação verbal evidenciou ser terapêutica no ato da escuta, para aliviar as tensões do paciente; e como elemento confortador, na medida em que se pode criar um diálogo de intenção otimista e com humor. Tais fatores, quando bem elaborados pelo enfermeiro, proporcionam maior habilidade comunicativa para esse profissional.

A comunicação não-verbal foi avaliada como essencial por estar inserida no contexto do paciente oncológico em fim de vida, que muitas vezes demonstra suas dores e seus sentimentos através da expressão corporal. Nesse aspecto, a família, além de proporcionar amparo, demonstrou ter papel importante na veiculação da comunicação do paciente. Com isso mostrou-se relevante assistir a família e inseri-la no cuidado.

O ‘estar próximo’ demonstrou ser uma eficaz forma de comunicação interpessoal, em especial para os pacientes diante da morte, que necessitam de amparo. Além disso, foi possível concluir que atentar ao não-verbal resgata a capacidade do enfermeiro de perceber as dificuldades de verbalização do paciente para a oferta de um cuidado mais holístico, para potencializar a própria comunicação do enfermeiro e para a excelência da prática da enfermagem.

Ainda, constatou-se possíveis interpretações equivocadas a respeito da comunicação não-verbal, no sentido de não ser tão valorizada quanto a verbal; mesmo sabendo-se que a maior parte do que se transmite é através do não-verbal e que essa linguagem tem maior impacto na interação. Verificou-se, então, que a comunhão entre o verbal e o não-verbal pode oferecer maior qualidade ao relacionamento interpessoal.

Averiguou-se que o fato dos estudantes de enfermagem serem ensinados a ocultar o que sentem, durante o período acadêmico, bem como a incompreensão, por parte do profissional, do que é expresso pelo paciente, refletem na urgência de se considerar a comunicação como uma habilidade a ser adquirida, tanto durante a graduação quanto depois, como uma atividade de extensão. A habilitação do enfermeiro nesse aspecto, desenvolvendo esta competência em diferentes cenários de prática, como na consulta de enfermagem, possibilitaria compreender o paciente, diminuindo a sua aflição e proporcionando um cuidado de qualidade.

Constatou-se que mesmo sendo um cuidado de ordem expressiva e muito valorizado pelos pacientes, a comunicação não recebe o devido status por parte dos profissionais. Ainda assim é enfatizada como suporte e sustento ao paciente em fase terminal, pois é um instrumento que qualifica e humaniza o serviço, por permear todas as técnicas direcionadas a esses pacientes.

Por derradeiro, verificou-se que, para o paciente oncológico em cuidados paliativos, o modo como o enfermeiro se comunica e estabelece o atendimento também é importante. Os pacientes valorizam a comunicação verbal e não-verbal estabelecida, o respeito ao desejo de não falarem sobre a doença e a manutenção do otimismo e da alegria por parte dos profissionais. Entretanto deve-se atentar ao modo como se comunica, pois às vezes a relação pode não ser terapêutica. Ressaltou-se, afinal, a necessidade do enfermeiro olhar para si e descobrir as melhores maneiras de se comunicar para aprimorar as próprias habilidades.

A despeito da importância da comunicação, exposta na redação deste estudo e respaldada pela grande quantidade de material que aborda o valor da comunicação verbal e não-verbal, a habilidade comunicativa é pouco considerada e pouco treinada. Essa constatação aponta para a necessidade de que se crie um instrumento no qual o profissional possa se apoiar para aprimorar as suas habilidades comunicativas.

É preciso que estas idéias saiam do papel, e se projetem na prática. Para que tal realização seja possível, sugere-se e incentiva-se a produção de mais pesquisas nesta temática. Além disso, almeja-se a publicação desta pesquisa em revistas de enfermagem possibilitando a reflexão dos profissionais sobre a temática desenvolvida e acerca das idéias que surgiram e que foram expostas na discussão deste estudo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.

_____. SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, out. – dez., 2007.

BRASIL. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. **Lei nº. 7.498**, de 25 de junho de 1986. *In*: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação. Leis. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/leis/l7498.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995.

CARVALHO, M. V. B.; MERIGHI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer com dignidade. *In*: PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

CASTRO, R. C. B. R.; SILVA, M. J. P. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 80-87, jan. 2001.

CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica**: um currículo básico. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DÓRO, M. P. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Curitiba, v. 24, n. 2, p. 120-134, 2003.

FERRÃO, C. Aspectos psíquicos do paciente com câncer. **Portal do Psicólogo**. Paraná, 2003. Disponível em: <http://www.portaldopsicologo.com.br/publicacoes/publicacoes_19.htm>. Acesso em: 28 ago. 2007.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 327-330, maio – jun. 2006.

FITCH, M. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. *In: PIMENTA, C. A. M. et al. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.* São Paulo: Manole, 2006.

FUENTES, J. R. D. Teorías de enfermería. **Cuidados de enfermería.** Espanha, 2000. Disponível em: <<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>>. Acesso em: 1 maio, 2007.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

JESUS, M. C. P.; CUNHA, M. H. F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 15-25, jan. 1998.

KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process.** New York: Wiley Medical Publications, 1981.

KOVÁCS, M. J. Comunicação em cuidados paliativos. *In: PIMENTA, C. A. M. et al. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.* São Paulo: Manole, 2006.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 723-728, set. – out. 2005.

MOREIRA R. V. O. *et al.* Relacionamento interpessoal em enfermagem: Habermas e Peplau. *In: MOREIRA R. V. O., BARRETO J. A. E. A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano.* Fortaleza (CE): Casa de José de Alencar, 2001.

PAZIN FILHO, A. Interação com a platéia. **Medicina,** Ribeirão Preto, v. 40, n. 1, p. 42-50, 2007.

POLLOCK, R. E. *et al.* **Manual de oncologia clínica da UICC.** 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

ROSA, L. M. *et al.* A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. **Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 12, n. 4, p. 487-493, out. - dez. 2007.

SECPAL - Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos & el movimiento hospice. Granada, 2002. Disponível em: <<http://www.secpal.com/index.php>>. Acesso em: 1 jun. 2008.

SILVA, L. M. G. *et al.* Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, ago. 2000.

SILVA, M. J. P. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. especial, p. 25–37, abr. 1996a.

_____. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4. ed. São Paulo: Gente, 1996b.

_____. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros**. 1993. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____. Percebendo o ser humano além da doença: o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 41, p. 14-20, 2001.

SIMONTON, S. M. **A família e a cura**: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, v. 1.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.

_____. CARVALHO, E. C., ARANTES E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem**. Barueri (SP): Manole; 2005.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 144 -149, 2006.

TASCA, A. M. *et al.* **Cuidado ambulatorial**: consulta de enfermagem e grupos. Rio de Janeiro: EPUB, 2006.

VON HOONHOLTZ, S. Ações do enfermeiro: assistência e cuidados ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico. *In*: GUIMARÃES, J. L. M.; ROSA, D. D. **Rotinas em oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO definition of palliative care**. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Acesso em: 2 abr. 2008.

ZANCHETTA, M. S. **Enfermagem em cancerologia**: prioridades e objetivos assistenciais. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

APÊNDICE A – Modelo de ficha de leitura

- OBRA: - ANO:	- AUTOR(ES):
- PÁGINAS:	- INDICAÇÃO DO TEXTO:
- RESUMO: * Idéia central * Metodologia * Conclusões / Resultados * Principal Enfoque	