



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

**LÍDIA SAMANTHA ALVES DE BRITO**

**COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO  
PACIENTE ONCOLÓGICO**

CRATO

2016

**LÍDIA SAMANTHA ALVES DE BRITO**

**COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO  
PACIENTE ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Cuidado de Enfermagem e Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Cuidado de Enfermagem e saúde nas diferentes fases do ciclo vital.

**Eixo Temático:** Cuidado de Enfermagem no contexto da promoção, prevenção e tratamento do câncer nas diferentes fases do ciclo vital.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vitória de Cássia Félix Rebouças.

CRATO

2016

**LÍDIA SAMANTHA ALVES DE BRITO**

**COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO  
PACIENTE ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Apresentada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conceito obtido: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Vitória de Cássia Félix Rebouças  
Universidade Regional do Cariri  
*Orientadora*

---

Profa. Dra. Ana Maria Parente Garcia Alencar  
Universidade Regional do Cariri  
*1º Membro*

---

Prof. Dr. Modesto Leite Rolim Neto  
Universidade Federal do Cariri  
*2ª Membro*

---

Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes  
Universidade Estadual do Ceará  
*Membro Suplente*

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai, Elias Pereira de Brito (*In Memoriam*), meu amigo, meu porto seguro, meu exemplo de determinação e coragem, e quem tanto me incentivou nos estudos durante toda a minha vida, mas que partiu para perto de Deus antes de ver a pesquisa concluída.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve presente e me deu forças diante das inúmeras dificuldades que encontrei nessa jornada.

Aos meus pais, Elias Pereira de Brito (*in memoriam*) e Cícera Alves de Brito, pelo amor incondicional, por me ensinarem o caminho correto, pela força, pelo apoio e pelo carinho durante a minha caminhada. Vocês me deram força nos momentos mais difíceis da nossa família, e a minha vitória é também de vocês.

Aos meus irmãos, Cícero Hércules Alves de Brito e Érika Samara Alves de Brito, por serem meus melhores amigos, por me apoiarem durante todo o caminho, e pela ajuda para enfrentar a realização da pesquisa, mesmo diante do falecimento do nosso pai. A união e força de vocês me ajudaram de forma peculiar.

Ao meu noivo, Wesley Cruz Cortez, pelo companheirismo durante a minha trajetória, por me dar forças nos dias tristes, por ser meu consolo nos dias de desânimo, por enxugar minhas lágrimas, pela compreensão da minha ausência em diversos momentos importantes, pelo incentivo para a realização da pesquisa, e pela ajuda nesse caminho.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Vitória de Cássia Félix Rebouças, pelo apoio durante toda a minha trajetória, pela amizade e compreensão nos momentos em que tive que me ausentar, por me consolar durante os problemas enfrentados, por me dar força nos meus desânimos, por compartilhar seus conhecimentos, e por me incentivar na realização da pesquisa. Você contribuiu muito para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha querida coorientadora Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado, pelo empenho e apoio durante a minha jornada, e por compartilhar seus conhecimentos.

Aos meus tios, Lúcia Lucena e Gilberto Martins, pelo apoio e torcida durante toda a minha caminhada.

Aos meus sogros, William Cortez e Maria Zeneide, pela dedicação e apoio durante todo o meu caminho.

Às minhas amigas de infância, Monaliza, Tamirys, Aiane, Dâmares, Ellen, Anne, Karla, Jaqueline, e Williana pelo apoio e pela compreensão da minha ausência em muitos momentos de suas vidas.

Aos meus amigos Ivonete, Niusete, Janeily, Joedson, Jamile Teliane, Maxsuel, Narcélio, Lucinária, Fernanda, Izadora, Raquel, Maxwel, e Jamile, pela ajuda durante a minha jornada e pelo apoio nas situações difíceis.

Às minhas amigas do mestrado, Aline, Rhavena, Daiana, Alieren, Itamara, Samara, Jaqueline, Amanda, Eugênia, e Lívia, pela amizade e pela união da nossa turma.

Às minhas amigas Aline, Rhavena e Daiana. Estudamos juntas para a seleção do mestrado e hoje estamos juntas concretizando esse sonho.

Às bolsistas Wédila e Andreza pela ajuda na construção da dissertação.

Aos meus professores do mestrado, Célida, Ana Maria, Karla, Glauberto, Vitória, Germano, Corina, Fátima Antero, Socorro Vieira, e Evanira pela dedicação ao curso, pelo apoio à primeira turma de mestrado em Enfermagem da Universidade, e pelos valiosos ensinamentos.

À funcionária da Secretaria do Curso de Mestrado em Enfermagem, na pessoa da Vivi, pelo companheirismo e dedicação com a nossa turma, pela paciência, atenção e eficiência no atendimento.

Às enfermeiras que participaram deste estudo, que contribuíram com suas experiências durante a assistência de enfermagem.

Aos profissionais do Hospital e Maternidade São Vicente de Paula, por terem me recebido de forma acolhedora e por fazerem um trabalho exemplar com os pacientes e suas famílias.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, por me agraciar com bolsa de estudos.

Meu muito obrigada!

*“A palavra, o olhar, o gesto ou mesmo o silêncio podem ser mais cortantes que o mais afiado bisturi ou mais analgésicos que o mais potente entorpecente.”*

Perdicaris

## RESUMO

BRITO, Lídia Samantha de. **Comunicação terapêutica no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico**. 2016. 149f. Dissertação (Mestrado Acadêmico de Enfermagem) - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Universidade Regional do Cariri. 2016.

O objetivo do estudo é compreender o processo de comunicação que se desenvolve em âmbito hospitalar, no cuidado de enfermeiros a pacientes oncológicos à luz de referencial da Comunicação Terapêutica. Realizou-se um estudo descritivo de natureza compreensiva, na cidade de Barbalha - CE, em um hospital de referência para o tratamento oncológico. Como critérios de inclusão dos participantes, definiram-se os seguintes: ser enfermeiro/a lotado/a no setor da oncologia da instituição há pelo menos seis meses. Foram excluídos os enfermeiros que não estivessem em pleno exercício de suas funções durante a coleta de dados por férias ou licença de qualquer natureza, ou que não estivessem presentes nos dias disponibilizados pela pesquisadora para a coleta de dados. Os participantes da pesquisa foram quatro enfermeiros atuantes na assistência a pacientes oncológicos no referido hospital. Foram utilizados três métodos de coleta de dados: observação, entrevista e registro das informações em diário de campo. As informações provenientes da coleta de dados foram analisadas de acordo com o referencial teórico da Comunicação Terapêutica, buscando-se identificar e compreender a ausência ou a presença dos elementos selecionados para este estudo acerca da comunicação terapêutica. O estudo atendeu aos requisitos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, presentes na Resolução 466 /12 do Conselho Nacional de Saúde, e tem o parecer favorável com o número 974.825. Percebeu-se com o estudo que mesmo com a presença de atendimentos diferentes em todos os setores quanto aos elementos da comunicação terapêutica investigados, as enfermeiras tiveram tendência à comunicação terapêutica. No entanto, tal fato não pode ser visto apenas como positivo, uma vez que muitos itens ainda estiveram ausentes ou presentes, e que distanciam o atendimento da comunicação terapêutica e, além disso, tal comunicação não foi citada nas entrevistas, sendo que o conhecimento de seus conceitos e habilidades é necessário para um cuidado com o paciente oncológico holístico e humanizado. Salienta-se a necessidade da realização de mais pesquisas acerca da comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes portadores de câncer em todos os serviços oncológicos, tanto pela importância da temática, como pela escassez na literatura de trabalhos dessa natureza. Desse modo, visto a importância da utilização de comunicação terapêutica na assistência ao paciente e os benefícios oriundos de sua utilização, principalmente ao paciente oncológico, os resultados do estudo trazem reflexões acerca da necessidade de sua utilização na oncologia.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Oncologia; Comunicação



## ABSTRACT

BRITO, Lídia Samantha de. **Therapeutic communication in nursing care to cancer patients..** 2016. 149p. Dissertation (Academic Master of Nursing) - Dean of Research and Graduate Studies. Regional University of Cariri. 2016.

The aim of the study is to understand the communication process that develops in the hospital environment, in the care of nurses to oncology patients in the light of Therapeutic Communication reference. We conducted a descriptive study of understanding nature, in the city of Barbalha - CE, in a reference hospital for cancer treatment. As inclusion criteria of the participants, the following defined themselves: being a nurse / a crowded / a in the institution oncology sector for at least six months. nurses were excluded who were not in full exercise of their functions during data collection for holiday or license of any kind, or who were not present in the days available by the researcher to collect data. The participants were four nurses working in the care of cancer patients in that hospital. We used three data collection methods: observation, interview and record information in a field diary. Data from data collection were analyzed according to the theoretical framework of Therapeutic Communication, seeking to identify and understand the absence or presence of elements selected for this study on the therapeutic communication. The study met the requirements of the guidelines and regulatory standards for research involving human beings, of Resolution 466/12 of the National Health Council, and have the assent to the number 974825. He realized with the study that even with the presence of different calls in all sectors as the elements of therapeutic communication investigated, nurses tended to therapeutic communication. However this fact can not only be seen as positive, since many items still were absent or present and distance care of therapeutic communication, and, in addition, this communication was not mentioned in the interviews, and the knowledge of their concepts and skills is needed for a care with holistic and humanized cancer patients. It emphasizes the need for further research about the therapeutic communication between nurses and cancer patients in all cancer services both the importance of this topic as the shortage in the literature work of this nature. Thus, given the importance of using therapeutic communication in patient care and the benefits arising from their use, especially to cancer patients, study results bring reflections on the need for its use in oncology.

Key Words: Nursing Care; Medical Oncology; Communication

## LISTA DE QUADROS

	p.
<u>Quadro 1</u> – Título do artigo, país de origem, objetivo principal e base de dados dos estudos Crato, 2016.....	41
<u>Quadro 2</u> – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E1. Barbalha, 2016.....	63
<u>Quadro 3</u> – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E2. Barbalha, 2016.....	64
<u>Quadro 4</u> – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E3. Barbalha, 2016.....	65
<u>Quadro 5</u> – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E4. Barbalha, 2016.....	66
<u>Quadro 6</u> – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E1. Barbalha, 2016.....	68
<u>Quadro 7</u> – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E2. Barbalha, 2016.....	69
<u>Quadro 8</u> – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E3. Barbalha, 2016.....	71
<u>Quadro 9</u> – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E4. Barbalha, 2016.....	73
<u>Quadro 10</u> – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E1. Barbalha, 2016.....	76
<u>Quadro 11</u> – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E2. Barbalha, 2016.....	77
<u>Quadro 12</u> – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E3. Barbalha, 2016.....	79
<u>Quadro 13</u> – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E4. Barbalha, 2016.....	80
<u>Quadro 14</u> – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões na comunicação de E1. Barbalha, 2016.....	83
<u>Quadro 15</u> – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões na comunicação de E2. Barbalha, 2016.....	83
<u>Quadro 16</u> – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em	

suas Reflexões na comunicação de E3. Barbalha, 2016.....	85
<u>Quadro 17</u> – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em	
suas Reflexões na comunicação de E4. Barbalha, 2016.....	86

## LISTA DE FIGURAS

	p.
<u>Figura 1</u> – Digrama representativo do processo de seleção de artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO, IBECs, BDEF, THE COCHRANE LIBRARY PUBMED sobre estudos de comunicação realizados na oncologia. Crato, 2016.....	41
<u>Figura 2</u> – Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos APPV no Setor de Quimioterapia. Barbalha, 2016.....	89
<u>Figura 3</u> - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos APAR no Setor de Quimioterapia. Barbalha, 2016.....	90
<u>Figura 4</u> - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos AAP no Setor de Internação Oncológica. Barbalha, 2016.....	91
<u>Figura 5</u> - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos AAR no Setor de Internação Oncológica. Barbalha, 2016.....	92

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Atendimento para Alta do Paciente
AAR	Atendimento de Atividades Rotineiras
APAR	Atendimento ao Paciente em Atividades Rotineiras
APPV	Atendimento ao Paciente de Primeira Vez
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CST	<i>Communication Skills Training</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMSVP	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PUBMED	US National Library of Medicine
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SISREG/SUS	Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde
SPIKES	<i>Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCA	Universidade Federal do Cariri
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URCA	Universidade Regional do Cariri
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>27</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 Considerações gerais sobre a temática</b> .....	<b>28</b>
3.1.1 Comunicação .....	28
3.1.1.1 Comunicação verbal.....	32
3.1.1.2 Comunicação não verbal.....	33
3.1.2 Comunicação em saúde.....	34
3.1.3 Comunicação em enfermagem.....	37
<b>3.2 Estado da Arte</b> .....	<b>40</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO</b> .....	<b>49</b>
<b>4.1 Referencial Teórico</b> .....	<b>49</b>
4.1.1 Empatia.....	50
4.1.2 Respeito.....	51
4.1.3 Escuta receptiva.....	51
4.1.4 Acompanhamento do paciente em suas reflexões.....	52
<b>4.2 Procedimentos metodológicos</b> .....	<b>52</b>
4.2.1 Tipo de estudo.....	52
4.2.2 Período de realização da pesquisa.....	53
4.2.3 Local do estudo.....	53
4.2.4 Participantes da pesquisa.....	54
4.2.5 Coleta de dados.....	55
4.2.5.1 Etapa 1: Observação.....	56
4.2.5.2 Etapa 2: Entrevista.....	58
4.2.5.3 Etapa 3: Registro de informações no Diário de Campo.....	58
4.2.6 Análise dos dados.....	58
4.2.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	59
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>60</b>
<b>5.1 Peculiaridades do cenário do estudo</b> .....	<b>60</b>

<b>5.2 Características dos sujeitos</b> .....	<b>61</b>
<b>5.3 Aspectos da comunicação terapêutica</b> .....	<b>62</b>
5.3.1 Elemento Empatia.....	62
5.3.1.1 Setor de Quimioterapia.....	63
5.3.1.2 Setor de Internação Oncológica.....	65
5.3.2 Elemento Respeito.....	67
5.3.2.1 Setor de Quimioterapia.....	68
5.3.2.2 Setor de Internação Oncológica.....	71
5.3.3 Elemento Escuta Receptiva.....	75
5.3.3.1 Setor de Quimioterapia.....	76
5.3.3.2 Setor de Internação Oncológica.....	79
5.3.4 Elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões.....	82
5.3.4.1 Setor de Quimioterapia.....	82
5.3.4.2 Setor de Internação Oncológica.....	85
<b>5.4 Síntese dos elementos da comunicação terapêutica</b> .....	<b>89</b>
5.4.1 APPV no Setor de Quimioterapia.....	89
5.4.2 APAR no Setor de Quimioterapia.....	90
5.4.3 AAP no Setor de Internação Oncológica.....	91
5.4.4 AAR no Setor de Internação Oncológica.....	92
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>93</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>105</b>
APÊNDICES.....	116
APÊNDICE A – Roteiro para Observação da Comunicação Terapêutica na Assistência de Enfermagem Oncológica.....	117
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	121
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	122
APÊNDICE D – Termo de consentimento pós-esclarecido.....	124
APÊNDICE E – Diário de campo de E1 no APPV.....	125
APÊNDICE F – Diário de campo de E1 no APAR.....	128
APÊNDICE G – Diário de campo de E2 no APPV.....	130
APÊNDICE H – Diário de campo de E2 no APAR.....	131
APÊNDICE I – Diário de campo de E3 no AAP.....	133

APÊNDICE J – Diário de campo de E3 no AAR.....	135
APÊNDICE K – Diário de campo de E4 no APP.....	136
APÊNDICE L – Diário de campo de E4 no AAR.....	142
ANEXOS.....	145
ANEXO A - Pedido de autorização.....	146
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	147



## APRESENTAÇÃO

No ano de 2010, ingressei na qualidade de bolsista de graduação, no Programa de Educação Tutorial (PET) em enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA) e fui direcionada a adensar o meu conhecimento acerca de algumas temáticas no âmbito da enfermagem, sendo uma delas a comunicação nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, como as assistenciais, de ensino e de pesquisa. Este adensamento foi possível mediante reflexão sobre livros que abordavam a temática, leitura de artigos da literatura científica nacional e internacional, participação em congressos científicos, e por conversas com especialistas na área em eventos organizados pelo programa. Tais ações estavam contempladas no plano de atividades elaborado pela tutora do PET, por ocasião da implantação do mesmo, e eram executadas pelas bolsistas.

Com esse conhecimento advindo da participação no PET - Enfermagem/URCA comecei durante a vivência acadêmica nos estágios curriculares a observar e refletir sobre a importância do processo comunicativo entre o paciente e o profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, por este se constituir um elemento chave na realização do cuidado. E nessa atividade de observação e reflexão sobre a temática, percebi que mesmo a comunicação sendo um componente essencial para uma prestação de serviços de qualidade e algo tão intrínseco ao ser humano, aconteciam algumas fragilidades no processo realizado pelos enfermeiros, como a utilização da comunicação limitada à transmissão de informações sobre as doenças e tratamentos, a verbalização de forma incoerente com a comunicação não verbal, ou até mesmo a falta do processo comunicativo em momentos relevantes, dentre outros, que findavam por causar prejuízos à assistência de enfermagem, repercutindo de forma negativa no paciente.

Tais aspectos foram essenciais para me instigarem a pesquisar sobre o tema e, no último semestre da graduação, em que é realizado o trabalho de conclusão de curso, optei desenvolver uma pesquisa sobre a temática. No intuito de investigar se o que eu havia observado durante os estágios curriculares concordavam ou não com a literatura científica nacional, desenvolvi a monografia. Com a realização desse estudo, identifiquei não apenas que as falhas no processo comunicativo ocorrem no relacionamento enfermeiro-paciente em diferentes contextos assistenciais, como também foi possível identificar algumas causas do problema, as repercussões na vida dos pacientes e que, muitas vezes, o enfermeiro não tem conhecimento sobre a comunicação e sua importância e nem percebe que tal fato se configura

em um problema (BRITO, 2012). A monografia deu origem a um artigo científico, o qual continha os principais resultados encontrados (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Após alguns meses da conclusão da graduação, tive a oportunidade de auxiliar um familiar portador de câncer de intestino durante o tratamento antineoplásico, e mesmo que por apenas um período curto de tempo, devido ao prognóstico ruim decorrente da descoberta tardia e já em fase avançada da doença, analisei o processo comunicativo entre enfermeiro e paciente de uma perspectiva diferente - na condição de familiar do paciente. Nesse contexto doloroso oriundo da própria enfermidade, pude observar como a comunicação ineficaz pelo enfermeiro prejudicava o meu parente, como também todos os familiares. Identifiquei que os relatos realizados pelo meu familiar sobre os seus sentimentos daquela situação vivenciada, muitas vezes, não eram levados em consideração; que os enfermeiros verbalizavam falsas esperanças; falta de tempo para conversar; que a comunicação dos profissionais, em algumas situações, acontecia de forma rude; dentre outros, e que tornaram, em alguns momentos, a assistência pouco humanizada, item tão importante e que deveria estar presente em todas as ações de saúde, mas crucial no atendimento ao paciente com câncer, pela carga emocional que acompanha a doença.

Algum tempo depois ingressei no mestrado acadêmico em enfermagem da URCA, encontrando num de seus eixos de pesquisa voltado às ações de cuidado ao paciente oncológico, a oportunidade de aliar o trabalho acadêmico ao interesse de pesquisar sobre a temática, com o foco na comunicação terapêutica enfermeiro-paciente oncológico. E, durante a realização do estudo, fui surpreendida com a difícil notícia do diagnóstico de câncer do meu pai e, no acompanhamento de seu tratamento, que durou apenas cinco meses devido ao seu falecimento, sofri com ele os momentos difíceis e pude ainda mais observar os aspectos da comunicação e o quanto é necessário sua utilização de forma terapêutica.

Com isso, este estudo irá abordar os aspectos da comunicação terapêutica no contexto hospitalar da oncologia, uma vez que o paciente portador de câncer necessita além da obtenção de informações de forma efetiva sobre a doença e tratamentos pelos enfermeiros, um processo de comunicação terapêutica que seja possível abranger os aspectos biopsicossociais e emocionais, que se configuram como itens tão importantes, uma vez que a doença é envolvida por estigmas e sentimentos de medo a ela relacionados, bem como os tratamentos e prognósticos advindos do agravamento da doença.

## 1 INTRODUÇÃO

A comunicação, a qual é expressa pela linguagem, configura-se como um meio de compartilhamento entre pessoas, as quais podem ser até semelhantes, mas possuem informações contextuais bem diferentes. Tais compartilhamentos podem ser expressos a partir de signos verbais, escritos, gestos, sons, expressões, postura corporal, ambiente físico e manifestam não apenas o que os indivíduos pensam, mas também seus sentimentos (ARAÚJO, 2011). O processo comunicativo é utilizado para muitas finalidades, dentre elas, para fornecer informações, para persuadir, com o intuito de gerar mudanças de comportamento, no âmbito de uma troca de experiências; e para ensinar e discutir os mais variados assuntos (MOURÃO *et al.*, 2009).

Tal processo, na área da saúde, é relevante para a obtenção de informações úteis para a conduta terapêutica. Desse modo, a equipe de saúde precisa estar atenta à interpretação da linguagem verbal e não verbal (ALMEIDA, CIOSAK, 2013). Diversos aspectos compõem o processo comunicativo que vão além das verbalizações dos profissionais. No entanto, muitos destes profissionais não são preparados para a realização dessa estratégia no encontro com os pacientes, e não foram sensibilizados para o contexto das pessoas e suas subjetividades (AFONSO; MITRE, 2013).

Dito isto, para que o processo comunicativo aconteça são necessários interlocutores responsáveis na organização de interação entre a natureza da informação contextual e a interpretação da situação vivida. Quanto à emissão de mensagens, esta pode se dar por via verbal e não verbal (STEFANELLI, 2012a).

Neste contexto, a comunicação efetiva realizada pelo profissional da saúde poderá auxiliar os pacientes para enquadrar situacionalmente a doença, assim como seus modos de enfrentamento; auxiliá-los a compreender sua participação na experiência vivenciada pela situação em curso e buscar alternativas de solução para os desafios impostos pela enfermidade; como também ajudar na aquisição e consolidação de novos padrões de comportamento (SILVA, 2010), aspectos que tornam o processo comunicativo a base essencial nas relações interpessoais em saúde (ALMEIDA, 2012).

Desse modo, a forma como a comunicação acontece afeta diretamente o ânimo da clientela (AFONSO; MITRE, 2013), e quando é realizada de forma não efetiva compromete o cuidado humano e integral (BALTOR *et al.*, 2013). Importante salientar, que a efetividade da comunicação se apoia na empatia durante o cuidado, como também no respeito ao outro, ao seu saber e à sua condição participante no processo comunicativo (FERREIRA, 2006).

Na enfermagem, a comunicação micro, local e situacional é essencial no oferecimento da assistência necessária e humanizada ao paciente (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2012), uma vez que a função da profissão não está restrita à execução de técnicas e procedimentos, mas sim à realização de um cuidado abrangente, que implica, entre outros aspectos, no desenvolvimento da habilidade do processo comunicativo dos traços contextuais provenientes da informação sobre a doença, o qual se configura como o instrumento básico para atender as necessidades da clientela (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A comunicação, portanto, é de suma importância para as atividades desenvolvidas pela enfermagem (POTTER; PERRY, 2009), especialmente porque o cuidado pressupõe um processo de relação mútua entre pessoas (FRANÇA *et al.*, 2013). Durante a interação que estabelece com os pacientes, o profissional enfermeiro precisa estar bem atento quanto à utilização adequada das técnicas da comunicação interpessoal (SILVA, 2010). Por meio da comunicação eficaz, os profissionais de saúde compreendem quem tem a palavra no momento da dor e do sofrimento e sobre o que se fala.

Para isso, o enfermeiro deve ter conhecimentos sobre as bases teóricas da comunicação e também adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir de forma positiva na prestação de cuidados, e para que esta aconteça de maneira eficaz, o enfermeiro necessita desenvolver diversas atitudes, dentre as quais a de saber escutar, falar quando necessário, oferecer abertura para realização de perguntas, mostrar respeito, ser honesto, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse (MOURÃO *et al.*, 2009).

Desse modo, a comunicação interfere de forma peculiar naquilo que ancora o discurso, e é ressaltada sua necessidade na procura do enquadre do que está acontecendo, o qual é oriundo da relação entre profissional e paciente. Afinal, não raro, o paciente e seus familiares esperam na assistência não apenas cuidados técnicos de saúde, mas também que estejam presentes laços de confiança e afeto entre os envolvidos, principalmente em doenças com prognóstico ruim (AFONSO; MINAYO, 2013). Neste sentido, destacamos o câncer nos enquadres envoltos ao ato comunicativo, visto que é uma doença que traz significativas alterações físicas e psicológicas e que, no contexto social, está relacionada ao sofrimento e à morte (PEÇANHA, 2008), e ainda sofre a influência de ser um conceito arraigado de uma doença “sem volta” (GRINBERG, 2010).

A palavra “câncer” é creditada a Hipócrates (460-370 a. C.), que utilizou o vocábulo *carcinus* para a descrição de um determinado grupo de doenças, as quais se

apresentavam como tumores e ulcerações (CAPONERO, LAGE, 2008). O termo câncer representa, genericamente, um conjunto de mais de 100 doenças (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA, 2009), para as quais não existe uma única causa, mas uma sucessão de eventos (CAPONERO, 2008). Tais doenças possuem etiologias diferenciadas, assim como manifestações, tratamentos e prognósticos diversos, sendo o diagnóstico baseado nas alterações fisiológicas e funcionais, e nos resultados de avaliação diagnóstica (BRUNNER; SUDDARTH, 2009). O aparecimento do câncer é condicionado por inúmeros fatores que compreendem estilo de vida, elementos ambientais e susceptibilidade genética (PESTANA; YAMAGUCHI; SCHWARTSMANN, 2009). Pode surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados, e cada órgão pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos (INCA, 2011).

Na atualidade, o câncer se constitui um problema de Saúde Pública e um desafio no contexto situacional dos processos comunicativos em oncologia (PERDICARIS, 2008). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) houve, em 2012, no mundo, 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, e a carga do câncer continuará progredindo nos países em desenvolvimento e ainda mais em países desenvolvidos caso não sejam adotadas medidas preventivas (INCA, 2014). No Brasil, o câncer também representa um problema de Saúde Pública, sendo estimada para 2016 mais de 596 mil novos casos de câncer, e os principais tipos que ocorrerão, por ordem de incidência, são o de pele não melanoma, o de próstata e o de mama (INCA, 2015). Os números mostram o impacto do câncer em todo o mundo e a necessidade de refletir sobre diversos aspectos e buscar estratégias para melhorar o atendimento às pessoas que dele necessitam.

No contexto oncológico, a realização de procedimentos adequados é um dos elementos fundamentais na terapêutica. No entanto, o atendimento não deve estar pautado na mera operacionalização técnica dos procedimentos. Analisando a realidade brasileira, autores têm alertado para o risco de que os serviços de oncologia atuem de modo a supervalorizar o aspecto técnico, não focalizando o ser humano envolvido nesse processo (RENNÓ; CAMPOS, 2014). Para evitar tal fato, as relações interpessoais, em que está subentendida a comunicação interpessoal, devem ser a base para o profissional de saúde que busca uma assistência humanizada e que tem o paciente - e não a técnica ou o aparato tecnológico disponível - como o centro de suas atenções. No tocante a este aspecto, é essencial que os profissionais de saúde que atuam em ambientes tecnológicos não prescindam ao cuidado

humano, por mais eficientes e modernos que sejam os equipamentos utilizados (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Urge destacar, também, o papel do processo de comunicação no exercício de ações assistenciais mais humanizadas, que constituem necessidade de todos os pacientes, mas que no caso dos portadores de oncologia, assume significado especial, uma vez que a doença possui aspectos negativos que a acompanham como: possibilidade de prognóstico ruim, efeitos dos tratamentos disponíveis, aproximação com o processo de morrer, medo das consequências da doença na sua vida, dentre outros. Machado, Leitão e Holanda (2005), sublinham que para a realização de um cuidado mais humanizado e efetivo é fundamental um diálogo consistente.

Abordar a noção de doença a partir de uma análise interacional privilegia a análise do discurso que remete às profundas implicações espirituais e culturais advindas do contato que estabelece entre os homens, suas limitações e finitude (RENNÓ, 2012), sendo considerada como algo traumatizante não apenas no âmbito individual, como também no coletivo, fazendo com que a atenção oncológica possua uma abordagem difícil. Por todos esses aspectos, a comunicação se configura como uma ferramenta importante e necessária durante a assistência ao paciente com câncer (INCA, 2007).

Tais desdobramentos nos leva a repensar sobre os sentimentos como angústia, medo e sofrimento são presentes, tanto na vida dos portadores da doença quanto na de seus familiares (SILVA *et al.*, 2011). Por sua vez, os profissionais que os atendem, necessitam lidar com inúmeras demandas envolvendo dor, morte, mutilações, efeitos colaterais do tratamento, graves reações físicas e emocionais, expectativas em relação à cura da doença e desesperança de pacientes e familiares, quando tais expectativas são frustradas (INCA, 2008).

Viver e conviver com a doença reconduz à busca do equilíbrio das situações vividas clinicamente, pois, apesar dos avanços obtidos em relação a seu tratamento e prognóstico, a mesma ainda possui conotação sombria e provoca o desencadeamento de modificações importantes nas relações sociais e na dinâmica familiar da pessoa doente, reduzindo, não raro, sua capacidade de autocuidado e de agir com autonomia (FONTES; ALVIM, 2008a). Em decorrência disso, as pessoas precisam de mais cuidados, com uma comunicação adequada para entender e lidar com as mudanças impostas pela doença. Nesse contexto, o cuidado não é eficaz se não houver comunicação apropriada.

Salimena *et al.* (2010) destacam que as ações de enfermagem, tais como demonstrações de afeto, saber ouvir o paciente, fazer uma transmissão de informações correta e dirimir as dúvidas que surgem, produzem efeitos benéficos e significativos durante a

realização de quimioterapia antineoplásica e, ainda que as relações estabelecidas com os profissionais que prestam assistência se tornam tão relevantes em suas vidas, que o estado de humor destes profissionais pode até se refletir na continuidade e na frequência ao tratamento. Esse convívio pode ser usado de modo positivo, especialmente no apoio de ordem emocional, auxiliando no enfrentamento e superação de suas inquietudes e medos. Tais atitudes, quando desenvolvidas e aplicadas, proporcionam um cuidar direcionado às singularidades de cada paciente, considerando as necessidades advindas da diversidade das dimensões biológicas, sociais, psicológicas e emocionais comprometidas em decorrência da doença e do tratamento.

Fonseca, Gutiérrez e Adami (2006) têm evidenciado que o relacionamento interpessoal é visto por pacientes oncológicos durante a realização da terapêutica antineoplásica no âmbito hospitalar como ponto positivo na qualidade do serviço prestado, por englobar a afabilidade e interesse dos prestadores da assistência para com eles, bem como por incentivá-los a participar ativamente na terapêutica indicada e cuidados propostos.

Tal incentivo, proporcionado por um bom relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, é especialmente útil quando se considera que, via de regra, os recursos terapêuticos em Oncologia são de difícil enfrentamento, pois possuem diversos efeitos colaterais e reações psicológicas significativas (SILVA, 2005). Fica, portanto, cada vez mais clara a relevância do processo comunicativo com o paciente oncológico, não somente pelo impacto que a comunicação pode exercer na condição do doente, mas pelo papel chave da comunicação no estabelecimento do relacionamento interpessoal (AFONSO; MINAYO, 2013).

Carvalho (2003), em estudo com mulheres com câncer de mama, constatou que entre os maiores anseios das pacientes, estava o desejo de receberem um cuidado mais humano, de serem escutadas pelos profissionais, e de terem maior aproximação com os profissionais. Isso revela como a comunicação, em suas formas de expressão, é importante para os pacientes oncológicos, devendo, portanto, ser realizada de forma cuidadosa e atenta pelos profissionais.

Apesar disso, percebe-se durante o exercício profissional, um processo de comunicação com distanciamento acerca do que deve ser feito, dito ou não dito e o que de fato ocorre quando um profissional de saúde e, de modo específico, o enfermeiro, vê-se diante do paciente oncológico, em toda sua complexidade e das múltiplas facetas envolvidas na sua trajetória. Otoni e Barros (2012) afirmam que, na prática, os profissionais que atendem pacientes com câncer nem sempre estão cientes da importância do processo comunicativo.

Portanto, os aspectos já ressaltados põem em evidência a importância da comunicação para a assistência de enfermagem e para o relacionamento entre o enfermeiro e o paciente oncológico. Mas, para trazer os benefícios esperados aos envolvidos no processo, torna-se necessário que a comunicação seja efetuada de forma terapêutica.

Comunicação terapêutica, entretanto, é a competência do profissional de saúde em utilizar o conhecimento acerca da comunicação humana para auxiliar o outro a descobrir e também utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar os conflitos existentes, reconhecer as limitações individuais, procurar ajustar o que não pode ser mudado e a enfrentar as barreiras à autorrealização, na busca de uma forma de viver mais saudável e autônoma possível. (SILVA, 2010; STEFANELLI, 2012b). Na medida em que são utilizadas as ferramentas da comunicação para ajudar o outro no enfrentamento de problemas, o profissional estará realizando a comunicação terapêutica (STEFANELLI, 2012b).

A utilização da comunicação terapêutica, nesta perspectiva, é uma atividade diferenciada, pois é capaz de identificar na fala do paciente as dimensões cognitivo-afetivas, emocionais e culturais, que refletem aspectos importantes da sua história de vida e de seus recursos internos que necessitam ser identificados e em seguida articulados pelos profissionais. Assim, não é restrita à transmissão de informação; é na verdade um processo que envolve vínculo empático e compreensão, e para a sua realização é exigido tempo, compromisso e desejo de ouvir, compreender as preocupações, buscar respostas adequadas diante das perguntas do paciente (BERTACHINI, 2012).

Dessa forma, o profissional pode utilizar a comunicação terapêutica também para favorecer a interação com o paciente, permitindo a manifestação do outro. E na utilização de tal recurso, é possível perceber todo o contexto do paciente, sendo útil para a obtenção de informações que redirecionam o planejamento de ações que possam ser realmente efetivas (HADDAD, 2011).

É através da comunicação terapêutica que o profissional será um parceiro dos pacientes na etapa de adaptação, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida do paciente. Gefaell (2007) sublinha a comunicação terapêutica como condição *sine qua non* nos enquadres do que está acontecendo no aqui e no agora no processo de adoecer, enquadres estes que constituem a maneira como são constituídos: o pensamento terapêutico; a empatia; a escuta receptiva e reflexiva; o respeito, a atenção às emoções do paciente; o acompanhamento do paciente em suas reflexões; a ajuda ao paciente para aumentar sua dignidade; a autorreflexão e a auto-observação.



Diante dos aspectos peculiares da comunicação terapêutica, que favorecem o enfermeiro ajudar o paciente no enfrentamento de problemas e agravos de saúde, é possível observar a necessidade de sua utilização como recurso fundamental no atendimento ao paciente oncológico devido às dificuldades impostas pelo câncer e tratamento e pela caracterização de uma enfermidade que causa temor na população em todas as suas etapas, seja na descoberta do diagnóstico, no tratamento, ou na realização de exames e consultas para o seu acompanhamento, além disso, ainda é vista com uma doença vinculada à ideia de risco iminente de morte.

O estudo se propõe a buscar respostas aos seguintes questionamentos: Como se efetua, em âmbito hospitalar, o processo de comunicação entre enfermeiros e pessoas portadoras de câncer atendidas em um centro de referência em Oncologia situado na Região do Cariri? A comunicação que se estabelece pode ser considerada terapêutica?

De fato, na literatura científica é possível observar que os pesquisadores tem se preocupado com essa questão, e estudos apontam que embora o interesse pela temática tenha aumentado nos últimos anos, ainda são necessárias mais pesquisas sobre comunicação e oncologia (CRISTO, ARAÚJO, 2011), pois a discussão e a reflexão crítica sobre o tema é, ainda, pouco oportunizada, e há a necessidade de investimento em novas pesquisas com diferentes abordagens metodológicas, que possam contribuir para melhorar a comunicação na área de oncologia (OTONI, BARROS, 2012).

No intuito de verificar as pesquisas sobre o objeto do estudo - comunicação terapêutica realizada por enfermeiros com pacientes oncológicos - foi realizado um levantamento bibliográfico. As seguintes bases de dados foram utilizadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para a busca, utilizou-se os descritores contemplados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “comunicação” AND “oncologia”. Na base de dados US National Library of Medicine (PUBMED) e The Cochrane Library, foram utilizados os termos contemplados no Medical Subject Headings (MeSH): “health communication” AND “neoplasms”. A busca teve com critérios de inclusão: artigos publicados no idioma inglês, português ou espanhol; disponibilidade do texto completo de forma gratuita, através da inserção do título do trabalho no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); publicados no período compreendido entre 2006 a 2015. Foram excluídos os artigos que não atendiam aos critérios propostos ou que estivessem repetidos.

Do total de 216 artigos encontrados, 16 enfocavam o processo comunicativo com o paciente oncológico. As temáticas abordadas em tais estudos foram: o processo comunicativo e os conflitos éticos vivenciados por profissionais de saúde da oncologia adulta e pediátrica na comunicação de más notícias (COUTINHO; COSTA JÚNIOR, 2014; AFONSO; MINAYO, 2013; SOUZA; SOUZA, 2012; GEOVANINI; BRAZ, 2013); o processo comunicativo de enfermeiros nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica e adulta (FRANÇA *et al.*, 2013; BORGES; SANTOS JUNIOR, 2014); a comunicação na ótica dos pacientes oncológicos sobre a doença, na primeira consulta, e diante de más notícias (RENNÓ; CAMPOS, 2014; THORNE *et al.*, 2013; ENG *et al.*, 2012); a eficácia das estratégias utilizadas para melhorar o processo comunicativo entre profissionais de saúde e pacientes oncológicos (OTONI, BARROS, 2012); as habilidades comunicacionais dos médicos oncologistas na relação com o paciente e no diagnóstico da doença para adultos e para crianças (SILVA, *et al.* 2011; GOMES; SILVA; MOTA, 2009; MALTA; SCHALL; MODENA, 2009); e os treinamentos de habilidades em comunicação (MOORE *et al.*, 2013).

Apenas dois artigos foram selecionados, pois abordavam aspectos relacionados à comunicação terapêutica, o de Santos *et al.* (2010) – junto a mulheres no período pré-operatório de mastectomia – e o de Peterson e Carvalho (2011) sobre o cuidado de idosos com câncer.

O estudo de Santos *et al.* (2010) buscou refletir sobre o cuidado pré-operatório da mulher com câncer de mama, baseada na comunicação terapêutica como referência do cuidar pelo(a) enfermeiro(a) atuante na oncologia. Foi evidenciado que a proposta de comunicação terapêutica discutida na pesquisa permite romper com o paradigma tradicional da intervenção de enfermagem e internação hospitalar, que se mostram promotores de exclusão na participação da organização do autocuidado.

Peterson e Carvalho (2011) buscaram identificar dificuldades e suas respectivas causas na percepção dos enfermeiros, ao prestarem assistência ao idoso com câncer. Na realização da pesquisa, foi identificado que tais profissionais, em sua maioria, encontram dificuldades em lidar com os sentimentos negativos, emanados pela situação, interferindo no cuidado, e os autores sugerem capacitação que incentive habilidades, como a comunicação terapêutica. Apontam ainda, que estudos que abordem a assistência de enfermagem com pacientes oncológicos terminais não são frequentes na literatura, principalmente relacionados à comunicação terapêutica.

Pelo exposto, e em nossa experiência pessoal e acadêmico-profissional, percebe-se que ainda há uma imensa necessidade da prestação de uma assistência de qualidade no

setor oncológico, pela observação de muitos comportamentos e atitudes que estão ausentes e/ou presentes, mas que refletem um processo comunicativo distinto da comunicação terapêutica, e que se modificados, poderiam, sem dúvida, melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

Desse modo, diante da importância que a comunicação terapêutica possui frente aos cuidados prestados pela enfermagem aos pacientes oncológicos, percebe-se a necessidade da realização de estudos que abordem o tema contribuindo, desse modo, para um cuidado holístico, integral e de forma humanizada aos pacientes, reduzindo possíveis distanciamentos na relação enfermeiro-paciente oncológico em decorrência de falhas no processo comunicativo.

A par dessa realidade, compreende-se a possibilidade de refletir o cuidado de enfermagem ao paciente portador de doença oncológica, com o foco na comunicação terapêutica, uma vez que a mesma possibilita um melhor enfrentamento de doença, e que irá, possivelmente, reduzir os aspectos negativos que acompanham a trajetória do câncer na vida dos portadores.

Acredita-se que o estudo, ao descrever e analisar a comunicação terapêutica enfermeiro-paciente oncológico, possa trazer à tona fragilidades e potencialidades que permeiam esse processo, bem como apontar estratégias para mudanças que sejam necessárias, a fim de que a comunicação efetivada junto à pessoa com câncer possa ser realmente terapêutica, humana e eficaz.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender o processo de comunicação que se desenvolve em âmbito hospitalar no cuidado de enfermeiros a pacientes oncológicos à luz de referencial da Comunicação Terapêutica.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Evidenciar como acontece a comunicação entre enfermeiros e pacientes oncológicos durante o cuidado de enfermagem;
  
- Averiguar as evidências científicas em torno da comunicação no ambiente hospitalar, particularmente no cuidado de enfermagem a pacientes oncológicos;
  
- Discutir como se apresentam elementos específicos da comunicação terapêutica no cuidado desenvolvido por enfermeiros junto a pacientes oncológicos em âmbito hospitalar.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

O presente item está dividido em dois tópicos principais, a saber, as considerações gerais sobre a temática e o estado da arte. No primeiro tópico há uma explanação acerca do processo comunicativo e seus tipos, da comunicação na saúde, e da comunicação na enfermagem e suas peculiaridades. Em seguida, o outro tópico apresenta os dados da literatura científica acerca do processo comunicativo e o paciente oncológico.

#### 3.1 Considerações gerais sobre a temática

##### 3.1.1 Comunicação

A palavra “comunicar” vem do latim *communicare* e possui o significado de pôr em comum. A comunicação humana tem a meta do entendimento entre os homens, mas para isso, os indivíduos, tanto o emissor quanto o receptor, precisam compreender-se mutuamente. O que o emissor transmite ao receptor é chamado de mensagem, a qual se configura como o objetivo da comunicação humana. Ela precisa ser significativa tanto para o emissor quanto para o receptor, sendo que seu significado irá depender da interpretação. A mensagem é transmitida através de um meio, o qual é selecionado pelo emissor de acordo com o conteúdo da mensagem, e precisa obedecer a dois requisitos: um é ser dominado por ambos participantes da comunicação, o outro, é estar de acordo com a mensagem que transporta (PENTEADO, 2012). Quando uma série de mensagens é trocada entre os participantes do diálogo, isto pode representar uma interação (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007).

A comunicação é um processo dinâmico em que o emissor emite uma mensagem, o receptor ao receber a mensagem interpreta e manifesta externamente, e o que era emissor, agora se transforma em receptor dessa interpretação, e coincidindo as interpretações surge o significado comum entre emissor e receptor, sendo necessário que o código seja parcialmente ou totalmente comum aos participantes do processo (PENTEADO, 2012).

O código se refere à organização de elementos denominados pelo autor de “traços materiais”, os quais se configuram na matéria que o homem cria, ou de que se utiliza, durante a comunicação e que se transforma em informação, por exemplo: tinta da caneta em um papel, pontos luminosos que compõem a imagem, ondas sonoras emitidas (MARTINO, 2010); e são conjuntos de signos, os quais podem ser classificados em símbolo (com apenas uma codificação) e sinais (com mais de um significado) (SILVA, 2010). Enfim, qualquer situação que envolva a comunicação humana, será composta da produção de uma mensagem por

alguém, e a recepção desta por outra pessoa (BERLO, 2003) e, para que esta aconteça, são requeridos seus elementos essenciais, a saber: o emissor, o receptor, o meio de transmissão, a mensagem, o conteúdo da mensagem e o código (PENTEADO, 2012).

No processo comunicativo, o ambiente também é importante para a qualidade da comunicação e seu resultado final, uma vez que influencia as condições físicas, emocionais e psicológicas dos interlocutores do processo e, desse modo, interfere na expressão e também na percepção das ideias (STEFANELLI, 2012a).

Por conseguinte, o ambiente pode ser modificado no intuito de favorecer ou prejudicar a emissão das mensagens. A escolha do ambiente varia muito de acordo com o tipo de mensagem enviada, assim como os propósitos da interação.

Outro aspecto que necessita ser considerado na comunicação são os ruídos, que consistem na energia presente durante o processo, e que, embora não tenha relação alguma com as finalidades das pessoas envolvidas, tem o potencial de alterar a estrutura da mensagem, seja através da interferência no envio, no recebimento ou na percepção desta, levando, em alguns casos, a uma resposta inesperada e, dependendo da sua magnitude pode constituir um desafio ao processo comunicativo (STEFANELLI, 2012a).

Com o uso da comunicação – configurada por Bordenave (2004), como um processo multifacetado que acontece ao mesmo tempo em vários níveis do ser humano (o consciente, o subconsciente, e o inconsciente), torna-se possível o relacionamento entre as pessoas, pelo compartilhamento de suas experiências, ideias e sentimentos. Ao se relacionarem, por sua vez, os indivíduos podem influenciar-se mutuamente, bem como ter a realidade, na qual estão inseridos, modificada.

De fato, o processo comunicativo é importante para o crescimento pessoal do ser humano, uma vez que este é um ser de relações. Quando o indivíduo se torna consciente dessa importância, é levado a buscar princípios, conceitos e habilidades a serem adquiridas no processo, elementos estes que fazem parte das experiências anteriores vivenciadas, bem como daquelas adquiridas diariamente (BRAGA; SILVA, 2007). Por meio da comunicação são compartilhados valores, crenças e atitudes, e são expressos comportamentos e ideias (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2012). Ela é uma vivência individual e coletiva, bem como uma prática social, e a experiência cotidiana com seu uso pelo ser humano leva à formação de pontos de vista (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). E, portanto, envolve não somente o conteúdo que representa o fato ou a informação, mas também o sentimento, que se refere ao que se quer comunicar e o que se sente transmitindo a mensagem (SILVA, 2010).

O homem se comunica para expressar as necessidades e compartilhar experiências; a comunicação educa, favorece o estabelecimento de laços e cultura, e revela o afeto e o amor (PASSADORI, 2009). Assim, o processo comunicativo envolve vários aspectos, como o de compreender o outro e ser compreendido, e também a percepção dos envolvidos, a possibilidade de conflitos e a persuasão, a qual implica na indução de mudanças de valores e comportamentos (SILVA, 2010). Berlo (2003) vai inclusive além, ao afirmar que não poderia haver uma comunicação sem alguma tentativa de persuadir.

Watzlawick, Beavin e Jackson (2007) mencionam que o ser humano se comunica de todas as formas, e mesmo que este não queira se comunicar, se ele ficar em silêncio, ele também está transmitindo uma mensagem para os demais. É o que Bordenave (2004) e Silva (2010) postulam: não se pode não se comunicar. De sorte que, a comunicação não é um processo que acontece apenas quando é intencional, consciente ou bem-sucedido (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007). Muitas vezes, a comunicação ocorre de forma que os participantes não têm consciência de seu fato e nem conhecem os seus elementos, sua importância frente à vida em sociedade ou formas de melhorar a transmissão e o recebimento de informações.

A realização da comunicação envolve objetivos, ou seja, o ser humano ao se comunicar tem uma meta a ser alcançada. Berlo (2003) elucida que para a definição do objetivo do processo comunicativo, alguns critérios são importantes e deveriam ser empregados, a saber, que não seja logicamente contraditório ou incoerente consigo mesmo, que concentre no comportamento, que seja específico, e que seja coerente com o meio. O autor ainda refere que toda comunicação tem o intuito de produzir determinada reação. Assim, quando o ser humano aprende a exprimir os seus objetivos em termos de respostas específicas dos receptores das mensagens, este se configura no primeiro passo para a realização de uma comunicação positiva e eficiente.

Assim, o emissor, inserido em suas pistas contextuais, possui um objetivo quando transmite uma determinada mensagem, o receptor também possui enquadres situacionais ao receber o comunicado. Nesse respeito, os objetivos dos participantes da comunicação não podem ser incompatíveis, pois caso isso ocorra, rompe-se o processo comunicativo. Para que esse processo aconteça, os objetivos dos interlocutores devem ser independentes ou complementares (BERLO, 2003).

As funções da comunicação estão interligadas com a necessidade humana de expressão e relacionamento, e são elas: a função instrumental, quando intenta satisfazer as necessidades materiais ou espirituais dos homens; a função informativa, quando é realizada

com o intuito de apresentar uma nova informação; a função regulatória, cujo objetivo é controlar os comportamentos de outros; a função interacional, quando é desenvolvida na pretensão de estabelecer relacionamento com outras pessoas; a função de expressão pessoal, em que se almeja identificar e expressar o “eu”; a função heurística ou explicativa, por meio da qual se quer explorar o mundo dentro e fora da pessoa; a função imaginativa, que busca criar um mundo próprio de fantasia e beleza; e, ainda, a função de indicar a qualidade da participação de uma pessoa no ato de comunicação, através de quais papéis toma ou impõe ao outro, e que sentimentos, atitudes, desejos, juízos e expectativas traz no desenvolver da comunicação (BORDENAVE, 2004).

Quanto aos modos de comunicação, eles podem desencadear sensações agradáveis e desagradáveis. São modos que causam sensações agradáveis: a confirmação e a negação, em que o primeiro corresponde ao aceite do conteúdo da mensagem; e o segundo reflete o não aceite da informação, mas ela é inserida nessa classificação, por que mesmo com a recusa da mensagem enviada, a relação entre os participantes é mantida. E os modos que podem provocar reações desagradáveis são: a desconfirmação e a dupla mensagem. Na desconfirmação, o conteúdo e a relação não são aceitos, e na dupla mensagem, há incongruência da mensagem entre o verbal e o não verbal (STEFANELLI, 2012a).

Bordenave (2004) pontua que, as fases do processo comunicativo não formam uma sequência linear e ordenada, afinal, é difícil, por exemplo, determinar onde começa o ato de comunicação ou em que local o mesmo é encerrado, sendo que algumas fases podem ser mencionadas por estarem sempre presentes na comunicação, as quais podem se dar em qualquer ordem, simultaneamente e até em conflito umas com as outras.

Tais fases são: a *pulsção vital*, a qual representa a dinâmica interna de qualquer pessoa, em que se encontram pensamentos, sentimentos, novas sensações, percepções, desejos e necessidades, ocorrendo em todo o corpo, mas com o centro no cérebro, fato este que faz do organismo humano um sistema aberto em constante interação consigo e com o meio; a *interação*, em que a pessoa emite e recebe mensagem, por seus canais disponíveis, a saber, olhos, pele, mãos, língua e ouvido; a *seleção*, em que a pessoa seleciona alguns elementos que desejam compartilhar com outras pessoas, sendo esta seleção provocada por estímulos intrínsecos ou extrínsecos; a *percepção*, fase em que o ser humano percebe os gestos, as palavras e outros signos que são apresentados; a *decodificação*, logo que os signos são percebidos, a pessoa que os recebeu determina o que eles representam; a *interpretação*, a qual consiste em compreender não apenas o significado de cada palavra, mas o que a mensagem inteira quis dizer; a *incorporação*, em que a mensagem é totalmente, parcialmente ou não



incorporada; e, a *reação*, que se refere aos resultados da incorporação da mensagem na dinâmica mental do receptor (BORDENAVE, 2004).

Durante as fases de seu ciclo vital e nos momentos circunstanciais de sua vida, o homem vê-se envolvido no processo de comunicação mesmo sem perceber a existência ou o significado do mesmo como condição fundamental para o pleno desenvolvimento do ser humano (SILVA, 2005). Este processo realizado entre seres humanos envolve o perceber a si, aos outros e ao meio (PERDICARIS; SILVA, 2008), podendo-se dizer que se configura como tentativas de compreender o outro interlocutor e se fazer compreendido (SANTOS, 2011). Envolve, portanto, não apenas transmissão de informações entre interlocutores, mas, também comportamentos (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007).

Nesse sentido, quando se considera a comunicação como comportamento local e situacional, amplia-se consideravelmente seu campo de ação (BERLO, 2003). De modo que, ao ser estabelecida com o outro, é preciso pensar que tal ato não se inicia ou não se encerra na palavra, e que esta, isoladamente, não representa o complexo ato comunicativo. Este permite que as pessoas envolvidas nesse processo, processem as mensagens, construam seus próprios significados sobre a informação transmitida, (re)construam seus conhecimentos, reflitam sobre outras coisas, e aí sucessivamente; podendo-se dizer que, a comunicação imprime marcas nos sujeitos (FERREIRA, 2006).

Sendo um processo complexo e multifacetado, engloba muitas formas de comportamento humano, como os verbais, tonais, posturais, contextuais, dentre outros (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007). Com base na sua forma de expressão, a comunicação pode ser classificada em verbal e não verbal. A primeira, referindo-se à comunicação manifesta pela fala ou pela escrita. A segunda, indicando a comunicação que se dá por meio de gestos, expressões faciais, postura corporal e, até mesmo, do próprio silêncio (SILVA, 2010).

O desenvolvimento de um discurso no plano verbal ou não verbal, como recurso terapêutico, implica o desenvolvimento de competência nas diversas facetas da comunicação, tais como naturalidade, credibilidade da fonte de informação, fluência linguística e expressão corporal adequada ao contexto (PERDICARIS; SILVA, 2008). Ambas as formas de comunicação são descritas com mais detalhes a seguir.

### 3.1.1.1 Comunicação verbal

A comunicação denominada de verbal corresponde às mensagens transmitidas escritas ou faladas e que ocorrem no formato de palavras, as quais se configuram como

elementos da linguagem que o ser humano usa para se comunicar, sendo a linguagem um recurso para a exposição de ideias, para partilhar experiências e validar o significado simbólico (STEFANELLI, 2012a). A linguagem verbal se classifica em linguagem oral e escrita (PONZIO; CALEFATO; PETRILI, 2007).

A linguagem escrita consiste no registro de informações, pensamentos, sentimentos e dúvidas, sendo que esta, na maioria das vezes, representa um pensamento mais elaborado, em que podem ser filtradas as emoções e a espontaneidade. Por outro lado, a linguagem oral se configura na transmissão de mensagens utilizando a fala, neste modo de expressão, a clareza e a forma sequencial de apresentação dos fatos são elementos fundamentais (SILVA, 2010).

Existem algumas estratégias que auxiliam a comunicação verbal, a saber, a *expressão*, a *clarificação* e a *validação*. Tais estratégias, por sua vez, envolvem um conjunto de técnicas que as compõem. Entre as técnicas de *expressão*, elencam-se: permanecer em silêncio, verbalizar aceitação, repetir as últimas palavras ditas, ouvir reflexivamente, e verbalizar interesse. Já a *clarificação*, envolve: estimular comparações, devolver as perguntas feitas, e solicitar esclarecimento de termos incomuns e de dúvidas. Por fim, na estratégia de *validação*, constituem-se técnicas fundamentais: repetir a mensagem dita ou solicitar que o emissor da mensagem o faça e, ainda, sumarizar o conteúdo da interação, sendo que, a não validação da comunicação é apontada como uma das causas da falta de compreensão entre os indivíduos (SILVA, 2010). Desse modo, pode-se afirmar que, a comunicação verbal é constituída através de mensagens explícitas sobre como entender o que foi dito ou feito em torno do desenvolvimento da doença.

Apesar da relevância da forma de comunicação verbal, isoladamente, esta forma de comunicar não é suficiente para caracterizar, em sua totalidade, a interação complexa que ocorre no relacionamento humano (SOUZA; SARAN, 2012). No desenvolvimento dos relacionamentos é que cada pessoa coloca um pouco de si, demonstra seu modo peculiar de agir e influencia a outra de forma positiva ou negativa (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Assim sendo, não existe uma comunicação exclusivamente verbal. Na transmissão de mensagens através do uso de palavras, há sempre uma interação verbal e não-verbal (SILVA, 2010), levando-se em conta o enquadre interacional com as trajetórias de dor e sofrimento envoltas ao tratamento.

### 3.1.1.2 Comunicação não verbal

Na realização da comunicação interpessoal, o corpo da pessoa expressa um sentimento subjacente à mensagem, sendo inconsciente e percebida da mesma forma, e, às vezes, tem uma maior perceptibilidade do que o foi manifesto de forma verbal (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Comunicação não verbal é aquela em que a informação é transmitida por meio de expressões faciais, gestos, postura, orientação do corpo, singularidades somáticas, organização dos objetos no ambiente, e a distância entre os interlocutores, sendo necessária para sua ocorrência a interação pessoa-pessoa (SILVA, 2010). Esta ajuda a expressar e reconhecer sentimentos, pensamentos, dúvidas, e se há ou não coerência entre a interação e o discurso (PERDICARIS; SILVA, 2008).

Quanto aos tipos, a comunicação não-verbal classifica-se em: cinésica, que se refere à linguagem do corpo; proxêmica, que se configura no espaço mantido durante a interação; tacêsica, a qual envolve o toque; e paralinguagem ou paraverbal, que se refere ao tom da voz, os grunhidos no ato de falar, o silêncio, a ênfase dada a algumas palavras (SILVA, 2003).

Cumpra mencionar, ainda, outras dimensões também importantes no que tange à comunicação não verbal, que são: as características físicas das pessoas que transmitem mensagens e o meio ambiente em que ocorre a interação. Nas características físicas do emissor da mensagem, incluem-se elementos tais como o modo de vestir, o nível de higiene, dentre outros, os quais podem transmitir informações e, conseqüentemente, repercutir na comunicação. Quanto ao meio onde o processo comunicativo ocorre, este pode ser representado pelos móveis, pela organização, pelas cores que compõem o ambiente, dentre outros, os quais, da mesma forma que as características do emissor, tem o potencial de dificultar ou facilitar o processo comunicacional (SILVA, 2012).

### 3.1.2 Comunicação em saúde

A equipe de trabalho interprofissional é composta por pessoas que pertencem a várias áreas de atuação e posições nas organizações profissionais. Na equipe de saúde tem-se o intuito de otimizar a assistência dos pacientes, sendo necessário o estabelecimento de relações de colaboração entre os profissionais de várias áreas de atuação, os pacientes e suas famílias (SIMEONI; DE SANTI, 2012).

Dentre as formas de comunicação das equipes de saúde, existe a comunicação verbal e escrita, sendo esta última representada pelo prontuário do paciente, que permite o cuidado contínuo, a avaliação e a qualificação da assistência (SILVA, 2010).

No contexto das atividades assistenciais à saúde, o bem-estar dos pacientes é o principal objetivo que sustenta a interdependência dos profissionais de saúde, sendo a boa comunicação entre tais profissionais essencial para aumentar a eficácia da assistência, como também para seu próprio crescimento pessoal (SIMEONI; DE SANTI, 2012).

A comunicação tem um papel indispensável em qualquer ação que tenha o intuito de melhorar a saúde (CORCORAN, 2010). Sua habilidade é um elemento essencial no cuidado ao paciente. Esse processo estabelecido entre a equipe de saúde e o paciente deve estar baseado em uma relação de ajuda efetiva, em um ambiente que haja confiança mútua, no qual seja possível ao paciente revelar medos e anseios. Os profissionais devem facilitar o entendimento de suas mensagens, fornecer informações concretas, claras e pautadas na realidade, para que a relação seja de total confiança (SOUZA; SARAN, 2012).

O processo comunicativo adequado com os pacientes é aquele que tenta diminuir mal-entendidos, possíveis conflitos e busca atingir as metas pré-definidas para a solução de problemas detectados pelos profissionais durante a interação. Neste sentido, a comunicação deve ser apropriada a uma determinada situação, tempo, pessoa e atinge a meta que foi definida, envolvendo, portanto, a preparação dos seus elementos (SILVA, 2010).

O apoio ao paciente deve ser inserido durante a prestação do cuidado, norteadas pelas necessidades deste, e ocorre, essencialmente, por meio do processo de comunicação, como afirmam Vitor *et al.* (2003), pois é através da comunicação efetiva que o profissional de saúde pode auxiliar o paciente na resolução de seus problemas. Esta é bidirecional, e para que aconteça, é fundamental que haja resposta e validação das mensagens verbais e não verbais ocorridas (SILVA, 2010). Dessa forma, o outro oferece uma resposta ou mudança de forma consciente, demonstrando compreensão da comunicação ocorrida (STEFANELLI, 2012a).

Portanto, a competência do processo comunicativo deve ser considerada como uma habilidade essencial a ser desenvolvida por profissionais de saúde (BRAGA; SILVA, 2010). Para isso, a equipe de saúde deve conhecer todos os elementos e mecanismos da comunicação que facilitarão o desempenho de suas funções em relação ao paciente e também entre os membros da equipe (SILVA, 2010).

Os profissionais devem ajudar os pacientes a reorganizar sua existência ao transcorrer pela experiência da doença por meio da presença, percepção, compromisso, solidariedade e, principalmente, de interações humanas (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

A comunicação, no âmbito da saúde, não envolve apenas transmitir ao paciente ou sua família notícias, mas engloba a busca pelo estabelecimento de um diálogo de qualidade, com a transmissão de informações de acordo com a capacidade de captação do receptor, e que

todas sejam verdadeiras, evitando a mentira bem-intencionada, sendo importante no processo, a privacidade e o cenário aonde ocorre (PERDICARIS; SILVA, 2008).

Como o ambiente em que a comunicação acontece pode influenciar de forma significativa a comunicação, este deve ser escolhido de modo que propicie as melhores condições possíveis dentro da realidade local, com o intuito da manutenção da segurança, o conforto e a privacidade daquele que necessita de cuidados (STEFANELLI, 2012a).

Na utilização da comunicação verbal, os profissionais devem evitar termos técnicos, afinal, muitos pacientes podem não compreender a informação, e as frases utilizadas devem ser simples e sucintas, as quais comunicam o sentido exato do que se quer dizer (PERDICARIS; SILVA, 2008). Nesse sentido, é importante que as palavras utilizadas tenham um significado comum e, o profissional deve conhecer a escolaridade, vocabulário, crenças e expectativas do paciente, o que favorece a troca de mensagens de forma efetiva (SILVA, 2010).

Assim como ocorre com a comunicação verbal, a utilização de uma comunicação não verbal eficaz representa um excelente instrumento para a busca da assistência das necessidades de saúde (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). É fundamental a observação, pelos profissionais, da comunicação não verbal que o paciente está transmitindo durante a assistência, a qual pode, entre outras coisas, até mesmo revelar sinais e sintomas de determinados diagnósticos (SILVA, 2012).

Infelizmente, não é raro que aconteçam falhas na comunicação desenvolvida pelo profissional de saúde. Algumas destas são ocasionadas por barreiras pessoais, dentre as quais, podem ser citadas: a linguagem dos interlocutores, impedimentos físicos, fatores psicológicos, e diferenças na educação (SILVA, 2010). Existem também alguns obstáculos de caráter psicossocial, nos quais incluem-se: características de temperamento, cultura, regionalismos, classe social, emoções, percepções, entre outras (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). Podem também contribuir para falhas, os fatores existentes no próprio local onde a assistência acontece, como os ruídos, a presença de pessoas estranhas ou de outros profissionais, o espaço físico limitado, proximidade de leitos de pacientes, ou ainda, normas organizacionais (SILVA, 2010; STEFANELLI, 2012a). Tais falhas devem ser identificadas e minimizadas, a fim de não prejudicar o paciente.

A assistência deve acontecer de forma eficiente, focada no fundamento científico, com rigor das técnicas para a recuperação da saúde. Mas, não somente isso. Aliada à excelência técnica, deve estar a busca pela humanização, a qual repercute na prestação do cuidado de forma positiva, podendo minimizar o estresse enfrentado pelo paciente em

decorrência de sua doença ou agravo e suas consequências. Para que a assistência humanizada ocorra, é necessário que haja um processo comunicativo eficaz entre profissional de saúde e paciente.

A esse respeito, Santos, Fernandes e Oliveira (2012) ressaltam que a postura de cada profissional da saúde é essencial para o estabelecimento do acolhimento e a humanização no cuidado ao paciente. Tal postura abrange desde a forma de comunicar-se até a transmissão de confiança e estabelecimento de vínculos com o paciente.

Quando efetivo, o processo comunicacional pode ser visto como instrumento viabilizador do processo de trabalho em unidades de saúde. Além disso, o processo comunicativo é considerado como importante para o cuidado e acolhimento dos pacientes, com o foco na humanização do Sistema Único de Saúde (CARDOSO *et al.*, 2011; HADDAD *et al.*, 2011), e para a promoção da saúde, pela influência comportamental que causa (PERDICARIS; SILVA, 2008).

### 3.1.3 Comunicação em enfermagem

As disciplinas científicas dedicaram-se ao longo de seu desenvolvimento, à compreensão dos fenômenos universais, direcionando essa compreensão às competências próprias de suas áreas de saber (SIMEONI; DE SANTI, 2012). Como resultado disso, estruturaram-se teorias, as quais constituem e representam o arcabouço específico de cada disciplina, tanto em nível filosófico quanto prático.

Por “teoria” compreende-se o conjunto de pressupostos, declarações, definições, proposições ou estruturas de ideias sistemáticas e logicamente inter-relacionadas, que contribuem para entender fenômenos e explicar ou orientar ações, e a partir da qual podem ser deduzidas, testadas e verificadas hipóteses (MCEWEN; WILLS, 2009).

Entendendo que as teorias refletem as áreas de interesse de uma área de conhecimento, pode-se perceber que a comunicação tem constituído aspecto relevante na Enfermagem. Sobre isso, Stefanelli, Carvalho e Arantes (2012, p. 3) declaram que:

para alicerçar a importância da comunicação que ocorre entre o enfermeiro e o paciente ou cliente, as teorias de enfermagem que norteiam a utilização do processo de enfermagem, de Florence Nightingale à contemporaneidade, apresentam em seu conteúdo ênfase, em diferentes graus, nesse aspecto. Alguns definem a Enfermagem como processo interpessoal e apresentam as estratégias de comunicação como ponto crucial para o relacionamento enfermeiro-paciente. Outras fundamentam o desenvolvimento do processo de enfermagem na interação enfermeiro-paciente, em época e local determinados, assim como há as que definem Enfermagem como interação humana. Outras apresentam o sistema interpessoal como um dos sistemas básicos de sua teoria com destaque para a comunicação, a interação, a percepção, a

transação, o crescimento e o desenvolvimento. Algumas enfatizam a importância da comunicação para a compreensão do êmico, ou seja, o vivido pelas pessoas. Há, ainda, as que dão às suas teorias um cunho mais filosófico e humanista. O que há de comum entre elas é a relevância atribuída à comunicação que ocorre entre o enfermeiro e paciente.

A enfermagem se configura como um processo interpessoal e complexo, em que os profissionais necessitam ter consciência da importante relação dos comportamentos verbais e não verbais presentes nas mais variadas interações e devem ter ciência que as expectativas, emoções, e os estereótipos interferem no processo comunicativo, bem como, o conhecimento prévio dos emissores (BRAGA; SILVA, 2007). Araújo e Silva (2012) pontuam que, a experiência profissional não necessariamente traduz uma maior habilidade no processo comunicativo, sendo as estratégias de comunicação não adquiridas com o tempo, mas sim com capacitações adequadas.

No desenvolvimento das funções do enfermeiro, este precisa utilizar sua competência em comunicação para efetivar o relacionamento com os demais profissionais de saúde, com pacientes e famílias (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2012).

Os enfermeiros reconhecem os momentos para interação com os pacientes e familiares, criam vínculo com estes, comunicam-se verbalmente e, muitas vezes, têm consciência de sua comunicação não verbal, demonstram afetividade nas relações estabelecidas, e buscam validar a comunicação por meio da solicitação de um *feedback*, enfim, realizam na prática processos condizentes a uma comunicação competente (SANTOS, 2011). A competência em comunicação interpessoal é uma habilidade essencial a ser adquirida pelo enfermeiro, uma vez que esta possibilitará um cuidar com os pacientes de forma verdadeira, consciente, e transformadora (BRAGA, 2004). Essa competência deve ser usada para tornar a comunicação mais eficiente possível, afinal cada momento de interação com o paciente é único, e às vezes, decisivo para a tomada de decisão (STEFANELLI, 2012a).

A comunicação é útil em todos os cuidados de Enfermagem e pode ser direcionada de acordo com cada paciente. Ao identificar as necessidades, o enfermeiro deve estar atento para utilizar a comunicação adequada, no intuito da recuperação mais rápida da saúde, ou pelo menos, ajudar o paciente no enfrentamento dos problemas, muitas vezes oriundos das enfermidades, tratamentos ou dos procedimentos hospitalares.

O processo comunicativo, enquanto item indispensável para a prestação do cuidado de enfermagem com qualidade, possibilita a transmissão de informações claras e objetivas, para proporcionar melhores escolhas e resoluções dos pacientes (PETERSON,

CARVALHO, 2011). Na prestação do cuidado, a comunicação permite que o enfermeiro faça o acolhimento com o paciente, que obtenha informações fidedignas sobre sua vida, sobre a doença ou agravo e suas necessidades de saúde, sentimentos, pensamentos, e, além disso, que ofereça os fundamentos necessários ao paciente para que o mesmo desenvolva sua capacidade para o autocuidado, para a satisfação de algumas de suas necessidades, para a participação no tratamento de forma geral (STEFANELLI, 2012a).

Na sistematização da assistência de enfermagem, a comunicação enfermeiro-paciente é muito útil como base para a realização do processo de enfermagem, o que permite a personalização do cuidado e, ao mesmo tempo, a prestação do cuidado competente, necessário e com humanização (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2012).

Para a realização de um cuidado que seja humanizado e personalizado é necessária uma comunicação eficiente no relacionamento enfermeiro-paciente (ORÍÁ; MORAES; VICTOR, 2004). Enfim, a comunicação exerce um papel importante no cuidado, como também na demonstração de respeito (BARBOSA; SILVA, 2006).

O cuidado, para o paciente, é uma forma de transmissão de segurança, respeito e carinho, indo além da realização de técnicas ou simples informações sobre o estado de saúde (BARLEM *et al.*, 2008). Para essa prática, faz-se necessária a compreensão das relações interpessoais que permeiam todo o processo de cura e a subjetividade dos sujeitos envolvidos (RENNÓ, 2012). Quando isso ocorre e a comunicação é utilizada como instrumento no processo de cuidar, tais fatores colaboram para um cuidado de qualidade e o enfermeiro pode alcançar a experiência vivida pelo ser humano em seu processo saúde-doença (MORAIS *et al.*, 2009).

O diálogo enfermeiro-paciente é necessário, cultivando a confiança, o respeito e a empatia, para que tenha uma contribuição no restabelecimento do paciente (PETERSON; CARVALHO, 2011). O enfermeiro deve perceber as necessidades do paciente, mesmo quando este não as verbalize, devendo o profissional ter a arte de cuidar das pessoas (SILVA, 2012).

É importante destacar que o enfermeiro não deve estar restrito às formas de comunicação verbal. Na utilização de diálogos efetivos, o enfermeiro deve conhecer aspectos não verbais – tão importantes no processo comunicativo e, em muitos dos casos, a única forma de expressão do paciente – e saber utilizá-los no momento adequado com o intuito de otimizar o cuidado.

A prestação do cuidado em enfermagem não deve ser focada em um ato que envolve o domínio de técnicas e tecnologias, mas sim como uma ação que envolve a



complexidade do cuidado de um ser humano, sendo necessário o conhecimento de sua história de vida, suas emoções, crenças, e desejos, aspectos que, sem dúvida, permeiam a interação entre as pessoas, passíveis de serem acessados por meio do estabelecimento de uma comunicação efetiva (FERREIRA, 2006).

Nunca é demais lembrar que o enfermeiro e o paciente que recebe os cuidados deste são seres humanos que trazem consigo diversas influências emocionais, culturais, sociais. Assim, para um bom uso da comunicação na enfermagem, o profissional precisa entender tais características, bem como utilizar-se de um vocabulário que seja compreensível, cuidar de promover o melhor ambiente possível para que o processo aconteça e estar disponível para o ato de comunicação, tendo sempre o senso de oportunidade, que envolve perceber se o paciente naquele momento está pronto para receber as informações e os possíveis ruídos que possam dificultar a interação com o mesmo (STEFANELLI, 2012a).

### **3.2 Estado da Arte**

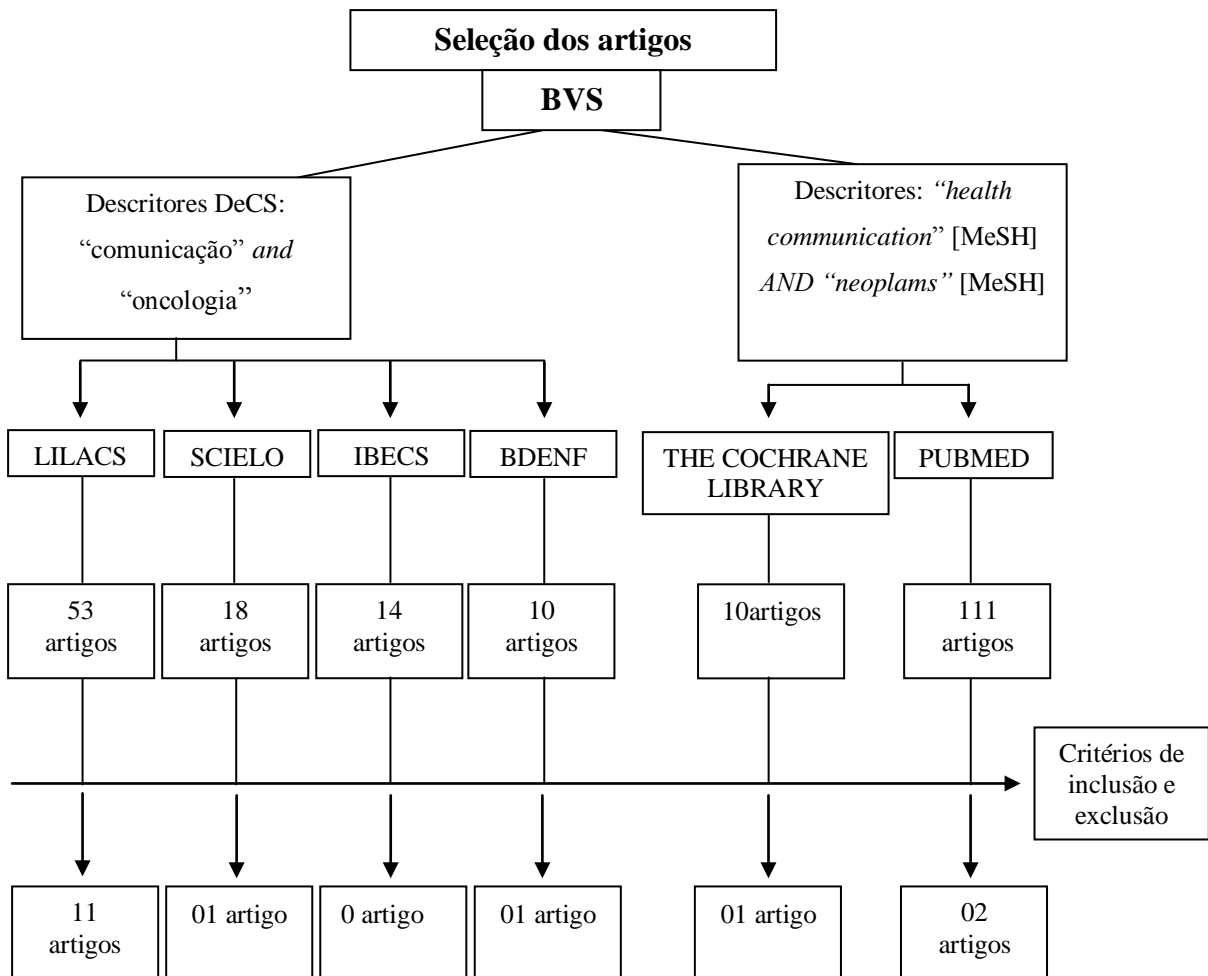
No intuito de identificar o que está sendo pesquisado sobre comunicação e oncologia, realizou-se um levantamento bibliográfico por meio de uma revisão integrativa, a qual caracteriza pela síntese dos resultados realizada pelo pesquisador, mas sem alterar a filiação epistemológica dos estudos que são incluídos, sendo necessária para tal, a realização de uma análise e síntese dos dados primários de forma rigorosa e sistemática (SOARES *et al.*, 2014).

A questão norteadora da pesquisa foi: Qual o panorama nacional e internacional sobre estudos de comunicação com paciente oncológico? As seguintes bases de dados foram utilizadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para a busca utilizou-se os descritores contemplados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “comunicação” AND “oncologia”. Na base de dados US National Library of Medicine (PUBMED) e The Cochrane Library, foram utilizados os termos contemplados no Medical Subject Headings (MeSH): “health communication” AND “neoplasms”. A busca teve como critérios de inclusão: artigos publicados no idioma inglês, português ou espanhol; disponibilidade do texto completo de forma gratuita, através da inserção do título do trabalho no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); publicados no período compreendido entre 2006 a 2015. Foram excluídos os artigos que não atendiam aos critérios propostos ou que estivessem repetidos.

A síntese ocorreu de forma descritiva no que se refere às informações dos estudos obtidos em cada uma das pesquisas. Os dados oriundos dos artigos, mediante análise dos resultados, foram agrupados por semelhança e organizados em categorias temáticas, descritas a seguir.

Do total de 216 artigos encontrados, 16 enfocavam o processo comunicativo com o paciente oncológico. A seleção detalhada está descrita na figura 1.

Figura 1 – Diagrama representativo do processo de seleção de artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO, IBECs, BDEFN, THE COCHRANE LIBRARY e PUBMED sobre estudos de comunicação realizados na oncologia. Crato, 2016.



Os resultados apresentados contemplam o título do artigo, país de origem, objetivos principais, e base de dados sendo tais variáveis visualizadas no quadro 1. Em seguida, apresentar-se-á as temáticas dos estudos, divididas em categorias, a saber, Comunicação de más notícias a pacientes oncológicos; Comunicação nos cuidados paliativos em oncologia; Comunicação na ótica dos pacientes portadores de câncer; Estratégias e

habilidades comunicacionais para utilização com pacientes oncológicos; e Comunicação terapêutica na oncologia.

**Quadro 1. Título do artigo, país de origem, objetivo principal e base de dados dos estudos Crato, 2016**

	Título do artigo	País de origem	Objetivo Principal	Base de dados
1	Dificuldades metodológicas em estudos sobre comunicação médico-paciente em Oncologia (COUTINHO; COSTA JÚNIOR, 2014).	Brasil	Apresentar uma revisão das publicações sobre comunicação de más notícias em oncologia de adultos, entre setembro de 2011 e janeiro de 2005.	LILACS
2	Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica (AFONSO; MINAYO, 2013).	Brasil	Discutir e compreender as experiências de oncopediatras diante da tarefa de comunicar notícias difíceis a pacientes e familiares.	LILACS
3	Um cuidado complexo: comunicando as más notícias em oncologia (SOUZA; SOUZA, 2012).	Brasil	Analisar as produções científicas que abordam a temática de más notícias em oncologia e discutir a comunicação das mesmas nesta área.	BDEFN
4	Conflitos éticos na comunicação de más notícias em Oncologia (GEOVANINI; BRAZ, 2013).	Brasil	Identificar as dificuldades e os conflitos éticos enfrentados pelos médicos oncologistas na comunicação de diagnósticos e prognósticos de câncer, tanto na fase inicial como no estágio terminal da doença.	LILACS
5	Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem (FRANÇA <i>et al.</i> , 2013).	Brasil	Investigar e analisar a comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica, sob o ponto de vista de enfermeiros, com base na Teoria Humanística de Enfermagem.	LILACS
6	A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão (BORGES; SANTOS JUNIOR, 2014).	Brasil	Apresentar uma breve revisão da literatura nacional e internacional sobre a comunicação na transição do cuidado curativo para o cuidado paliativo em oncologia.	SCIELO
7	Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia (RENNÓ; CAMPOS, 2014).	Brasil	Analisar a percepção dos clientes de um ambulatório de oncologia da UNACON de Poços de Caldas, Minas Gerais, acerca da comunicação interpessoal profissional-cliente na perspectiva da humanização da assistência e do vínculo usuário-profissional.	LILACS
8	Poor communication in cancer care: patient perspectives on what it is and what to do about it (THORNE <i>et al.</i> , 2013)	Canadá	Compreender a comunicação útil e inútil do ponto de vista do paciente e documentar mudanças nas necessidades do paciente e prioridades ao longo do tempo.	PUBMED
9	Preferences of Malaysian cancer patients in communication of bad news (ENG <i>et al.</i> , 2012)	Malásia	Descrever as preferências dos doentes com câncer da Malásia sobre a comunicação de más notícias.	PUBMED

10	Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer (OTONI, BARROS, 2012)	Brasil	Identificar e analisar os estudos que avaliam a eficácia das estratégias utilizadas para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes com câncer.	LILACS
11	Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE) (SILVA <i>et al.</i> 2011)	Brasil	Analisar percepções e dificuldades que os médicos vivenciam frente ao paciente oncológico.	LILACS
12	Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico (GOMES; SILVA; MOTA, 2009).	Brasil	Analisar a conduta de médicos especialistas em oncologia e não especialistas quanto à comunicação do diagnóstico de câncer.	LILACS
13	O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009).	Brasil	Descrever o momento da comunicação do diagnóstico do câncer infantil para o paciente e a família, e as principais dificuldades enfrentadas pelos oncologistas pediátricos no tratamento da criança com câncer.	LILACS
14	Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. (MOORE <i>et al.</i> , 2013)	Chile	Para avaliar se a <i>communication skills training</i> (CST) é eficaz em melhorar as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do câncer, e na melhoria do estado de saúde do paciente e satisfação.	THE COCHRANE LIBRARY
15	Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer (PETERSON; CARVALHO, 2011)	Brasil	Avaliar as dificuldades e suas respectivas causas na percepção do enfermeiro, ao prestar assistência ao paciente idoso portador de doença oncológica.	LILACS
16	Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia (SANTOS <i>et al.</i> , 2010)	Brasil	Refletir acerca do cuidado pré-operatório da mulher portadora de câncer de mama, baseada na comunicação terapêutica como referência do cuidar pelo(a) enfermeiro(a) atuante na área oncológica.	LILACS

### Categoria 1 - Comunicação de más notícias a pacientes oncológicos

Há alguns momentos no percurso da doença oncológica que requerem, ainda mais, a utilização de uma comunicação efetiva, principalmente quando o paciente recebe uma notícia ruim (AFONSO; MINAYO, 2013). Em relação a esse ponto, três momentos são considerados cruciais, a saber, o diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; de graves sequelas dos tratamentos; e de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos (INCA, 2008).

Pelo impacto emocional que carregam e pela dificuldade que as mesmas representam no percurso do tratamento, a comunicação de notícias difíceis representa um desafio para os profissionais de saúde envolvidos. Embora se reconheça que cabe ao médico a responsabilidade principal na informação referente ao diagnóstico, tratamento e prognóstico dos pacientes, o enfermeiro necessita apoiar o paciente e a família neste enquadre situacional. Para isso, uma boa comunicação é ferramenta vital.

A comunicação médico-paciente eficiente é necessária à adesão ao tratamento no modelo biopsicossocial. Os artigos analisados em uma revisão avaliaram os efeitos de programas de treinamento sobre o comportamento de comunicação de más notícias para médicos, enfermeiros e para pacientes; e efeitos de outras estratégias de intervenção desenvolvidas com o intuito de melhorar a transmissão e absorção de informações pelos pacientes. Sendo que os dados obtidos no estudo continuam não oferecendo resultados que permitam conclusões acerca da forma mais eficiente de lidar com a comunicação de más notícias para profissionais de saúde, para pacientes e familiares (COUTINHO; COSTA JÚNIOR, 2014). Tal carência de evidências empíricas diverge de outro estudo (PAUL *et al.*, 2009).

Na oncologia pediátrica é preciso a comunicação para abordar a falha na terapêutica, a presença de metástases, os efeitos colaterais, e a necessidade de cuidados paliativos. Evidenciou-se, pela revisão integrativa, a carência de estudos que focam na percepção dos profissionais sobre as notícias difíceis; na comunicação como estratégia para abordagem de aspectos psicossociais, culturais, bioéticos, legais e emocionais; na expectativa de habilidades médicas para as quais estes profissionais não foram treinados. Observou-se ainda, que informações e treinamento dos profissionais sobre estratégias da comunicação de notícias difíceis são insuficientes para acompanhar o dinamismo das ocorrências e das relações pessoais na área oncológica (AFONSO; MINAYO, 2013).

O estudo de Souza e Souza (2012) apontou a falta de capacitação profissional na comunicação de más notícias; a dificuldade do profissional na comunicação de más notícias; e o protocolo *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary* (SPIKES), o qual apresenta passos para a comunicação de más notícias, e sua contribuição para a prática profissional. Portanto, é ressaltada a importância, durante o processo comunicativo, do momento em que é transmitida uma má notícia, lembrando-se do que está vivenciando o paciente (DIAZ, 2006).

Geovanini e Braz (2013) identificaram como sendo um dos principais conflitos, a justa adequação moral do emprego da verdade no processo comunicativo com o paciente

portador de câncer, se esta é uma ação beneficente para o paciente, e ao manejo com a família na relação médico-paciente. Identificou-se nas evidências, que os problemas éticos decorrem, predominantemente, em relações paternalistas com interferência na autonomia do paciente. Os resultados filtrados corroboram com a literatura (DIAZ, 2006; TRINDADE *et al.*, 2007).

A temática é abordada na literatura científica, no entanto, foi possível verificar que são escassas ainda pesquisas relacionadas à comunicação de más notícias e o enfermeiro (SOUZA; SOUZA, 2012). Dessa forma, a investigação sobre o processo comunicativo de más notícias no contexto de saúde constitui um tema de pesquisa relativamente recente e que envolve uma série de desafios ao pesquisador, entre elas, a utilização de uma metodologia adequada (COUTINHO; COSTA JÚNIOR, 2014).

## Categoria 2 - Comunicação nos cuidados paliativos em oncologia

Os cuidados paliativos são caracterizados por uma abordagem de cuidado distinta, pois se destina a melhorar a qualidade de vida do paciente com doença avançada e seus familiares, por meio de avaliação e tratamento adequados para o alívio da dor e dos sintomas, e proporciona suporte psicossocial e espiritual (ARAÚJO; SILVA, 2007). Quando é utilizada a comunicação em pacientes com câncer fora da possibilidade de cura, cria oportunidades de aprendizagem e viabiliza maior confiança na interação (RODRIGUES; FERREIRA, MENEZES, 2010), e permite a participação na tomada de decisão (ROSCOE *et al.*, 2013).

Na ótica dos enfermeiros, a comunicação se configura como um elemento eficaz no cuidado com a criança portadora de câncer e é importante para a promoção dos cuidados paliativos quando alicerçada na Teoria Humanística de Enfermagem (FRANÇA *et al.*, 2013), uma vez que as crianças como os seus pais apresentaram necessidades físicas e psicológicas durante os cuidados paliativos e os autores recomendaram aos profissionais que dispensem mais atenção na perspectiva do cuidado integral (THEUNISSEN *et al.*, 2007).

A comunicação, a partir dos interagentes em um encontro clínico, deve ser autêntica entre o enfermeiro e todos os envolvidos no processo de cuidados paliativos na oncologia pediátrica, e configura-se como um elemento chave do cuidado com a criança que vivencia o processo de finitude, sendo útil para a promoção da assistência de Enfermagem Humanística (FRANÇA, *et. al.*, 2013).

Uma revisão da literatura permitiu identificar que as principais tendências de produção em cuidados paliativos voltam-se para a investigação da qualidade da comunicação

entre médicos e enfermeiros junto aos pacientes e familiares, para treinamentos de habilidades de comunicação e o desenvolvimento de protocolos (BORGES; SANTOS JUNIOR, 2014).

### Categoria 3 - Comunicação na ótica dos pacientes portadores de câncer

No cotidiano do paciente portador de câncer, há contornos sutis que poderão se revelar em transtornos emocionais, cognitivos e comportamentais, condicionados ao fato da presença de doença grave (SALES, MOLINA, 2004). Os sentimentos e emoções nos pacientes devido a doença ainda ser estigmatizante, apesar das respostas negativas e dos que relatassem nenhuma interferência em sua vida após o diagnóstico, há unanimidade no que diz respeito à esperança (SILVA *et al.*, 2013)

No estudo de Rennó e Campos (2014) os pacientes enfocaram a importância do processo comunicativo, pois este conforta, acalma, alivia sintomas, diminui angústias e equilibra. Ressalta-se que, de maneira inversa, os ruídos advindos de uma comunicação ruidosa provocam angústias, medos, ansiedade, entre outros sentimentos negativos.

Dessa forma, os espaços de diálogo proporcionam a criação de vínculo entre paciente e profissionais, e que podem ser alcançadas a socialização, a troca de experiências e o autoconhecimento (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

Podemos perceber que os pacientes que enfrentam o câncer estão vulneráveis e altamente sintonizadas com as nuances das mensagens ao seu redor, sendo a comunicação eficaz responsável por dar suporte, conforto, e sustenta a esperança, já a comunicação ineficaz favorece deixar o paciente confuso, desorganizado, e com angústias (THORNE *et al.*, 2013).

Eng *et al.* (2012) identificaram o desejo dos pacientes da Malásia em ter a honestidade de seus médicos quando se trata de comunicação de más notícias. Tal fato está em contraste com a percepção geral dos doentes asiáticos, que preferem ser protegidos de saber más notícias, pelo medo de não serem capazes de lidar com a situação (LAPINE *et al.*, 2001).

Na interação dos falantes, a honestidade na comunicação de más notícias é essencial para a maioria dos pacientes, embora possa gerar emoções desagradáveis. Reflexivamente, é importante tentar identificar quanta informação é desejada pelo paciente antes da divulgação de qualquer notícia (ENG *et al.*, 2012).

### Categoria 4 - Estratégias e habilidades comunicacionais para utilização com pacientes oncológicos

Otoni e Barros (2012) identificaram várias estratégias usadas na condução dos treinamentos sobre comunicação, como abordagem teórica, prática, dramatização e discussão sobre a assistência, e para a avaliação dos treinamentos; em que os autores usaram diversos instrumentos, a maioria apresentou resultados positivos e as demais foram eficazes (OTONI; BARROS, 2012). As emoções alteradas dos pacientes e seus familiares, a abordagem diferenciada de transmitir o diagnóstico, uma má notícia e o tratamento que, em curto prazo, são mais difíceis que a própria doença, tornam-se fatores limitantes aos objetivos da relação médico-paciente (SILVA *et al.*, 2011).

A comunicação é, portanto, uma questão de legitimidade sobre o que é considerado adequado na assistência a pessoas portadoras de câncer, sendo necessária a implementação de estratégias que favoreçam melhoria da qualidade da comunicação, afinal, como aponta na literatura, nem sempre a comunicação resulta em satisfação e resultados positivos para os pacientes (OTONI; BARROS, 2012). Em outro estudo de revisão, são descritas outras intervenções multidisciplinares direcionadas aos pacientes, profissionais e intervenção multimídia (DIEFENBACH *et al.*, 2009).

Silva *et al.* (2011) chamam a atenção à utilização de protocolos terapêuticos na comunicação com pacientes com câncer, que tiveram uma tendência de respeitarem o direito do paciente e consultá-los na decisão diagnóstica.

O tópico discursivo relacionado ao profissional médico na comunicação do diagnóstico ao paciente, apresenta dificuldades no gerenciamento da comunicação com os enfermos. O estudo identificou a taxa de omissão das informações superior entre os que não são especialistas, porém não foi nula entre os que trabalham habitualmente com a doença (GOMES; SILVA; MOTA, 2009). O medo, a falta de habilidades em comunicação e apoio emocional, bem como a falta de tempo, parecem ser barreiras que interferem na atuação desta atividade (SILVA; ZAGO, 2005).

Quando é a informação do diagnóstico na criança, deve ser oferecida aos pais a compreensão necessária sobre a doença, o que ajuda no enfrentamento. É necessário que o médico informe a verdade do diagnóstico e prognóstico, por mais delicada e penosa que essa tarefa possa ser. A dificuldade de tal tarefa reside na formulação verbal da informação, mas, sobretudo, na carga afetiva de intenso sofrimento e desespero que sobre ele será imediatamente depositada após a comunicação (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009).

Em um estudo que avaliou os cursos de treinamento em comunicação, foi possível identificar que vários cursos parecem ser eficazes em melhorar alguns tipos de habilidades de



comunicação relacionadas com a recolha de informação e habilidades de suporte (MOORE *et al.*, 2013).

#### Categoria 5 - Comunicação terapêutica na oncologia

Por meio do uso da comunicação terapêutica com o doente tem-se a capacidade de identificar os seus problemas, com base na sua própria atribuição de significados aos fatos vivenciados, na tentativa de ajudar a encontrar maneiras de manter ou restabelecer a saúde (BRIGA, 2010).

A proposta de comunicação terapêutica com mulheres portadoras de câncer de mama, discutida na pesquisa, permite romper com o paradigma tradicional da intervenção de enfermagem e internação hospitalar, que se mostram promotores de exclusão na participação da organização do autocuidado (SANTOS *et al.*, 2010).

Em outra pesquisa, foi identificado que os enfermeiros, em sua maioria, encontram dificuldades em lidar com os sentimentos negativos, emanados pela situação, interferindo no cuidado, e os autores sugerem capacitação que incentive habilidades, como a comunicação terapêutica (PETERSON; CARVALHO, 2011).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

### 4.1 Referencial Teórico

Como referencial teórico do presente estudo, foi utilizado o trabalho de Clara Valverde Gefaell (2007), que aborda fundamentos da comunicação terapêutica e suas estratégias de aplicação, com foco na enfermagem. Entretanto, de modo auxiliar, também serão utilizados trabalhos de outros autores na descrição dos elementos da comunicação terapêutica, na análise e na discussão.

Clara Valverde Gafaell (2007), em seu livro *Comunicación terapéutica en enfermería*, menciona que analisou os anos em que foi professora e observou que há enfermeiros que acreditam que falar como o paciente não faz parte de seu trabalho, e que até mesmo os atrapalha; e também profissionais que pensam que a comunicação com o paciente é sua tarefa, mas esperam "solucionar". E diante de tal fato ela relatou que os profissionais não têm nenhuma formação sobre a comunicação terapêutica e como esta se difere de comunicação social, e as carências na área relacional prejudicam o trabalho da enfermagem, uma vez que a comunicação terapêutica é a base para a profissão. Tais fatos, atrelados a sua vivência nas unidades de saúde e por possuir uma doença crônica, a motivaram a estudar sobre a comunicação terapêutica.

Seguindo essa linha de raciocínio, por comunicação terapêutica entende-se a competência do profissional de saúde em utilizar o conhecimento acerca da comunicação humana para auxiliar o outro a descobrir e também utilizar sua capacidade e seu potencial para solucionar os conflitos existentes, reconhecer as limitações individuais, procurar ajustar o que não pode ser mudado e a enfrentar as barreiras à autorrealização, na busca de uma forma de viver mais saudável possível, possuindo como objetivo encontrar um sentido para a utilização da autonomia na vida diária (SILVA, 2010; STEFANELLI, 2012b).

Na enfermagem, a comunicação, utilizada de forma terapêutica, permite que o profissional ajude os pacientes a se adaptarem melhor às situações, identificando e atendendo as suas necessidades de saúde, transmitindo confiança no intuito de que estes se sintam satisfeitos e seguros, o que, conseqüentemente, diminui o medo e a ansiedade, e possibilita ao paciente a participação ativa na sua terapêutica (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Para que o enfermeiro realize a comunicação terapêutica, ele precisa ter ciência de algumas premissas acerca da comunicação, e são elas: é o eixo que integra assistência, pesquisa e ensino em enfermagem; propicia ao profissional exercer a profissão como ciência e arte; permite a integração do ser pessoal; é fundamental no cuidado humanizado; é essencial

no processo de educação em saúde; e é indispensável à saúde (STEFANELLI, 2012b). É através da comunicação terapêutica que o profissional enfermeiro consegue visualizar o seu papel junto ao paciente, como um quadro de “equilíbrio” na relação de ajuda, então este profissional será um parceiro dos pacientes na etapa de adaptação (GEFAELL, 2007).

O principal objetivo da comunicação terapêutica é aumentar a qualidade de vida do paciente, e, como esta comunicação é uma relação de ajuda, possui um método peculiar, o qual permite o profissional manter o seu papel da profissão e seus objetivos terapêuticos necessários, sendo a função do paciente, nesse processo, expressar seu descontentamento e sua maneira, para que o enfermeiro possa conhecê-lo melhor e assim ajudá-lo. É a partir da compreensão da experiência do paciente com a doença que o enfermeiro efetua a melhor escolha de intervenções verbais e não verbais (GEFAELL, 2007).

Os elementos que constituem a comunicação terapêutica são: o pensamento terapêutico; a empatia; a escuta receptiva e reflexiva; a atenção às emoções do paciente; o acompanhamento do paciente em suas reflexões; a ajuda ao paciente para aumentar sua dignidade; a autoreflexão e a auto-observação (GEFAELL, 2007); a confiança e o respeito (STEFANELLI, 2012b).

No presente estudo foram utilizados os elementos da comunicação terapêutica que foram considerados críticos na atenção oncológica, e são eles: a empatia, a escuta receptiva, o respeito, e o acompanhamento do paciente em suas reflexões. Tais elementos serão abordados a seguir.

#### 4.1.1 Empatia

A empatia é uma atitude necessária e que se observa na face e nas palavras do enfermeiro para compreender e entender a condição do paciente, criando um ambiente seguro, de ajuda e de confiança. Ao ser empático, o profissional comunica que aceita as emoções e a situação, sendo necessário, muitas vezes, que o enfermeiro busque imaginar o que está sentindo e vivendo o paciente. Difere-se da simpatia, uma vez que esta é uma reação comum na comunicação social, ao passo que a empatia constitui uma ferramenta da comunicação terapêutica (GEFAELL, 2007).

Agir de maneira empática, em contextos espontâneos e institucionais, envolve também o ato de comunicar ao paciente as emoções pertencentes ao comportamento do profissional. Também acontece o engajamento do lado emocional, entretanto, o enfermeiro deve ter certa cautela, para que não haja um envolvimento emocional prejudicial (STEFANELLI, 2012b).

Para o paciente, a empatia traz inúmeros benefícios, e são eles: faz com que se sinta mais confortável; que perceba que está sendo compreendido; se sinta menos sozinho com a sua situação vivenciada; percebe que pode expressar suas emoções e viver melhor com elas; ajuda a confiar no profissional; ajuda a aumentar a autoestima; e, proporciona a sensação de ser mais aceito. Existem ainda, benefícios para o profissional, a saber, reforça a identidade dentro da comunicação terapêutica; auxilia no entendimento do paciente; aumenta a sensação de ser "humano"; aumenta a satisfação com a forma que é realizado o trabalho; ajuda a manter o foco no paciente; e, minimiza o estresse sobre a interação (GEFAELL, 2007).

#### 4.1.2 Respeito

O respeito é um item indispensável para a comunicação terapêutica, e consiste em tratar o paciente como os profissionais gostariam de ser tratados, com todos os direitos humanos, como sujeito de vida de sua própria vida e não um objeto do sistema de saúde; e ainda orientá-los em questões burocráticas. Em comunicação terapêutica, o paciente não precisa mostrar respeito pelo profissional, pois aqui não se trata de uma questão de reciprocidade. Quando o paciente não mostra respeito pelo enfermeiro, essa ausência deve ser visualizada com uma expressão de seu desconforto (GEFAELL, 2007).

Stefanelli (2012b) ainda acrescenta que o enfermeiro pode colocar limites quando as manifestações de comportamento extrapolam o aceitável, através da demonstração de franqueza e honestidade, com a evidência que com o uso da comunicação terapêutica, independente do seu comportamento, este paciente é aceito como pessoa.

#### 4.1.3 Escuta receptiva

A escuta é uma ferramenta útil para o enfermeiro, pois o que paciente diz e como ele fala é um dos materiais mais úteis para a comunicação terapêutica. Além de proporcionar a obtenção das informações acerca do paciente, podem ser gerados inúmeros benefícios para este, como: o estabelecimento de uma relação de confiança; minimização do sentimento de solidão diante da situação; favorece o desenvolvimento das emoções; permite o conhecimento sobre a experiência da doença; facilita que o profissional saiba as opiniões acerca dos tratamentos e problemas de atendimento (GEFAELL, 2007).

Durante o desenvolvimento da comunicação humana, ambos os interlocutores são responsáveis pela qualidade do processo. Entretanto, na comunicação terapêutica a responsabilidade pela qualidade da escuta é do profissional enfermeiro, pois a escuta terapêutica é uma metodologia de trabalho. Tal metodologia indica que o profissional deverá

falar pouco e ouvir muito, e que a escuta seja receptiva por meio da observação, do pensamento do que é dito, e do esforço em entender e seguir a história narrada com o foco nos eventos importantes (GEFAELL, 2007).

#### 4.1.4 Acompanhamento do paciente em suas reflexões

Os pacientes são confrontados com desafios, como tentar adaptar-se ao seu problema de saúde, conviver com as emoções que os problemas de saúde provocam, decidir as formas de viver a situação, repensar seus papéis na família e na sociedade, dentre outros. O papel do enfermeiro em uma relação de ajuda é acompanhar e favorecer um tratamento em que o paciente possa observar a sua situação e como pode adaptar-se a ela (GEFAELL, 2007). Os profissionais necessitam ter a capacidade de identificar, avaliar as informações contextuais e, quando possível, minorar os sintomas físicos da doença, a incapacidade, as alterações nos papéis sociais e o isolamento social associados com a doença (CARDOSO *et al.*, 2007).

## 4.2 Procedimentos Metodológicos

### 4.2.1 Tipo de estudo

Para o alcance do objetivo da pesquisa, foi realizado um estudo descritivo de natureza compreensiva.

O tipo de estudo descritivo foi selecionado por que tem o intuito de realizar a descrição das características de uma determinada população (GIL, 2010), sendo necessário que os fatos sejam observados, registrados, analisados, classificados e interpretados pelo pesquisador, mas sem interferência deste (ANDRADE, 2010).

Quanto à abordagem compreensiva, esta foi designada para o presente estudo porque privilegia a inteligibilidade e a compreensão como propriedades específicas dos fenômenos sociais, expondo que os conceitos de intencionalidade e significado os separam dos fenômenos naturais (MINAYO, 2008).

Embora haja diferentes métodos para a operacionalização, a abordagem compreensiva, possui alguns aspectos comuns: a) foco na experiência vivencial e o reconhecimento que a realidade do homem é complexa; b) o contato com os indivíduos ocorre em seus próprios contextos sociais; c) a relação entre o pesquisador e sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo face a face e a empatia d) os resultados do estudo tem o intuito de explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos em estudo; e) os textos oriundos de análises compreensivas apresentam a realidade de

forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista dos indivíduos ante um projeto social em construção e em projeção para o futuro; f) as conclusões provenientes das análises compreensivas não são universalizáveis, ainda que a compreensão de contextos ímpares permita inferências mais abrangentes que a análise das microrrealidades e comparações (MINAYO, 2008).

#### 4.2.2 Período de realização da pesquisa

O presente estudo foi iniciado em junho de 2014, com o início da elaboração do projeto, e foi finalizado no mês de março do ano 2016.

#### 4.2.3 Local do estudo

O estudo aconteceu na cidade de Barbalha, situada na Região do Cariri cearense, com área de 569.508 km<sup>2</sup> e população de 55.323 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

O referido município tem sua base econômica fundamentada no comércio e na agricultura. Há também atividades ligadas ao turismo, tendo em vista sua privilegiada situação geográfica ao sopé da Floresta Nacional do Araripe. Barbalha também se destaca pelo atendimento de saúde à população em diversas áreas especializadas com a realização de tratamentos oncológicos, procedimentos de cirurgia cardíaca, neurocirurgia e terapia de reposição renal. As atividades de saúde são um ponto de destaque para uma cidade localizada no interior do Estado (BARBALHA, 2014a).

O pólo de saúde do município de Barbalha é considerado um dos melhores do Nordeste, especialmente nas áreas de oncologia, cardiologia, nefrologia e neurologia. Devido à importância do setor e ao grau de excelência dos serviços de saúde da cidade, a Universidade Federal do Cariri – UFCA elegeu este município para abrigar a sua Faculdade de Medicina no Cariri (BARBALHA, 2014a).

O sistema municipal de saúde de Barbalha apresenta uma estrutura para a realização de serviços básicos, de média e alta complexidade em saúde, sendo referência em âmbito micro e macrorregional. O sistema conta com prestadores públicos, privados filantrópicos e conveniados. Há uma estrutura organizacional com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos tipos III, álcool e drogas e infantil; uma unidade de assistência direcionada exclusivamente para atendimento ao binômio mãe-bebê, denominado Centro de Saúde Materno Infantil; uma unidade de assistência ao idoso; dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); 22 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); uma Central de

Regulação de Consultas e Exames com implantação do Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde (SISREG/SUS); uma Unidade de tratamento fora de domicílio. O município dispõe em parceria com o Governo Estadual de uma Policlínica tipo II, e com o Governo Federal de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas (BARBALHA, 2014b).

Existem ainda, no sistema, três hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde: Hospital Maternidade Santo Antônio, com os serviços de tomografia, neurocirurgia, ressonância magnética, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto tipo II; Hospital do Coração do Cariri, que conta com os serviços de cirurgia cardíaca, implantes de marca-passo, cateterismo cardíaco, UTI adulto tipo II; e Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), o qual tem serviços de traumatologia-ortopedia, UTI adulto, pediátrica e neonatal - tipo II, quimioterapia, radioterapia, e medicina nuclear (BARBALHA, 2014b).

O Centro de Oncologia do HMSVP integra a rede estadual de atenção oncológica no Estado do Ceará composta por seis unidades na capital Fortaleza, uma no município de Sobral e uma na cidade de Barbalha (CEARÁ, 2014). Na região do Cariri, o HMSVP é único hospital com serviços de oncologia. Desse modo, tendo como base os serviços de saúde que compõem o sistema de saúde de Barbalha e tendo em vista a importância deste município no atendimento em saúde à população no contexto cearense e caririense, escolheu-se o serviço de oncologia do HMSVP como cenário de realização desta pesquisa.

O HMSVP iniciou as atividades em 1970, quando foi entregue à administração das Irmãs Beneditinas Missionárias, e sua obra obteve ajuda da Igreja Católica, da população local, dos benfeitores estrangeiros e do poder público. Possui a classificação de hospital de alta complexidade, devido à natureza dos serviços que oferta, entre os quais os tratamentos na área oncológica (HMSVP, 2014). Quanto ao tipo do estabelecimento, é hospital geral, possui a esfera administrativa de caráter privado, com a gestão municipal, e quanto à natureza da organização, classifica-se como entidade beneficente sem fins lucrativos. A Instituição possui um total de 608 funcionários, dos quais 32 são enfermeiros (DATASUS, 2014).

O setor oncológico adulto do hospital estudado é dividido em unidades de quimioterapia, radioterapia e internação oncológica. Elegeram-se as unidades de quimioterapia e de internação oncológica para realização desta pesquisa, excluindo-se a unidade de radioterapia por questões éticas, uma vez que este setor possui apenas uma enfermeira responsável, o que tornaria impossível a garantia do anonimato desta participante e do caráter confidencial de suas informações, como exigem as boas práticas de pesquisa.

#### 4.2.4 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros atuantes no cuidado a pacientes oncológicos no HMSPV. Como critérios de inclusão dos participantes, definiram-se os seguintes: ser enfermeiro/a lotado/a no setor da oncologia da instituição há pelo menos seis meses. Foram excluídos os enfermeiros que não estivessem em pleno exercício de suas funções durante a coleta de dados por férias ou licença de qualquer natureza, ou que não estivessem presentes nos dias disponibilizados pela pesquisadora para a coleta de dados.

No período da coleta de dados, havia seis enfermeiras exercendo atividades no setor da oncologia. Destas, participaram da pesquisa quatro enfermeiras. Foram excluídas duas enfermeiras, sendo uma delas excluída por não ser enfermeira fixa do setor de oncologia e a outra por trabalhar no turno noturno, o qual não foi analisado pela pesquisadora.

Para manter o sigilo da pesquisa, cada enfermeira foi denominada no estudo pela letra E, sucedido pelo número da observação e da entrevista por ordem sequencial, sendo, desse modo, codificadas de E1 a E4.

#### 4.2.5 Coleta de dados

O presente estudo foi realizado, mediante o uso de três métodos de coleta de dados: observação, entrevista e registro das informações em diário de campo.

Utilizou-se a triangulação dos métodos anteriormente descritos. A triangulação permite que o pesquisador utilize três técnicas ou mais com o intuito de ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa (MARCONDES; BRISOLA, 2014), a qual é capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista, sendo necessária a utilização de combinação de múltiplas estratégias de pesquisa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Antes da coleta de dados propriamente dita, a pesquisadora inseriu-se no campo de pesquisa, tendo destinado o período de um mês em cada setor a fim de conhecer a rotina, familiarizar-se com a equipe, assim como para planejar a execução da coleta de dados.

Também realizou-se um pré-teste dos instrumentos de coleta de dados com duas enfermeiras, sendo uma do setor de quimioterapia e outra do setor de internação oncológica, e considerou-se que os instrumentos elaborados eram adequados para atingir os objetivos propostos da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu em dois meses em cada setor, com a permanência da pesquisadora de segunda-feira a sexta-feira, e em alguns dias nos finais de semana, em turnos matutinos ou vespertinos, definidos juntos com as enfermeiras, pois foram eleitos os turnos com mais fluxos de atendimento.



As etapas da triangulação incluíram:

Etapa 1: A observação, a qual possibilitou a compreensão da comunicação presente no cuidado prestado pelos enfermeiros segundo a visão da pesquisadora.

Etapa 2: A entrevista, o que permitiu que os participantes pudessem expressar suas opiniões acerca da comunicação por eles desenvolvida.

Etapa 3: O diário de campo, em que a pesquisadora identificou características atitudinais e comportamentais ligadas aos aspectos do processo comunicativo.

#### 4.2.5.1 Etapa 1: Observação

A observação é um método de coleta de dados que permite ao pesquisador conseguir informações, via utilização de todos os seus sentidos, acerca de determinados aspectos da realidade (MARCONI; LAKATOS, 2012).

Para fins desta pesquisa, aplicou-se a técnica de observação sistemática, pois esta é utilizada em estudos que tem como meta a descrição precisa acerca de determinados fenômenos, sendo que, neste tipo de observação, o pesquisador já sabe quais os aspectos da comunidade ou do grupo que são significativos para alcançar os objetivos traçados (GIL, 2006).

Para tal etapa, foi utilizado o roteiro adaptado de Machado (2011) e Haddad (2011), que o utilizaram na investigação da comunicação terapêutica de enfermeiros com pacientes na atenção básica de saúde. O instrumento está no formato de quadro e é composto de itens - dispostos em forma de listas de verificação - que enfocam os elementos específicos da comunicação terapêutica, a saber, empatia, respeito, escuta receptiva, e acompanhamento do paciente em suas reflexões (APÊNDICE A).

Nos quadros, as caselas achuriadas correspondem às atitudes e/ou comportamentos que permitem a concretização dos elementos da comunicação terapêutica.

Cada elemento da comunicação observado corresponde a um quadro contendo a lista de verificação. Por conseguinte, ao final de cada lista de verificação, segue-se uma escala de classificação que sintetiza as informações da mesma. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a escala de classificação permite que o pesquisador classifique os fenômenos em termos de pontos, em uma sequência descritiva, e possibilita o registro da magnitude ou intensidade dos fenômenos.

A escala de classificação presente nesse estudo possui uma graduação numérica de 0 a 10, em que “0” representa o resultado mais negativo, e “10” o aspecto mais positivo da

avaliação geral dos itens da lista de verificação. Desse modo, após o preenchimento da lista de verificação, os itens observados para cada aspecto da comunicação terapêutica foram avaliados e indicados, na escala de classificação, o valor proporcional correspondente ao número de itens indicativos de comunicação terapêutica adequada identificados na observação da comunicação do enfermeiro com o paciente.

Importante salientar que apenas foram contabilizados na graduação numérica os itens averiguados pela pesquisadora e, dessa forma, os itens que não foram exigidos por uma peculiaridade de algum atendimento não foram contabilizados, no intuito de evitar a tendência positiva e/ou negativa do participante investigado para algum elemento da comunicação terapêutica.

Haddad (2001) e Machado (2011) fizeram duas observações com cada enfermeiro, sendo uma em atendimento de enfermagem comum a todas as enfermeiras e outra em atendimento variado. Desse modo, em cada setor do presente estudo, as enfermeiras também foram observadas em tais atendimentos. A seguir, estão explanadas as peculiaridades da observação nos dois setores.

Pelas características de rotina do serviço no setor de quimioterapia e para uma melhor apreciação do objeto em estudo, o atendimento comum observado foi a assistência ao paciente na primeira vez em que vai realizar a terapia antineoplásica e, dessa forma, cada enfermeira foi observada uma vez nesta assistência. O atendimento variado observado foi um dos demais atendimentos realizados pelas enfermeiras, como: punção de cateter totalmente implantado, administração de medicações irritantes e vesicantes, passagem de sonda vesical e sonda enteral, dentre outros. Por conseguinte, cada enfermeira foi observada duas vezes, o que totalizou quatro observações no referido setor.

Para tais atendimentos mencionados, a fim de organização, a pesquisadora referiu as seguintes siglas ao longo do trabalho: Atendimento ao Paciente de Primeira Vez (APPV), e Atendimento ao Paciente em Atividades Rotineiras (APAR).

No setor de internação oncológica, o atendimento comum observado foi a assistência na alta do paciente, em que a enfermeira presta as orientações referentes à doença ou aos procedimentos realizados no período de internação. Desse modo, as enfermeiras do setor foram observadas uma vez nesse atendimento, o qual a pesquisadora referiu para tal atendimento a seguinte sigla ao longo do trabalho: Atendimento para Alta do Paciente (AAP).

O atendimento variado observado foi uma das demais atividades realizadas pelo enfermeiro no setor e que incluem: passagem de sonda vesical, administração de medicações irritantes ou vesicantes, atendimento sobre procedimentos a serem realizados, e assistência na

chegada do paciente no setor quando a situação clínica permitia. Tais atividades observadas foram denominadas, ao longo do estudo, com a seguinte sigla: Atendimento de Atividades Rotineiras (AAR). Cada enfermeira foi observada uma vez na prestação dos cuidados acima descritos.

No setor de internação oncológica, um total de quatro observações foram realizadas e, com as quatro observações do setor de quimioterapia, a pesquisadora realizou no presente estudo oito observações.

#### 4.2.5.2 Etapa 2: Entrevista

A entrevista tem o objetivo de obtenção de informação por meio de uma conversação de natureza profissional, face a face, de maneira metódica (MARCONI; LAKATOS, 2012). Foi realizada a entrevista estruturada, que se caracteriza por ser guiada por uma relação fixa de perguntas (GIL, 2010).

Assim, ao término de cada observação, foi realizada a seguinte pergunta norteadora: “Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?” (APÊNDICE B).

Nesta etapa utilizou-se, com a autorização das enfermeiras, o recurso de gravador de áudio para a obtenção das informações relatadas pelos participantes, as quais foram transcritas posteriormente.

#### 4.2.5.3 Etapa 3: Registro de informações no Diário de Campo

No diário de campo constam as informações importantes que não sejam o registro das entrevistas e, dessa forma, compreende dentre outros, observações sobre comportamentos, gestos, expressões acerca do tema da pesquisa (MINAYO, 2008).

Por conseguinte, durante a observação dos atendimentos das enfermeiras, as atitudes, comportamentos e falas relacionadas aos elementos da comunicação terapêutica investigados no presente estudo - empatia, respeito, escuta receptiva, e acompanhamento do paciente em suas reflexões – foram anotadas no caderno de registro do Diário de Campo.

#### 4.2.6 Análise dos dados

Os dados provenientes das observações, das entrevistas e do diário de campo foram analisados e discutidos em conjunto, de acordo com o referencial teórico explanado anteriormente, buscando-se identificar e compreender a ausência ou a presença dos elementos selecionados para este estudo acerca da comunicação terapêutica.

#### 4.2.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O estudo atendeu aos requisitos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, presentes na Resolução 466 /12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, e nela está explanada que projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta resolução. (BRASIL, 2012).

Para a realização do estudo, em concordância com os aspectos éticos e legais, inicialmente foi solicitada ao hospital a autorização para a realização da pesquisa (ANEXO A).

Após o recebimento da autorização do hospital, realizou-se o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, por meio da Plataforma Brasil. O projeto obteve parecer favorável com o número 974.825 (ANEXO B).

Em seguida, foi realizada a explanação aos participantes da pesquisa, das informações acerca do estudo, dos procedimentos para a sua realização e da importância deste para a comunidade, sendo, então, entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os mesmos (APÊNDICE C), para assinatura do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE D).

Apenas após a finalização dessas ações, deu-se início a coleta de dados.

## 5 RESULTADOS

A seguir, serão explanadas as peculiaridades do cenário do estudo, as características dos participantes da pesquisa e, em seguida, os elementos da comunicação terapêutica investigados.

### 5.1 Peculiaridades do cenário do estudo

No hospital, a receptividade do corpo clínico e demais funcionários com a pesquisadora foi acolhedora e imediata a sua chegada. Tais profissionais, mesmo diante de uma rotina intensa, acompanharam e contribuíram no desenvolvimento do estudo durante todo o período de sua realização, que totalizou seis meses.

Com o intuito de situar o leitor no ambiente em que foi realizada a pesquisa, apresentar-se-á as particularidades do setor de quimioterapia e do setor de internação oncológica.

O setor de quimioterapia é composto por uma estrutura física de recepção, consultórios médicos, sala de espera, banheiros, sala de arquivo de materiais, sala de hematoterapia e a sala de infusão de medicamentos, o qual foi o foco da pesquisadora.

A sala de infusão funciona de segunda-feira a sexta-feira. Esta contém uma recepção, e na sua parte interna possui um acesso para as duas salas de preparação de medicamentos e para o local de armazenamento de insumos. Após a estrutura da recepção, inicia a disposição dos 16 leitos com poltronas reclináveis, dispostos lado a lado, separados por uma estrutura rígida, e que formam na sala um semicírculo, o que facilita aos profissionais a visualização de todos os pacientes. No final da última poltrona, há duas macas isoladas por um biombo, destinadas a algum procedimento que necessite de uma maior privacidade, e em seguida, banheiros para o uso dos pacientes e familiares. Há no centro da sala, um local destinado ao armazenamento temporário da alimentação disponibilizada pelo hospital para todos os pacientes.

Vários profissionais atuam nesse setor, a saber, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, auxiliares de serviços gerais e a equipe de enfermagem. Essa última conta com duas enfermeiras e com 12 técnicos de enfermagem, os quais são divididos em escala para a permanência de quatro técnicos por turno.

A dinâmica do setor de quimioterapia acontece de forma intensa. Há pacientes oriundos dos consultórios médicos para a infusão das medicações prescritas ou que se dirigem diretamente para a sala, pois possuem esquemas quimioterápicos com dias fixos.

Quando é a primeira vez que o paciente vai realizar a terapia antineoplásica, a enfermeira realiza um atendimento, com o repasse de informações sobre a doença e as medicações prescritas, e é apresentado o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade e o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Informado, no qual o paciente ou acompanhante lê e assina, ficando uma via na instituição e uma via com o paciente.

O Termo de Esclarecimento e Responsabilidade é um documento que contém as informações do paciente, das medicações que serão administradas com seus respectivos efeitos colaterais, e as condutas que devem ser realizadas diante de cada efeito. O Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Informado é um documento através do qual o paciente declara estar informado sobre sua doença, tratamentos, riscos, e que todas as dúvidas foram sanadas.

Quanto ao setor de internação oncológica, este é dividido em duas alas compostas por recepção, sala de preparação de medicamentos, sala de arquivos de material, banheiros, e 27 leitos, os quais são separados por biombo quando é exigido para a realização de algum procedimento.

A Ala A é destinada a pacientes portadores de planos de saúde ou particulares e possui um total de 11 leitos. A disposição dos quartos varia, com um leito ou dois. Já a Ala B é destinada aos pacientes do Sistema Único de Saúde e contém 16 leitos, e os quartos dessa ala são organizados com dois ou quatro leitos.

Os profissionais que atuam no referido serviço são médicos, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, auxiliares de serviços gerais e a equipe de enfermagem.

Tais alas possuem como componentes da enfermagem: duas enfermeiras fixas, uma enfermeira para a noite, e estas se revezam para o final de semana; e 28 técnicos de enfermagem, os quais são divididos em escala diária para a permanência de seis profissionais por turno de trabalho, com exceção para do turno da noite que conta com dez técnicos.

Os pacientes encaminhados para tal setor são geralmente os que foram atendidos na urgência e emergência do hospital ou nos consultórios do setor de quimioterapia e/ou radioterapia, e pacientes que irão realizar algum procedimento terapêutico.

## **5.2 Características dos sujeitos**

Os 4 entrevistados eram do sexo feminino. No tocante à idade, esta variou de 25 a 38 anos.

O tempo de formação dos sujeitos envolvidos foi de 3 a 6 anos. E quanto ao tempo de atuação no setor oncológico, este possui a variação de 1 a 6 anos.

As 4 enfermeiras investigadas são especialistas e possuem mais de uma especialização. Foram citados os seguintes cursos: Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria; Gestão Clínica; Urgência e Emergência; e Clínica Médico-Cirúrgica. Todas as enfermeiras (4) encontram-se realizando a especialização em Enfermagem Oncológica, e estão em fase de conclusão.

### **5.3 Aspectos da comunicação terapêutica**

Os elementos da comunicação terapêutica, a empatia, o respeito, a escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões, analisados nas assistências de enfermagem no setor de quimioterapia e internação oncológica serão apresentados a seguir.

#### **5.3.1 Elemento Empatia**

A empatia é uma atitude necessária que pode ser visualizada na face e nas palavras dos enfermeiros, e informa ao paciente que suas situações de vida e de saúde, assim como suas preocupações são importantes (GEFAELL, 2007). Configura-se como ferramenta importante no restabelecimento do ser humano (PETERSON; CARVALHO, 2011).

No presente estudo foram analisadas as seguintes ações, que quando presentes indicam um atendimento utilizando a empatia (GEFAELL, 2007):

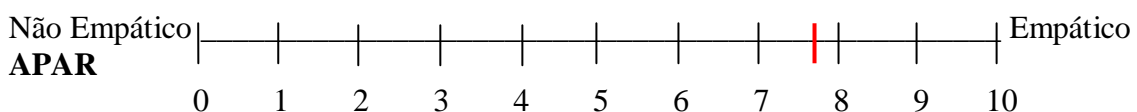
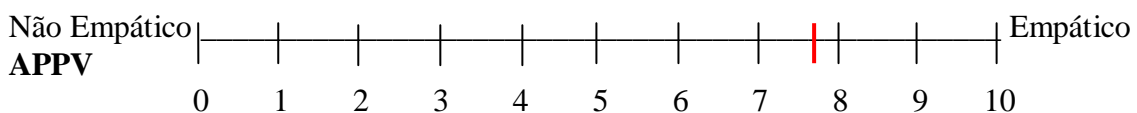
- Mostra ao paciente que entende os seus sentimentos;
- Demonstra que se importa com o paciente e que o conteúdo de sua mensagem é importante;
- Tenta compreender o paciente da forma como ele é e como está no momento da interação;
- Demonstra que está tentando imaginar a situação do paciente, como ele vive, sofre ou sente;
- Oferece ajuda para o paciente quando necessário;
- Sorri para demonstrar o humor;
- Olha nos olhos do paciente enquanto conversam;
- Demonstra vontade de entender o paciente e a sua situação;
- Não usa expressões que amedrontam ou ameaçam;
- Expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando;

- Usa frases para animar o paciente;
- Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta;
- Faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz, repetindo a informação da mesma forma que foi dada no intuito de validar a comunicação.

### 5.3.1.1 Setor de Quimioterapia

Quadro 2 – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E1, Barbalha, 2016.

<b>Itens a serem observados</b>	<b>Presente APPV</b>	<b>Presente APAR</b>	<b>Ausente APPV</b>	<b>Ausente APAR</b>
Demonstra que entende os sentimentos do paciente	x	x		
Demonstra que se importa com o paciente	x	x		
Tenta compreender o paciente	x	x		
Demonstra que está tentando imaginar o que o paciente vive, sofre ou sente	x	x		
Oferece ajuda para o paciente	x	x		
Sorri	x	x		
Olha nos olhos do paciente enquanto conversam	x	x		
Demonstra vontade de entender o paciente	x	x		
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam			x	x
Expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando			x	x
Usa expressões para animar o paciente	x	x		
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta	x	x		
Faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz			x	x

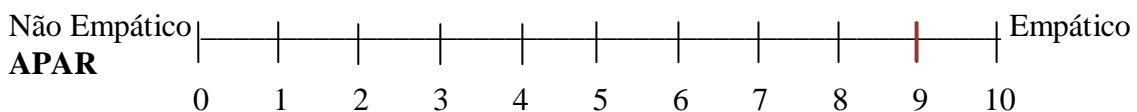
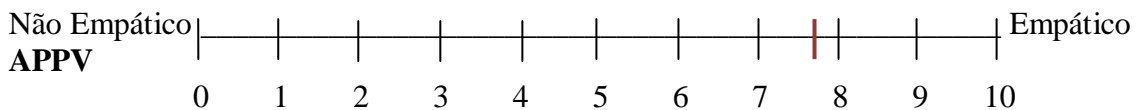




Quadro 3 – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E2, Barbalha, 2016.

Itens a serem observados	Presente APPV	Presente APAR	Ausente APPV	Ausente APAR
Demonstra que entende os sentimentos do paciente	x	x		
Demonstra que se importa com o paciente	x	x		
Tenta compreender o paciente	x	x		
Demonstra que está tentando imaginar o que o paciente vive, sofre ou sente	x	x		
Oferece ajuda para o paciente	x	x		
Sorri	x	x		
Olha nos olhos do paciente enquanto conversam	x	x		
Demonstra vontade de entender o paciente	x	x		
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam			x	x
Expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando		*	x	*
Usa expressões para animar o paciente	x	*		*
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta	x			x
Faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.



Registrou-se a ausência dos seguintes itens: ‘faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz’ e ‘expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando’, sendo este último não exigido em um atendimento.

Foi possível identificar em trechos das entrevistas que as enfermeiras se importam com o paciente:

*“Isso é muito importante, nenhum paciente sai daqui, da sala de quimioterapia sem a orientação do enfermeiro...”*

( E1 no APPV – APÊNDICE E)

“Fazer com que o paciente fique mais a vontade [...] porque é tão ruim quando a gente sabe que o paciente tá tenso e tudo, e a gente [...] não tira essa tensão dele, não faz com que o paciente se sinta bem, relaxado, confiante no nosso trabalho.”

(E2 no APAR – APÊNDICE H)

### 5.3.1.2 Setor de Internação Oncológica

Quadro 4 – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E3, Barbalha, 2016.

Itens a serem observados	Presente AAP	Presente AAR	Ausente AAP	Ausente AAR
Demonstra que entende os sentimentos do paciente	x	x		
Demonstra que se importa com o paciente	x	x		
Tenta compreender o paciente	x	x		
Demonstra que está tentando imaginar o que o paciente vive, sofre ou sente	x	x		
Oferece ajuda para o paciente	x	x		
Sorri	x	x		
Olha nos olhos do paciente enquanto conversam	x			x
Demonstra vontade de entender o paciente	x	x		
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam			x	x
Expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando		x	x	
Usa expressões para animar o paciente		x	x	
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta	x			x
Faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz			x	x



Quadro 5 – Aspectos observados do elemento Empatia na comunicação de E4, Barbalha, 2016.

<b>Itens a serem observados</b>	<b>Presente AAP</b>	<b>Presente AAR</b>	<b>Ausente AAP</b>	<b>Ausente AAR</b>
Demonstra que entende os sentimentos do paciente	x	x		
Demonstra que se importa com o paciente	x	x		
Tenta compreender o paciente	x	x		
Demonstra que está tentando imaginar o que o paciente vive, sofre ou sente	x	x		
Oferece ajuda para o paciente	x	x		
Sorri	x	x		
Olha nos olhos do paciente enquanto conversam	x	x		
Demonstra vontade de entender o paciente	x	x		
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam			x	x
Expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando		x	x	
Usa expressões para animar o paciente	*	x	*	
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta			x	x
Faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.



Nas quatro observações, no setor de internação oncológica, registrou-se a ausência de ‘faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz’.

Na entrevista, uma enfermeira relatou acerca do item ‘Demonstra que se importa com o paciente’, no seguinte trecho:

*“Então o cuidar como enfermeiro de um serviço de oncologia não é só aquele cuidar especializado, é um cuidar com carinho, é um cuidar com amor, é um gesto, é um olhar, é um toque, certo, que eles não precisam só de que você vá lá e aplique uma medicação ou que*

*puncione uma veia, o que eles precisam realmente é daquele toque, daquele carinho, eles precisam do calor humano, eles precisam muito, eles precisam muito do emocional da gente [...]*”

(E4 no ARR – APÊNDICE L)

### 5.3.2 Elemento Respeito

O respeito refere-se ao tratamento com o paciente como o enfermeiro gostaria de ser tratado, com todos os seus direitos, como sujeito ativo de sua própria vida (GEFAELL, 2007) e envolve ouvir o outro com atenção e buscar interpretação, ter compaixão, ser honesto e atencioso (FERNÁNDEZ; PEREIRA, 2005).

Observaram-se as seguintes ações, que quando presentes indicam um atendimento com respeito (GEFAELL, 2007):

- Trata o paciente pelo nome na interação;
- Faz com que o paciente não se sinta um incômodo, um estorvo;
- Não critica nenhum comportamento do paciente;
- Não faz julgamentos acerca do paciente;
- Não emite opinião pessoal;
- Não dá conselhos ou opiniões para o paciente;
- Ajuda o paciente a entender as informações;
- Estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento;
- Ajuda o paciente a tomar decisões sobre o tratamento de sua doença;
- Colabora na elaboração de um plano de cuidado individual;
- Não demonstra ironia ao falar ou através de gestos;
- Não dá a entender que o paciente exagerou durante a interação;
- Não minimiza o que o paciente relata;
- Estimula o paciente expressar seus sentimentos;
- Não trivializa as queixas que traz o doente;
- Não duvida do que o paciente fala;
- Não personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante;
- Respeita a intimidade e privacidade do paciente;

- Demonstra respeito pela cultura do paciente;
- Demonstra respeito pela crença religiosa do doente;
- Não conversa com outras pessoas que estão na sala como se o paciente não estivesse presente;
- Não interrompe a consulta para fazer outras atividades;
- Não atende o telefone fixo ou celular durante a consulta;
- Balança a cabeça como sinal de positivo como forma de afirmação;
- Não demonstra surpresa diante do paciente, expressa no gestual pela abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas;
- Não demonstra desprezo ao paciente, expresso do gesto em que o lábio superior está levantado em um dos cantos, o olhar fixo por alguns minutos para cima e para baixo;
- Oferece opções, alternativas ao paciente;
- Não tenta fazer o paciente ver e não impõe;
- Trata o corpo do paciente com respeito;
- Não faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente.
- Não usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, dentre outras;
- Não usa expressões de humor ofensivo, deboche.

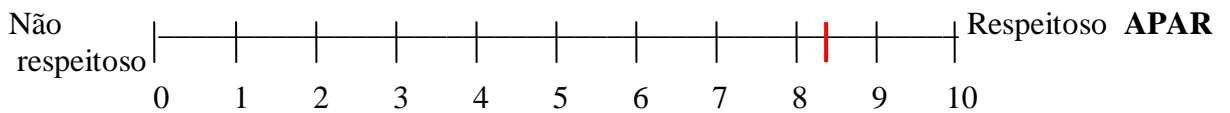
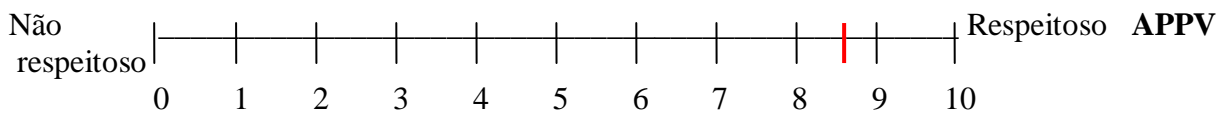
### 5.3.2.1 Setor de Quimioterapia

Quadro 6 – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E1, Barbalha-CE, 2016.

<b>Elementos a serem observados</b>	<b>Presente APPV</b>	<b>Presente APAR 2</b>	<b>Ausente APPV</b>	<b>Ausente APAR 2</b>
Trata o paciente pelo nome	x	x		
Faz com que o paciente não se sinta um incômodo, um estorvo	x	x		
Critica o comportamento do paciente			x	x
Faz julgamentos acerca do paciente			x	x
Emite opinião pessoal	x	x	x	
Dá conselhos para o paciente		x	x	
Ajuda o paciente a entender as informações	x	x		
Estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento			x	x
Ajuda o paciente a tomar decisões sobre o tratamento	x	x		
Colabora na elaboração de um plano de cuidado	x	x		
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			x	x
Dá a entender que o paciente exagerou			x	x

Minimiza o que o paciente diz			X	X
Estimula o paciente expressar seus sentimentos			X	X
Trivializa as queixas que traz o paciente			X	X
Duvida do paciente			X	X
Personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			X	X
Respeita a intimidade e a privacidade do paciente	X	X		
Demonstra respeito pela cultura do paciente	*	*	*	*
Demonstra respeito pela crença religiosa do paciente	*	X	*	
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o paciente não estivesse presente		X	X	
Interrompe a consulta para fazer outras coisas	X			X
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta	*		*	X
Balança a cabeça como sinal de positivo	X	X		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)			X	X
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			X	X
Oferece opções, alternativas ao paciente	X	X		
Tenta fazer o paciente “ver”, impõe			X	X
Trata o corpo do paciente com respeito	X	X		
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente			X	X
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.			X	X
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			X	X

\*Esse item não foi exigido pela situação.

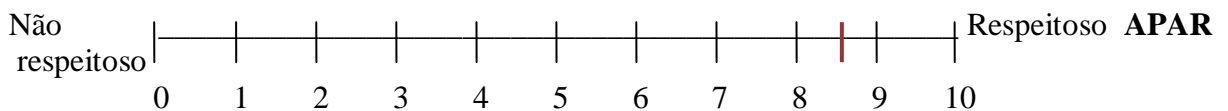
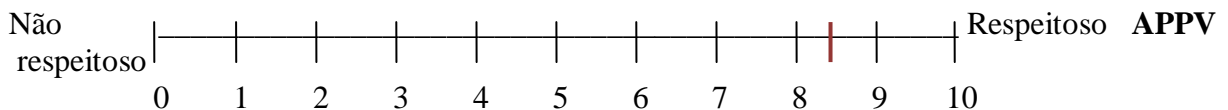


Quadro 7 – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E2, Barbalha-CE, 2016.

Elementos a serem observados	Presente APPV	Presente APAR	Ausente APPV	Ausente APAR
Trata o paciente pelo nome	X	X		
Faz com que o paciente não se sinta um incômodo, um estorvo	X	X		
Critica o comportamento do paciente			X	X

Faz julgamentos acerca do paciente			X	X
Emite opinião pessoal			X	X
Dá conselhos para o paciente	X	X		
Ajuda o paciente a entender as informações	X	X		
Estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento			X	X
Ajuda o paciente a tomar decisões sobre o tratamento	X	X		
Colabora na elaboração de um plano de cuidado	X	X		
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			X	X
Dá a entender que o paciente exagerou			X	X
Mínimiza o que o paciente diz			X	X
Estimula o paciente expressar seus sentimentos			X	X
Trivializa as queixas que traz o paciente			X	X
Duvida do paciente			X	X
Personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			X	X
Respeita a intimidade e a privacidade do paciente	X	X		
Demonstra respeito pela cultura do paciente	X	*		*
Demonstra respeito pela crença religiosa do paciente	*	*	*	*
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o paciente não estivesse presente	X	X		
Interrompe a consulta para fazer outras coisas	X			X
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta		*	X	*
Balança a cabeça como sinal de positivo	X	X		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)			X	X
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			X	X
Oferece opções, alternativas ao paciente	X	X		
Tenta fazer o paciente “ver”, impõe			X	X
Trata o corpo do paciente com respeito	X	X		
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente			X	X
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.			X	X
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			X	X

\*Esse item não foi exigido pela situação.



Nenhuma enfermeira do estudo estimulou o paciente a expressar seus sentimentos ou estimulou o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento.

Nas entrevistas, as enfermeiras relataram sobre o item ‘trata o corpo do paciente com respeito’ nos seguintes trechos:

*“[...] é bom informar todos os procedimentos que vai ser realizado com o paciente.”*

(E1 no APAR – APÊNDICE F)

*‘Em tudo que se for manusear com ele, tudo quer for... ser feito [...] qualquer conduta que seja o paciente precisa ficar ciente.’*

(E2 no APAR – APÊNDICE H)

Identificou-se nas observações de APAR, que as enfermeiras deram conselhos aos pacientes, presentes nas seguintes falas:

*“[...] é melhor a senhora não olhar.”*

(E1 no APAR – APÊNDICE F)

*“Eu acho que é melhor a senhora colocar a bolsa desse lado.”*

(E2 no APAR – APÊNDICE H)

### 5.3.2.2 Setor de Internação Oncológica

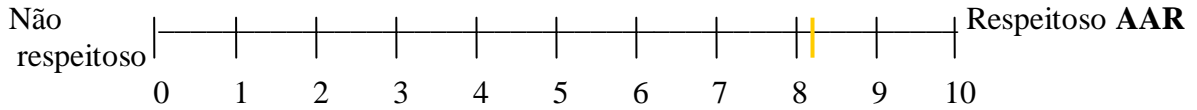
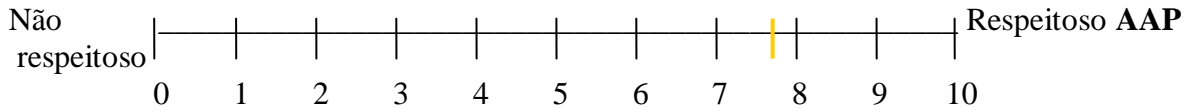
Quadro 8 – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E3, Barbalha-CE, 2016.

<b>Itens a serem observados</b>	<b>Presente AAP</b>	<b>Presente AAR</b>	<b>Ausente AAP</b>	<b>Ausente AAR</b>
Trata o paciente pelo nome		X	X	
Faz com que o paciente não se sinta um incômodo, um estorvo	X	X		
Critica o comportamento do paciente			X	X
Faz julgamentos acerca do paciente			X	X
Emite opinião pessoal			X	X
Dá conselhos para o paciente		X	X	
Ajuda o paciente a entender as informações	X	X		



Estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento			X	X
Ajuda o paciente a tomar decisões sobre o tratamento	X	X		
Colabora na elaboração de um plano de cuidado	X	X		
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			X	X
Dá a entender que o paciente exagerou			X	X
Minimiza o que o paciente diz			X	X
Estimula o paciente expressar seus sentimentos			X	X
Trivializa as queixas que traz o paciente			X	X
Duvida do paciente			X	X
Personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			X	X
Respeita a intimidade e a privacidade do paciente	X	X		
Demonstra respeito pela cultura do paciente	X	*		*
Demonstra respeito pela crença religiosa do paciente	*	*	*	*
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o paciente não estivesse presente		X	X	
Interrompe a consulta para fazer outras coisas		X	X	
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta		*	X	*
Balança a cabeça como sinal de positivo	X	X		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)			X	X
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			X	X
Oferece opções, alternativas ao paciente	X	X		
Tenta fazer o paciente “ver”, impõe	X			X
Trata o corpo do paciente com respeito	X	X		
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente			X	X
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.			X	X
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			X	X

\*Esse item não foi exigido pela situação.

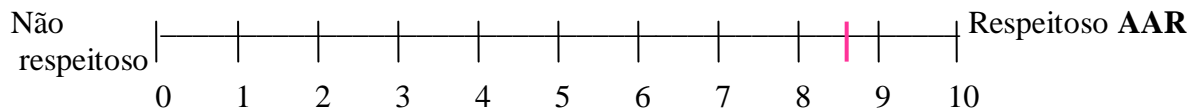
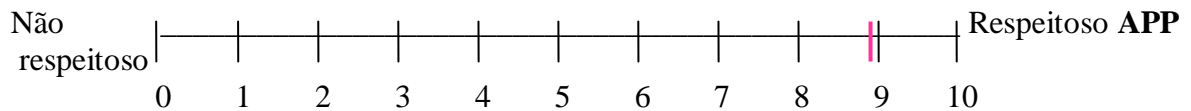


Quadro 9 – Aspectos observados do elemento Respeito na comunicação de E4, Barbalha-CE, 2016.

Elementos a serem observados	Presente APP	Presente AAR	Ausente APP	Ausente AAR
Trata o paciente pelo nome	x	x		
Faz com que o paciente não se sinta um incômodo, um estorvo	x	x		
Crítica o comportamento do paciente			x	x
Faz julgamentos acerca do paciente			x	x
Emite opinião pessoal		x	x	
Dá conselhos para o paciente		x	x	
Ajuda o paciente a entender as informações	x	x		
Estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento			x	x
Ajuda o paciente a tomar decisões sobre o tratamento	x	x		
Colabora na elaboração de um plano de cuidado	x	x		
Demonstra ironia ao falar ou no gestual			x	x
Dá a entender que o paciente exagerou			x	x
Mínimiza o que o paciente diz			x	x
Estimula o paciente expressar seus sentimentos			x	x
Trivializa as queixas que traz o paciente			x	x
Duvida do paciente			x	x
Personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante			x	x
Respeita a intimidade e a privacidade do paciente	x	x		
Demonstra respeito pela cultura do paciente	*	*	*	*
Demonstra respeito pela crença religiosa do paciente	*	x	*	
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o paciente não estivesse presente	x			x
Interrompe a consulta para fazer outras coisas			x	x
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta	*	*	*	*

Balança a cabeça como sinal de positivo	x	x		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)			x	x
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)			x	x
Oferece opções, alternativas ao paciente	x	x		
Tenta fazer o paciente “ver”, impõe			x	x
Trata o corpo do paciente com respeito	x	x		
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente			x	x
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.			x	x
Usa expressões de humor ofensivo, deboche			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.



No setor de internação oncológica foi registrada a ausência dos itens: ‘estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento’ e ‘estimula o paciente expressar seus sentimentos’.

Uma enfermeira relatou em suas entrevistas acerca de facilitar ao doente a entender as informações e tomar decisões sobre o tratamento, presentes nos trechos:

*“Então você tem que falar de forma clara, escrever, se necessário [...]”*

(E3 no AAP – APÊNDICE I)

*“[...] Quer que eu comece por onde? Ai ele disse: Tanto faz, se eu tirasse os dois estava ótimo pra ele.”*

(E3 no AAR – APÊNDICE J)

Nas observações, as duas enfermeiras deram conselhos em alguns atendimentos, expressos nas falas:

*“O senhor vá tomar banho, é bom tomar banho agora por que está quente.”*

(E3 no AAR – APÊNDICE J)

*“Esse caldo está uma delícia, seria bom você comer todo para ficar forte.”*

(E4 no AAR – APÊNDICE L)

### 5.3.3 Elemento Escuta Receptiva

A escuta é uma ferramenta útil para o enfermeiro, pois o que o paciente diz e como ele fala é um dos materiais mais úteis para a comunicação terapêutica, sendo necessário utilizar habilidades de observação, pensar sobre o que o paciente diz e tentar entender a sua história e os eventos importantes (GEFAELL, 2007).

As seguintes ações foram observadas, e quando presentes na assistência indicam um atendimento com escuta receptiva (GEFAELL, 2007):

- Permite que o paciente fale livremente;
- Não interrompe o doente quando está falando;
- Permite que o paciente expresse suas emoções e sentimentos;
- Permite que o paciente expresse suas preocupações e medos;
- Permite que o paciente expresse suas crenças;
- Permanece em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente;
- Acompanha com atenção a narrativa do paciente;
- Oferece ajuda ao paciente para suas dificuldades;
- Faz perguntas abertas;
- Está sentado enquanto conversa com o paciente;
- Não escreve enquanto escuta o doente;
- Não balança a caneta enquanto o paciente fala ou usa qualquer outro gesto adaptador;
- É breve quando fala;
- Olha no rosto e faz meneio positivo com a cabeça;
- Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa;
- Não tenta mudar o sentimento do paciente;
- Não dá falsas esperanças ao paciente;

- Não dá sermão;
- Não faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório;
- Não insiste ou tenta convencer, repetindo insistentemente a informação;
- Assegura ao paciente a confidencialidade do que for falado ou identificado na consulta;
- Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento;
- Coloca tempo no término da conversa, indicando que a consulta foi encerrada;
- Reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente;
- Não reaciona às colocações do paciente;
- Pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida;
- Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas;
- Completa as frases do paciente antes que ele as finalize.

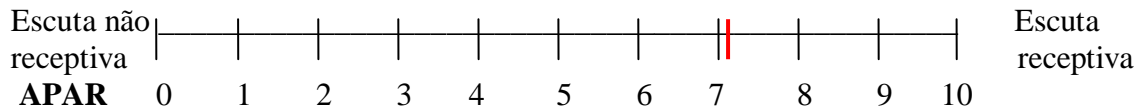
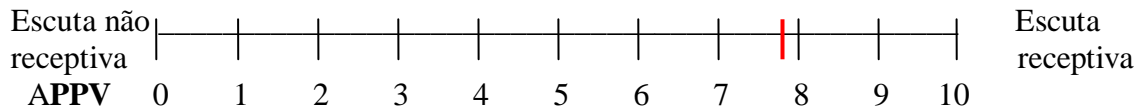
#### 5.3.3.1 Setor de Quimioterapia

Quadro 10 – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E1, Barbalha-CE, 2016.

<b>Elementos a serem observados</b>	<b>Presente APPV</b>	<b>Presente APAR</b>	<b>Ausente APPV</b>	<b>Ausente APAR</b>
Permite que o paciente fale livremente	x	x		
Interrompe o paciente			x	x
Permite que o paciente expresse suas emoções e sentimentos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas preocupações e medos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas crenças	*	x	*	
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala do paciente			x	x
Acompanha com atenção a narrativa do paciente	x	x		
Oferece ajuda ao paciente para suas dificuldades	x	x		
Faz perguntas abertas	x	x		
Está sentado enquanto conversa com o paciente	x			x
Escreve enquanto escuta o paciente			x	x
Balança (bate) a caneta enquanto o paciente fala ou usa qualquer outro gesto adaptador			x	x
É breve quando fala	x	x		
Olha no rosto e faz meneio positivo com a cabeça	x	x		
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa	x	x		
Tentar mudar o sentimento do paciente		x	x	
Dá falsas esperanças ao paciente			x	x
Dá sermão			x	x
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório			x	x

Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)			x	x
Assegura ao paciente a confiabilidade do que for falado ou identificado na consulta			x	x
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do paciente			x	x
Coloca tempo/ término da conversa, fechando-a			x	x
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente			x	x
Reaciona às colocações do paciente			x	x
Pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida			x	x
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas			x	x
Completa as frases do paciente antes que ele as finalize			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.

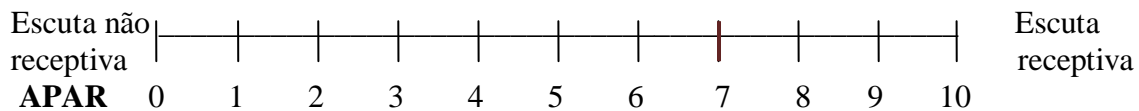


Quadro 11 – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E2, Barbalha-CE, 2016.

Itens a serem observados	Presente APPV	Presente APAR	Ausente APPV	Ausente APAR
Permite que o paciente fale livremente	x	x		
Interrompe o paciente			x	x
Permite que o paciente expresse suas emoções e sentimentos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas preocupações e medos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas crenças	*	*	*	*
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala do paciente			x	x
Acompanha com atenção a narrativa do paciente	x	x		
Oferece ajuda ao paciente para suas dificuldades	x	x		
Faz perguntas abertas	x	x		
Está sentado enquanto conversa com o paciente	x			x
Escreve enquanto escuta o paciente			x	x
Balança (bate) a caneta enquanto o paciente fala ou usa qualquer outro gesto adaptador			x	x
É breve quando fala	x	x		

Olha no rosto e faz meneio positivo com a cabeça	x	x		
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa			x	x
Tentar mudar o sentimento do paciente			x	x
Dá falsas esperanças ao paciente			x	x
Dá sermão			x	x
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório			x	x
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)			x	x
Assegura ao paciente a confiabilidade do que for falado ou identificado na consulta			x	x
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do paciente			x	x
Coloca tempo/ término da conversa, fechando-a			x	x
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente			x	x
Reaciona às colocações do paciente			x	x
Pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida			x	x
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas			x	x
Completa as frases do paciente antes que ele as finalize			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.



As duas enfermeiras ofereceram ajuda ao paciente nas suas dificuldades, e tal fato foi citado em uma entrevista:

*“[...] então a gente encaminha o acompanhante ao serviço social aqui do hospital pra ela receber essa carta, que é uma carta que vai diretamente pra o secretário de saúde, pra ele providenciar o transporte, a gente sempre orienta...”*

(E1 no APPV – APÊNDICE E)

Todas as enfermeiras não permaneceram em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente; a confidencialidade não foi explicitamente assegurada; não foi indicado o tempo disponível no início do atendimento, e nem no término para fechar a conversa; não foi realizada a reflexão das perguntas antes de responder, e nem foi indagado acerca de outras preocupações da vida do paciente.

### 5.3.3.2 Setor de Internação Oncológica

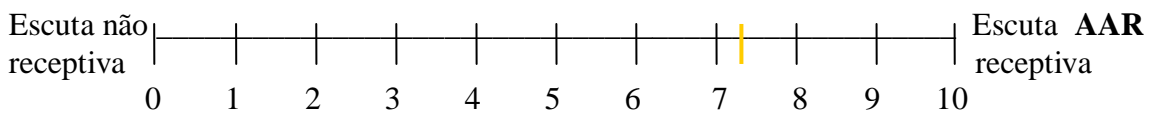
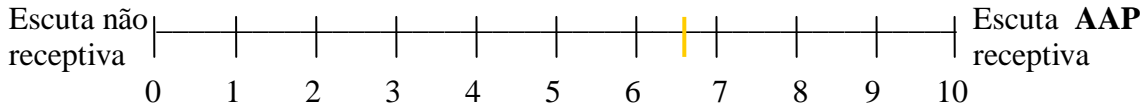
Quadro 12 – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E3, Barbalha-CE, 2016.

<b>Itens a serem observados</b>	<b>Presente AAP</b>	<b>Presente AAR</b>	<b>Ausente AAP</b>	<b>Ausente AAR</b>
Permite que o paciente fale livremente	x	x		
Interrompe o paciente			x	x
Permite que o paciente expresse suas emoções e sentimentos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas preocupações e medos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas crenças	*	*	*	*
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala do paciente			x	x
Acompanha com atenção a narrativa do paciente	x	x		
Oferece ajuda ao paciente para suas dificuldades	x	x		
Faz perguntas abertas	x	x		
Está sentado enquanto conversa com o paciente	x			x
Escreve enquanto escuta o paciente			x	x
Balança (bate) a caneta enquanto o paciente fala ou usa qualquer outro gesto adaptador			x	x
É breve quando fala	x	x		
Olha no rosto e faz meneio positivo com a cabeça	x	x		
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa.		x	x	
Tentar mudar o sentimento do paciente			x	x
Dá falsas esperanças ao paciente			x	x
Dá sermão	x			x
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório.			x	x
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)	x			x
Assegura ao paciente a confiabilidade do que for falado ou identificado na consulta			x	x
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do paciente			x	x
Coloca tempo/ término da conversa, fechando-a			x	x
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente			x	x



Reaciona às colocações do paciente			x	x
Pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida			x	x
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas			x	x
Completa as frases do paciente antes que ele as finalize			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.

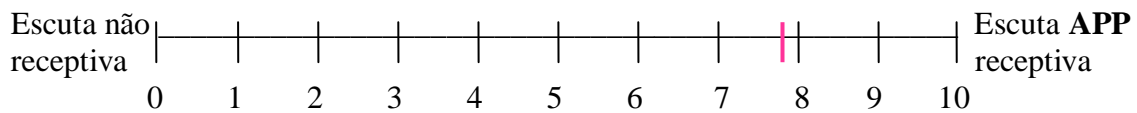


Quadro 13 – Aspectos observados do elemento Escuta Receptiva na comunicação de E4, Barbalha-CE, 2016.

Elementos a serem observados	Presente AAP	Presente AAR	Ausente AAP	Ausente AAR
Permite que o paciente fale livremente	x	x		
Interrompe o paciente			x	x
Permite que o paciente expresse suas emoções e sentimentos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas preocupações e medos	x	x		
Permite que o paciente expresse suas crenças	*	x	*	
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala do paciente			x	x
Acompanha com atenção a narrativa do paciente	x	x		
Oferece ajuda ao paciente para suas dificuldades	x	x		
Faz perguntas abertas	x	x		
Está sentado enquanto conversa com o paciente	x			x
Escreve enquanto escuta o paciente			x	x
Balança (bate) a caneta enquanto o paciente fala ou usa qualquer outro gesto adaptador			x	x
É breve quando fala	x	x		
Olha no rosto e faz meneio positivo com a cabeça	x	x		
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa	x	x		
Tentar mudar o sentimento do paciente			x	x
Dá falsas esperanças ao paciente			x	x
Dá sermão		x	x	
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório			x	x
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)			x	x

Assegura ao paciente a confiabilidade do que for falado ou identificado na consulta			x	x
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do paciente			x	x
Coloca tempo/ término da conversa, fechando-a			x	x
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente			x	x
Reaciona às colocações do paciente			x	x
Pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida			x	x
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas			x	x
Completa as frases do paciente antes que ele as finalize			x	x

\*Esse item não foi exigido pela situação.



Em todas as observações constatou-se a ausência de tais itens: ‘permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala do paciente’, ‘assegura ao paciente a confiabilidade do que for falado ou identificado na consulta’, ‘indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do paciente’, ‘coloca tempo/ término da conversa, fechando-a’, ‘reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente’, e ‘pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida’.

A ação de dar sermão foi observada em alguns atendimentos e também em algumas falas, descritas a seguir:

*“Paciente X, eu não acredito que você está mexendo na ferida de sua boca, não pode arrancar as crostas, só vai piorar.”*

(E4 no ARR – APÊNDICE L)

*“Já disse que o senhor deve comer alimentos leves”*

(E3 no AAP – APÊNDICE I)

Ainda em APP de E3, a enfermeira tentou fazer o paciente ver e convencer, repetindo a informação de que não é indicada uma determinada alimentação após a cirurgia que foi realizada (APÊNDICE I).

#### 5.3.4 Elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões

O acompanhamento do paciente em suas reflexões é a atividade em que o profissional de saúde, com o apoio, facilita o paciente refletir e enfrentar o seu problema de saúde de forma autônoma (GEFAELL, 2007).

Os seguintes itens foram observados na assistência de enfermagem (GEFAELL, 2007):

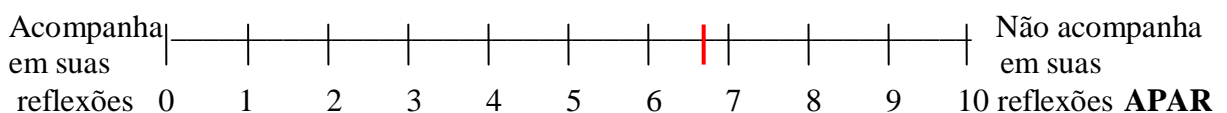
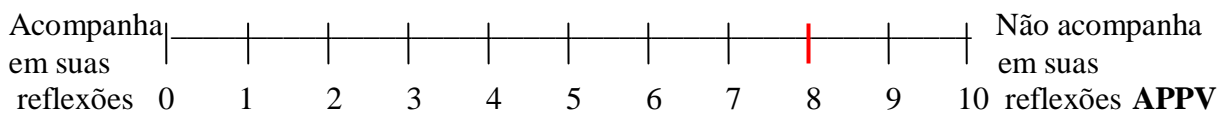
- Demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma;
- Escuta e anota as situações difíceis em que o paciente está vivenciando;
- Tenta entender os significados de cada componente da história do paciente;
- Escuta com atenção as questões pessoais do paciente;
- Permite que o doente expresse suas dúvidas;
- Inicia lentamente o diálogo da consulta;
- Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do paciente;
- Legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho;
- Demonstra neutralidade;
- Não dá ordens de maneira impositiva;
- Não fala de maneira defensiva e justificativa;
- Facilita que o paciente prove opções;
- Oferece soluções prontas;
- Reforça pontos fortes do paciente, oferecendo reforço positivo;
- Não tenta mudar o paciente e seu modo de vida;
- Permite que o paciente expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço do hospital;
- Utiliza linguagem acessível ao paciente, de acordo com o seu nível de escolaridade.

##### 5.3.4.1 Setor de Quimioterapia

Quadro 14 – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões na comunicação de E1, Barbalha-CE, 2016.

<b>Elementos a serem observados</b>	<b>Presente APPV</b>	<b>Presente APAR</b>	<b>Ausente APPV</b>	<b>Ausente APAR</b>
Demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma	x	x		
Escuta e anota as situações difíceis em que o paciente se encontra			x	x
Tenta entender os significados de cada componente da história do paciente	x	x		
Escuta com atenção as questões pessoais do paciente	x	x		
Permite que o paciente expresse suas dúvidas	x	x		
Inicia lentamente o diálogo da consulta	x	x		
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do paciente			x	x
Legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho	x	x		
Demonstra neutralidade	*	*	*	*
Dá ordens de maneira de maneiras impositivas			x	x
Fala de maneira defensiva e justificativa			x	x
Facilita que o paciente prove opções	x			x
Oferece soluções prontas		x	x	
Reforça pontos fortes do paciente (oferece reforço positivo)			x	x
Tenta mudar o paciente e o seu modo de vida			x	x
Permite que o paciente expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço do hospital	*	*	*	*
Utiliza linguagem acessível ao paciente	x	x		

\*Esse item não foi exigido pela situação.

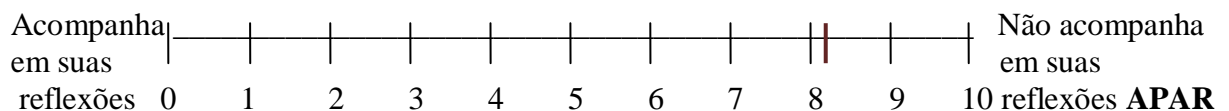
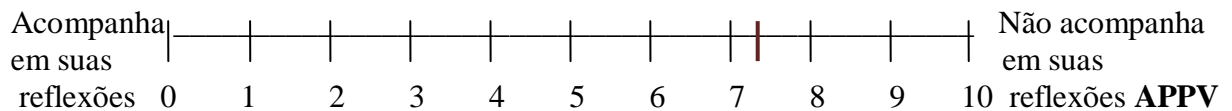


Quadro 15 – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões na comunicação de E2, Barbalha-CE, 2016.

<b>Elementos a serem observados</b>	<b>Presente APPV</b>	<b>Presente APAR</b>	<b>Ausente APPV</b>	<b>Ausente APAR</b>
-------------------------------------	----------------------	----------------------	---------------------	---------------------

Demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma	x	x		
Escuta e anota as situações difíceis em que o paciente se encontra			x	x
Tenta entender os significados de cada componente da história do paciente	x	x		
Escuta com atenção as questões pessoais do paciente	x	x		
Permite que o paciente expresse suas dúvidas	x	x		
Inicia lentamente o diálogo da consulta		x	x	
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do paciente			x	x
Legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho	x	x		
Demonstra neutralidade	*	x	*	
Dá ordens de maneira de maneiras impositivas			x	x
Fala de maneira defensiva e justificativa			x	x
Facilita que o paciente prove opções	x	x		
Oferece soluções prontas			x	x
Reforça pontos fortes do paciente (oferece reforço positivo)			x	x
Tenta mudar o paciente e o seu modo de vida			x	x
Permite que o paciente expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço do hospital	*	x	*	
Utiliza linguagem acessível ao paciente	x	x		

\*Esse item não foi exigido pela situação.



Nas entrevistas, as enfermeiras citaram acerca das dúvidas dos pacientes, expressos nos trechos:

*“[...] mas com a preocupação de não deixar o paciente com dúvidas né, quando você percebe que o paciente está seguro, ótimo [...]”*

(E2 no APPV – APÊNDICE G)

*“[...] mas sempre a gente dando o suporte necessário e tirando todas as dúvidas que ela virá a ter.”*

(E1 no APAR – APÊNDICE F)

Todas as enfermeiras não escutaram e nem anotaram as situações difíceis, não fizeram perguntas sobre as emoções e sentimentos, e não reforçaram pontos fortes do paciente.

E em um determinado cuidado observado, uma enfermeira ofereceu soluções prontas, presentes na fala:

“[...] é melhor a senhora não olhar (para o procedimento que ia ser realizado) [...]”

(E1 no APAR – APÊNDICE F)

#### 5.3.4.2 Setor de Internação Oncológica

Quadro 16 – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões na comunicação de E3, Barbalha-CE, 2016.

Itens a serem observados	Presente APP	Presente AAR	Ausente APP	Ausente AAR
Demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma	x	x		
Escuta e anota as situações difíceis em que o paciente se encontra			x	x
Tenta entender os significados de cada componente da história do paciente	x	x		
Escuta com atenção as questões pessoais do paciente	x	x		x
Permite que o paciente expresse suas dúvidas	x	x		x
Inicia lentamente o diálogo da consulta		x	x	x
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do paciente			x	x
Legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho	x	x		
Demonstra neutralidade	*	*	*	*
Dá ordens de maneira de maneiras impositivas	x			x
Fala de maneira defensiva e justificativa			x	x
Facilita que o paciente prove opções	x	x		
Oferece soluções prontas	x			x
Reforça pontos fortes do paciente (oferece reforço positivo)			x	x
Tenta mudar o paciente e o seu modo de vida			x	x
Permite que o paciente expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço do hospital	*	*	*	*
Utiliza linguagem acessível ao paciente	x	x		

\*Esse item não foi exigido pela situação.

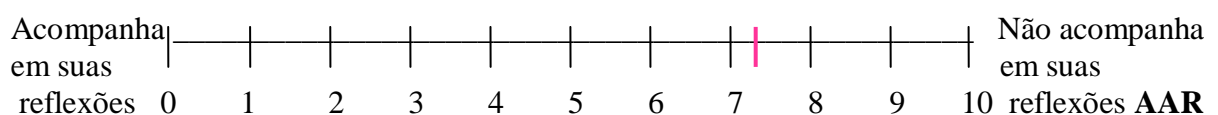




Quadro 17 – Aspectos observados do elemento Acompanhamento do Paciente em suas Reflexões na comunicação de E4, Barbalha-CE, 2016.

Elementos a serem observados	Presente APP	Presente AAR	Ausente APP	Ausente AAR
Demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma	x	x		
Escuta e anota as situações difíceis em que o paciente se encontra			x	x
Tenta entender os significados de cada componente da história do paciente	x	x		
Escuta com atenção as questões pessoais do paciente	x	x		
Permite que o paciente expresse suas dúvidas	x	x		
Inicia lentamente o diálogo da consulta	x	x		
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do paciente			x	x
Legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho	x	x		
Demonstra neutralidade	*	*	*	*
Dá ordens de maneira de maneiras impositivas			x	x
Fala de maneira defensiva e justificativa			x	x
Facilita que o paciente prove opções	x	x		
Oferece soluções prontas			x	x
Reforça pontos fortes do paciente (oferece reforço positivo)			x	x
Tenta mudar o paciente e o seu modo de vida			x	x
Permite que o paciente expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço do hospital	*	*	*	*
Utiliza linguagem acessível ao paciente	x	x		

\*Esse item não foi exigido pela situação.



Constatou-se em alguns trechos das entrevistas, acerca da utilização de linguagem acessível com o paciente:

*“[...] eu tento me comunicar da forma mais clara possível, eu procuro não usar termos técnicos, de uma linguagem mais popular [...] tem que ser de forma clara, não adianta ficar usando termos técnicos que eles (os pacientes) não vão entender.”*

(E3 no APP – APÊNDICE I)

*“[...] primeiramente a gente tenta se comunicar com eles (os pacientes) da melhor maneira possível, da maneira que seja mais fácil pra eles né, tipo, usar o vocabulário deles, porque nem sempre eles vão entender um termo científico que eu chego lá pra falar. Então assim, a gente tenta a comunicação simples, comunicação deles [...]”*

(E4 no AAR – APÊNDICE L)

Ainda foi possível identificar que uma enfermeira relatou em sua entrevista sobre permitir que o paciente expresse suas dúvidas, contido no trecho:

*“[...] sempre eu fico perguntando: tá entendendo? Tá compreendendo isso aqui? Tem alguma dúvida? [...] e sempre dá o telefone do hospital e do setor, pra qualquer dúvida ele ligar e poder tirar a dúvida com a gente.”*

(E3 no APP – APÊNDICE I)

Todas as enfermeiras não escutaram e anotaram as situações difíceis, não fizeram perguntas sobre as emoções e sentimentos, e não reforçaram pontos fortes do paciente.

Contatou-se a presença de ordens impositivas em alguns atendimentos das enfermeiras:

*“De jeito nenhum o senhor pode comer cuscuz.”*

(E3 no AAP – APÊNDICE I)

*“Não pode arrancar as crostas (das feridas).”*

(E4 no AAR – APÊNDICE L)



Identificou-se ainda, a presença do oferecimento de soluções prontas:

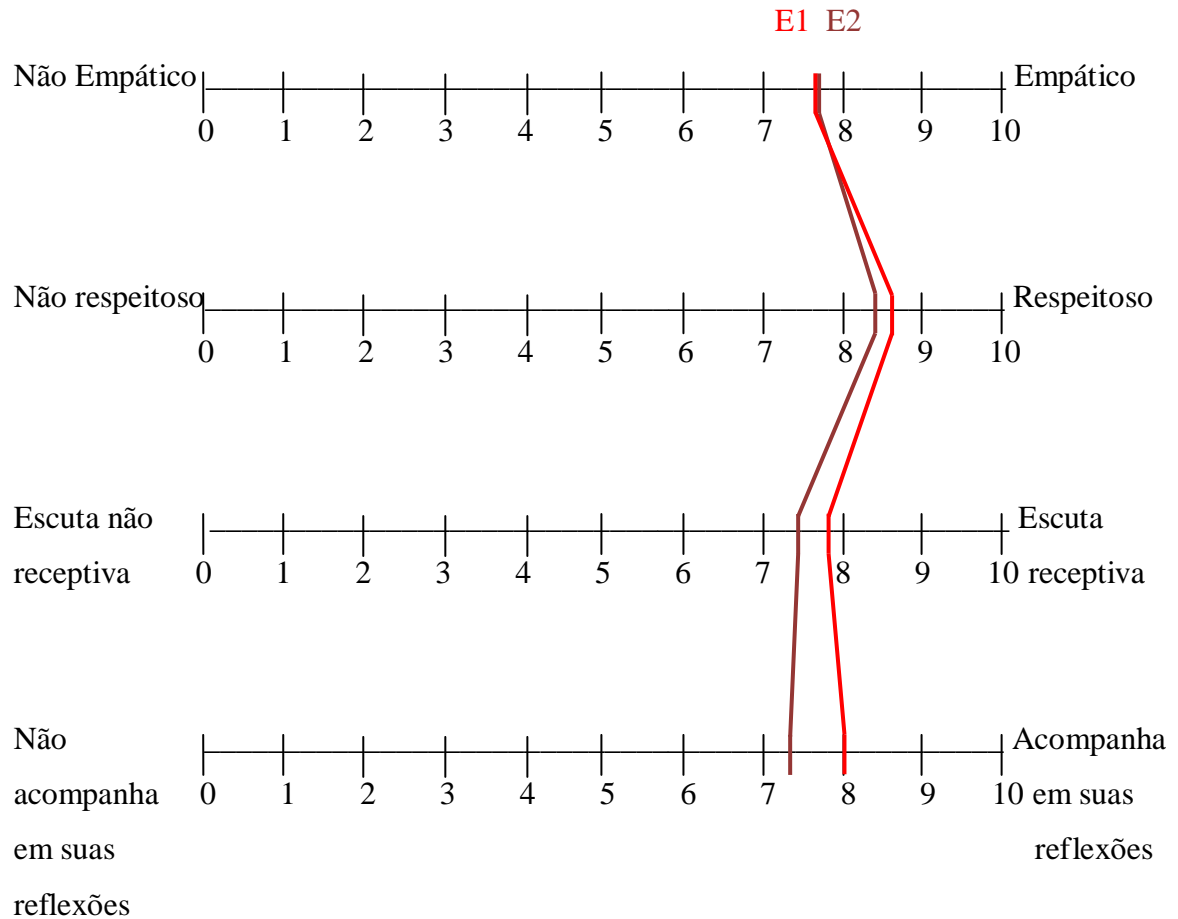
*“O senhor come então um alimento leve no lugar do cuscuz, como uma sopa com verduras e legumes.”*

(E3 no AAP – APÊNDICE I)

## 5.4 Síntese dos elementos da comunicação terapêutica

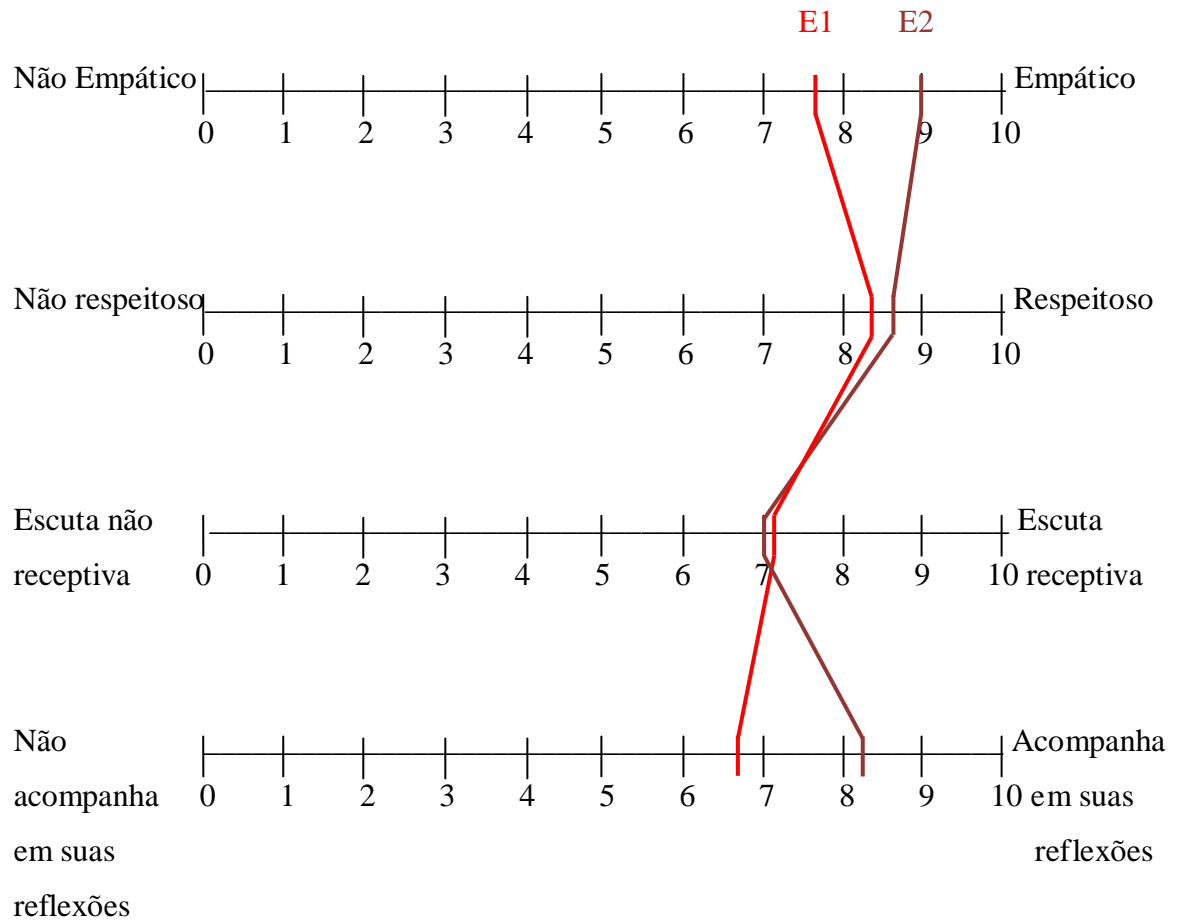
### 5.4.1 APPV no Setor de Quimioterapia

Figura 2 - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos APPV no Setor de Quimioterapia. Barbalha-CE, 2016.



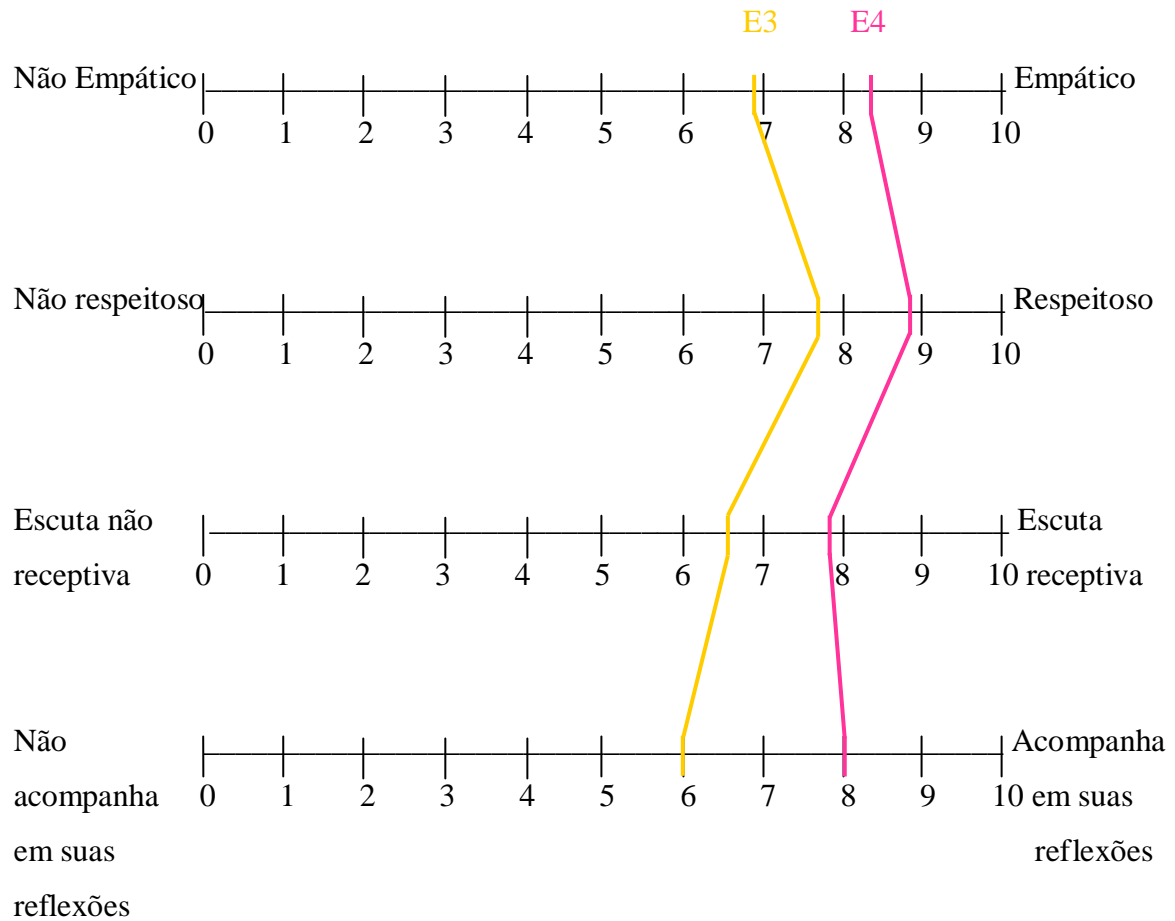
### 5.4.2 APAR no Setor de Quimioterapia

Figura 3 - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos APAR no Setor de Quimioterapia. Barbalha-CE, 2016.



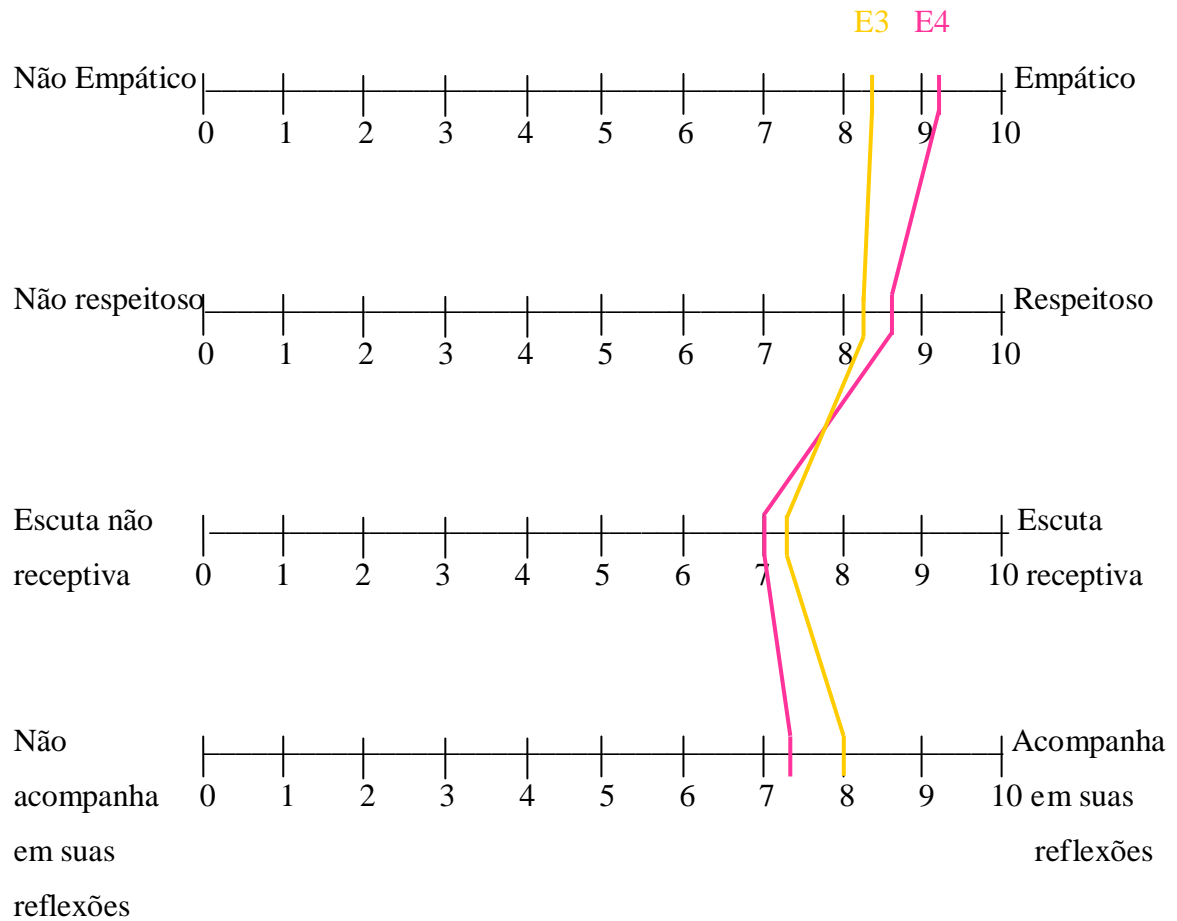
### 5.4.3 AAP no Setor de Internação Oncológica

Figura 4 - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos AAP no Setor de Internação Oncológica. Barbalha-CE, 2016.



#### 5.4.4 AAR no Setor de Internação Oncológica

Figura 5 - Síntese dos elementos da comunicação terapêutica dos AAR no Setor de Internação Oncológica. Barbalha-CE, 2016.



## 6 DISCUSSÃO

O ambiente pode influenciar positivamente ou negativamente os pacientes, sendo que isso possui repercussões na recuperação do processo de saúde-doença, principalmente quando é o ambiente hospitalar, pois ainda apresenta características de impessoalidade, seja nas situações de atendimento ambulatorial ou de hospitalização. Desse modo, é preciso garantir um ambiente com segurança, conforto e bem-estar (MOURA; MOREIRA, 2005).

No setor de quimioterapia, a presença de estruturas rígidas entre os leitos favorecem a realização de uma comunicação mais direcionada a cada paciente. No entanto, pelas estruturas físicas da unidade, o setor de internação oncológica não possui divisórias entre os leitos, dificultando o processo comunicativo, uma vez que os biombo são usados apenas para procedimentos em que precisa ser preservada a intimidade e privacidade do paciente, a partir das pistas de contextualização.

O ambiente tem influência peculiar na qualidade da comunicação com os pacientes e nos resultados que se pretende alcançar (STEFANELLI; CARVALHO, 2012), dessa forma, deve favorecer o estabelecimento de um relacionamento, pois este é percebido e compreendido com suporte fundamental para o enfermo oncológico, uma vez que permite a orientação do tratamento e seus efeitos colaterais e a possibilidade da abordagem dos sentimentos para o apoio ao paciente (MOURA; MOREIRA, 2005).

Percebemos em nossa análise, que o contexto ambiental deve ser cuidadosamente evidenciado pelo piso conversacional, a fim de favorecer o diálogo enfermeiro-cliente e, dessa forma, melhorar a assistência de enfermagem e proporcionar benefícios aos pacientes.

Percebe-se que na enfermagem brasileira há dominância do sexo feminino, em que os profissionais são compostos por 84,6% de mulheres (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, 2015). Esta predominância é visualizada também em unidades oncológicas (SANTOS *et al.*, 2015). Tal fato não indica que a comunicação possa ser favorecida ou prejudicada. Afinal, tanto homens como mulheres são seres de relações, e esta compreensão os leva a buscar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas na comunicação (BRAGA; SILVA, 2007).

Os dados do presente estudo referentes à faixa etária, tempo de formação e de atuação, e especialização convergem com a literatura. Em uma revisão acerca de serviços de oncologia, a faixa etária dos enfermeiros variou entre 23 e 57 anos, com tempo de formação variando entre seis meses a 25 anos e atuação em tais serviços de dois meses a 17 anos; e

ainda apontou que tais profissionais buscam acompanhar os progressos oncológicos, sendo um dos meios escolhidos para este alcance, a especialização (SANTOS *et al.*, 2015).

A beira do leito ensina sobre as predeterminações rígidas em comunicação (GRINBERG, 2010). No entanto, habilidades comunicativas não melhoram de forma confiável com a experiência, por isso, há um esforço considerável dedicado a cursos que podem melhorar as habilidades de comunicação para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do câncer (MOORE *et al.*, 2013).

O processo comunicativo envolve uma série de habilidades, posturas, atitudes que englobem uma visão do ser humano no contexto biopsicossocial (RODRIGUES; FERREIRA, MENEZES, 2010). Desse modo, há uma necessidade de um preparo técnico e humano para a realização da comunicação, para aprender a ouvir, e respeitar o próximo (BRAGA; SILVA, 2007), afinal a comunicação não é um dom natural, é uma habilidade que pode ser aprendida como qualquer outro assunto (FUMIS, 2010).

A comunicação é tema que deve estar presente na graduação e pós-graduação, para se tornar uma habilidade e uma característica de qualidade no cuidado com o câncer (VERMEIR *et al.*, 2015), e também em todas as disciplinas de saúde (GELHAUS, 2012). No entanto, o treinamento das habilidades de comunicação durante os cursos de formação dos profissionais da área da saúde é um aspecto não discutido na literatura (OTANI; BARROS, 2012).

A preocupação com os programas de treinamento em comunicação para profissionais de saúde que lidam com pacientes oncológicos é justificada pelos dados de morbimortalidade e grau de comprometimento físico, psicológico e social, causados pela doença (OTANI; BARROS, 2012). Mas é importante frisar que treinamentos pontuais em habilidades comunicacionais não são suficientes para capacitar os profissionais diante dos desafios diários em oncologia (AFONSO; MINAYO, 2013), mas sim capacitações constantes.

A utilização de uma comunicação eficaz na área oncológica continua sendo uma grande prioridade, pois influencia os pacientes e seus desfechos (THORNE *et al.*, 2013), e quando não eficaz pode trazer prejuízos, como redução na qualidade de vida e na tomada de decisão (THORNE; BULTZ; BAILE, 2005), a descontinuidade do atendimento, comprometimento da segurança dos pacientes, a insatisfação do paciente e uso ineficiente de recursos valiosos (VERMEIR *et al.*, 2015).

No presente estudo, foi possível observar que, tanto no setor de quimioterapia como no setor de internação oncológica, as enfermeiras demonstraram tendência à empatia. Nesse sentido, pode-se considerar como sendo um fato positivo quando analisamos a vertente

do impacto emocional causado pela doença oncológica e pelas dificuldades no percurso do tratamento.

Em estudos que avaliaram a comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes na atenção básica, constatou-se que duas enfermeiras tiveram tendência e uma se distanciou do elemento empatia (HADDAD, 2011), e no estudo de Machado (2011) uma teve tendência, e duas em apenas um dos seus atendimentos observados.

A empatia ajuda os pacientes a enfrentar e a lidar com seus problemas de saúde (MERCER; WATT; REILLY, 2002), e estes apresentam uma melhora em suas dores crônicas quando comparados com pacientes que receberam atendimento tradicional (ALAMO; MORAL; PERULA DE TORRES, 2002). Configura-se com uma habilidade para apreciar as emoções e sentimentos (MACHADO, 2011), sendo o elemento que inicia a comunicação terapêutica e cria um ambiente seguro para que o paciente confie na enfermeira (GEFAELL, 2007).

Ao invés do que se imaginava, que falar sobre as emoções do paciente exigiam muito tempo, o estudo demonstra que um maior tempo é gasto nos atendimentos que não utilizam a empatia e que a questão emocional do paciente não é discutida (LEVINSON; GORAWARA-BHAT R; LAMB, 2000). Gefaell (2007) refere que dois segundos de um olhar empático são mais úteis para o doente e para o desenvolvimento da comunicação terapêutica que cinco minutos de conversa em que paciente perceba a indiferença.

Utilizando a empatia, é possível conhecer as experiências dos pacientes e fazer o relato de tal fato (SMAJDOR; STÖCKL; SALTER, 2011). Quando o enfermeiro age de maneira empática, há o envolvimento de comunicar ao paciente as emoções pertencentes ao comportamento do profissional (STEFANELLI, 2012b), sendo a informação da aceitação das emoções e a situação vivenciada do paciente a responsável por facilitar com que este compartilhe a sua realidade (GEFAELL, 2007).

Foi durante os atendimentos de APAR-E2 no setor de quimioterapia e de AAR-E4 no setor de internação oncológica, a atribuição dos maiores valores relacionados ao elemento empatia. Com isso, tais enfermeiros manifestaram mais empatia durante a prestação da assistência, podendo tender mais à comunicação terapêutica.

Nos setores que prestam cuidado ao paciente portador de câncer, a empatia torna-se necessária tanto pelas repercussões negativas da própria doença, como pelo receio dos procedimentos que são realizados em tais setores. Afinal, a realização do tratamento quimioterápico pode trazer uma maior vulnerabilidade aos pacientes, e ser o causador de sentimentos negativos como a angústia, sofrimento, dor, desespero, frustração (FONTES,



ALVIM, 2008b), e tais aspectos podem também estar presentes na internação oncológica (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005).

Foi em APP-E3, no setor da internação oncológica, que o comportamento empático menos se concretizou, e tal fato traz uma reflexão para o uso da empatia, pelos benefícios que o seu uso traz aos pacientes. Segundo Gefaell (2007), os benefícios são: sensação de estar mais confortável e compreendido; percepção que pode expressar suas emoções e conviver com elas de uma forma melhor; facilita a confiança; auxilia na impressão de não estar sozinho diante da situação vivenciada; aumenta a autoestima; ajuda a se compreender melhor e se sentir mais aceito.

Dessa forma, todo paciente é favorecido quando o enfermeiro utiliza a empatia durante o cuidado, mas quando o paciente está triste, com raiva ou deprimido, terá mais benefício (GEFAELL, 2007). Incentivar a atitude de empatia na forma de habilidade durante o cuidado constitui uma resposta empática. Tal fato implica compreender o mundo interior no âmbito dos fatos, das emoções e dos valores, mas também expressar que o mundo interior foi captado. A empatia é fundamental para um posterior resultado terapêutico (BARBERO, 2006).

Os resultados do estudo apontaram que os seguintes itens estiveram presentes nas observações do setor de quimioterapia e de internação oncológica: “demonstra que entende os sentimentos do paciente”, ‘demonstra que se importa com o paciente’, ‘tenta compreender o paciente’, ‘demonstra que está tentando imaginar o que o paciente vive, sofre ou sente’, ‘oferece ajuda para o paciente’, ‘sorri’, e ‘demonstra vontade de entender o paciente’. E que o item ‘usa expressões que amedrontam ou ameaçam’, esteve ausente. Tais ações e atitudes mencionadas configuram-se os mais presentes no atendimento ao paciente oncológico, referente ao elemento empatia.

O item ‘faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz’ esteve ausente em todas as observações. No entanto, Gefaell (2007) refere que o enfermeiro deve fazer repetição do que foi relatado a fim de fazer confrontação.

Em nenhuma das entrevistas, a empatia foi enunciada de forma explícita. Entretanto, foi identificado nas falas a demonstração que o enfermeiro se importa com o paciente, sendo tal demonstração necessária para a utilização da empatia (GEFAELL, 2007). Isso indica que embora as enfermeiras possam não ter conhecimento acerca da comunicação terapêutica, elas têm ciência da importância de algumas atitudes e comportamentos inerentes à prática de tal comunicação no contexto oncológico.

A empatia utilizada pelo enfermeiro pode contribuir para o aumento da autoestima do doente, pois quando é dispensado tempo para estar atento, ouvir, processar a informação e refletir sobre o relato do doente, ele irá se sentir importante, contribuindo para a realização da comunicação terapêutica (BRIGA, 2010).

A partir de uma comunicação efetiva, o profissional pode realizar o cuidado ao paciente de forma holística, o que ajuda no enfrentamento da sua enfermidade (SILVA, 2003); e é considerado um instrumento necessário para o cuidado integral e humanizado, pois é possível reconhecer e realizar o acolhimento empaticamente, das necessidades do paciente (FRANÇA *et al.*, 2013).

Humanizar é o oferecimento de uma assistência de qualidade com a articulação entre o aparato tecnológico e o acolhimento, e com isso, melhora os locais de cuidados assim como as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

A humanização da saúde é o resgate do respeito à vida, considerando as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), por meio da Portaria nº 881 de 2001, que propôs a realização de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao paciente nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços, e como o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e pacientes, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. (BRASIL, 2001). E no intuito de transformar a humanização em uma política transversal em toda a rede SUS foi criada a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

No entanto, a humanização na assistência de enfermagem tem sido um grande desafio devido à resistência dos profissionais, isso é preocupante para a área da oncologia, em que há fragilidade psicológica dos pacientes e familiares. Dessa forma, a comunicação deve ser repensada, em que mudanças são necessárias para que as interações alcancem a humanização (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

Os pacientes oncológicos referem que os principais fatores que facilitaram a humanização da assistência são: carinho, simpatia, compreensão do momento vivenciado, respeito e qualidade no atendimento. Os fatores negativos mais citados foram o mau humor dos profissionais, o barulho, a interrupção do sono e o excesso de idas ao quarto do paciente (BRITO; CARVALHO, 2010). Desse modo, é a comunicação um dos principais mediadores do cuidado humanizado em oncologia (CRISTO; ARAÚJO, 2011).

A comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva, e para isso deve se apoiar na empatia durante o cuidado, como também no respeito ao paciente, dentre outros (FERREIRA, 2006).

O respeito envolve ouvir o outro com atenção e buscar interpretação, ter compaixão, ser honesto e atencioso (FERNÁNDEZ; PEREIRA, 2005). As enfermeiras observadas nos setores de quimioterapia e internação oncológica tiveram tendência ao elemento respeito, e foi esse elemento que mais se concretizou no presente estudo.

No estudo de Haddad (2011), as enfermeiras também tiveram tendência ao respeito, e no estudo de Machado (2001) se distanciou de tal elemento apenas uma enfermeira em um determinado atendimento.

O enfermeiro tem que mostrar respeito ao paciente, para que a comunicação seja eficaz (GEFAELL, 2007), e para que haja humanização no atendimento (BARBOSA, SILVA, 2007).

O processo comunicativo é interligado com a humanização, afinal, durante a prestação de uma assistência humanizada pressupõe a presença de uma comunicação eficaz que favorece a troca de informações e uma escuta que atenda as necessidades do paciente (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

Em todas as observações dos setores de quimioterapia e de internação oncológica, registrou-se a ausência dos itens: ‘critica o comportamento do paciente’, ‘faz julgamentos acerca do paciente’, ‘demonstra ironia ao falar ou no gestual’, ‘dá a entender que o paciente exagerou’, ‘minimiza o que o paciente diz’, ‘trivializa as queixas que traz o paciente’, ‘duvida do paciente’, ‘personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante’, ‘demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)’, ‘demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)’, ‘faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente’, ‘usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.’, e ‘usa expressões de humor ofensivo, deboche’.

E identificou-se, ainda, que as enfermeiras fizeram com que o paciente não se sentisse um incômodo; colaboraram com a elaboração de um plano de cuidados; respeitaram a privacidade e a intimidade; ofereceram opções; e balançaram a cabeça com o sinal de positivo ao longo dos atendimentos.

O item ‘trata o corpo do paciente com respeito’ não só esteve presente em todos os cuidados de enfermagem observados, como também foi citado em algumas entrevistas das enfermeiras do setor da quimioterapia, em E1-APAR e E2-APAR.

Gefaell (2007) aponta que o corpo humano deve ser tratado com respeito e nunca como um objeto em que a enfermeira vai realizar o seu trabalho, sendo necessário sempre falar e pedir permissão em qualquer prestação de cuidado.

Identificou-se no presente estudo que nenhuma enfermeira estimulou o paciente expressar seus sentimentos ou estimulou o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento. E ainda que, nas observações de APAR na quimioterapia, e de AAR na internação oncológica, as enfermeiras deram conselhos aos pacientes.

Tais atitudes fazem com que as enfermeiras se distanciem do respeito. O enfermeiro deve facilitar e estimular o paciente a expressar os seus sentimentos, assim como suas preocupações e dificuldades no autocuidado, e não necessita dar conselhos, o qual é comum na comunicação social, e não na comunicação terapêutica (GEFAELL, 2007).

É necessário que haja diálogo constante entre o enfermeiro e paciente, cultivando dentro de alguns aspectos importantes, o respeito, para que haja a contribuição no processo de restabelecimento do paciente (PETERSON; CARVALHO, 2011). O respeito é um dos atributos relatados pelos pacientes oncológicos como essencial no relacionamento enfermeiro-paciente (FONTES; ALVIM, 2008b).

O enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente durante a prestação de cuidados, e para que seja de forma eficaz, o enfermeiro necessita desenvolver diversas atitudes, dentre elas, mostrar respeito e saber escutar (MOURÃO *et al.*, 2009).

Nos resultados do presente estudo, observa-se que a as enfermeiras dos setores de quimioterapia e internação oncológica, mesmo com uma tendência à escuta receptiva, obtiveram as menores numerações na escala. Esse fato pode ser explicado pela dificuldade de se utilizar a escuta, já que é um elemento difícil até nas relações sociais.

Atrelado a este fato, as enfermeiras, muitas vezes, não recebem formação adequada para a realização da escuta receptiva (GEFAELL, 2007).

Os resultados dos estudos de Haddad (2011) e Machado (2011) também obtiveram, em algumas assistências observadas, um distanciamento da escuta receptiva. A interação pode ser prejudicada quando há dificuldade do profissional em escutar (RENNÓ, CAMPOS, 2014).

A escuta não deve ser passiva, mas sim receptiva, e para isso, o enfermeiro deve utilizar habilidades de observação, pensar sobre o que o paciente diz e tentar entender a sua história e os eventos importantes (GEFAELL, 2007).

A escuta faz com que seja minimizada a distância entre o que é prescrito pelos profissionais de saúde e o que é realizado pelos pacientes (BRASIL, 2009). Quando o profissional de saúde se dispõe a escutar, está trabalhando com a perspectiva de repensar a própria cultura e relativizar os próprios paradigmas, afinal, muitas vezes nem é perceptível o quanto se está imerso nas referências científicas, sendo a escuta um dos pilares fundamentais para que se estabeleça o diálogo (BRASIL, 2010).

Ao utilizar a escuta receptiva, o respeito e a empatia, o profissional dá ao paciente inúmeros benefícios, tais como: estabelecimento de uma relação de confiança; permite que o profissional conheça melhor o paciente, que este se sinta aliviado e menos sozinho, e possa desenvolver suas emoções para ouvi-las e conhecê-las; e que o enfermeiro conheça a opinião do paciente sobre tratamentos e problemas envolvidos (GEFAELL, 2007).

Durante a comunicação com os pacientes, é importante saber escutá-los ativamente, observar a linguagem corporal, ouvir atentamente o que é dito (GUERRERO *et al.*, 2011). Pois a escutar e olhar atentamente torna-se um instrumento importante para que se compreendam os doentes com câncer, em sua singularidade, sendo necessário para tal, escutar com envolvimento suas experiências, dentre outros (SALES; MOLINA, 2004).

Quando o enfermeiro realiza a escuta receptiva, obterá a narrativa do paciente, na qual vão ser encontradas informações úteis e necessárias para o planejamento de cuidados. Essa narrativa contém conteúdo referente à resistência, à mudança, medos a determinados tratamentos, reações emocionais à doença, os impactos da doença na família, significados de piora ou melhora de cada paciente, dentre outros (GEFAELL, 2007).

A comunicação é um processo de envolvimento que se estabelece, dentre outras formas, através do diálogo, sendo um processo ativo, de atenção e de escuta ativa (FRANÇA *et al.*, 2013), de estabelecer contato (FERREIRA, 2006), sempre com o pensamento que o cuidado está direcionado a um ser humano e não apenas a doença (SOUZA; SANTO, 2008).

Nas observações efetuadas dos enfermeiros permitiram que o paciente falasse livremente; expressasse suas emoções, sentimentos, preocupações e medos; acompanharam com atenção a narrativa; fizeram perguntas abertas; foram breves quando falaram; olharam no rosto; ofereceram ajuda; e fizeram meneio positivo com a cabeça. E também foi identificada a ausência de interromper o paciente; escrever enquanto escuta; usar qualquer gesto adaptador; dar falsas esperanças ao paciente; fazer perguntas fechadas; reacionar durante a narrativa;

dirigir a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas; e completar as frases do paciente antes que ele as finalize. Tais ações e comportamentos devem estar presentes ou ausentes quando o enfermeiro vai utilizar a escuta receptiva (GEFAELL, 2007).

A escuta é um processo ativo que requer concentração de atenção e energia para sua utilização, e para isso precisa estar livre de preocupações e ansiedade, e se estiver com estas, estar ciente de sua presença e influência (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

A interação entre o paciente e a equipe de enfermagem é fundamental para o estabelecimento do vínculo afetivo, com o intuito de promoção do cuidado com qualidade, pois por meio da escuta ativa acontece a compreensão e valorização das ideias do paciente e a confiança adquirida permite a tomada de consciência de suas emoções, tornando um cuidado de qualidade e melhorando a adesão ao tratamento (MOHALLEN; RODRIGUES, 2007).

No entanto, alguns itens que Gefaell (2007) aponta como necessário para a escuta receptiva estiveram ausentes: as enfermeiras não permaneceram em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente; a confidencialidade não foi explicitamente assegurada; não foi indicado o tempo disponível no início do atendimento, e nem no término para fechar a conversa; não foi realizada a reflexão das perguntas antes de responder, e nem foi indagado acerca de outras preocupações da vida do paciente.

Constatou-se que as enfermeiras da oncologia estão pautadas em um discurso que assume forma de sermão durante os atendimentos com o paciente oncológico, em ARR-E4 e APP-E3 e, neste último, a enfermeira ainda tentou fazer o paciente ver e convencer. Gefaell (2007) aponta que tais atitudes devem ser evitadas pelas enfermeiras, pois prejudicam a comunicação com o paciente.

Em um estudo que avaliou o serviço ambulatorio de quimioterapia, os pacientes citaram que o adequado relacionamento interpessoal é vital, e engloba a afabilidade e interesse dos profissionais com os pacientes e o incentivo para que estes decidam participar ativamente no tratamento e cuidados propostos (FONSECA; GUTIÉRREZII; ADAMI, 2006).

A comunicação terapêutica envolve também o acompanhamento do paciente em suas reflexões. Através do acompanhamento que o enfermeiro realiza com o doente, faz com que este possa ser ouvido, compreendido, e que comece a preparar as suas emoções, refletir sobre as alternativas e tomar suas próprias decisões (GEFAELL, 2007). Um importante papel da comunicação é a regulação de emoções dos pacientes, e dessa forma, melhorando a adaptação psicológica à situação vivenciada (HA; LONGNECKER, 2010).

Nas observações, as enfermeiras tiveram tendência ao acompanhamento do paciente em suas reflexões. No entanto, foi em APP-E3 que isso mesmo se concretizou.

Na comunicação terapêutica, o enfermeiro deve proporcionar que o paciente reflita, pois fará com que este se torne mais autônomo no seu processo de adoecimento. E para o alcance de tal fato, é necessário escutar e dialogar para que o doente conte sua experiência, acompanhar a sua reflexão (GEFAELL, 2007).

Conhecer o impacto emocional de uma determinada doença para o paciente, auxilia os profissionais de enfermagem a entender o porquê, para que e como o paciente se cuida. É ainda na narrativa do paciente que o enfermeiro vai encontrar informações úteis e necessárias aos cuidados, tais como: os medos da doença e dos tratamentos, a resistência à mudança, reações emocionais relacionadas à doença, bem como, o impacto da doença na vida do paciente e de sua família (GEFAELL, 2007).

Em todos os atendimentos observados, estiveram presentes alguns itens: ‘demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma’, ‘tenta entender os significados de cada componente da história do paciente’, ‘escuta com atenção as questões pessoais do paciente’, ‘permite que o paciente expresse suas dúvidas’, ‘legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho’ e ‘utiliza linguagem acessível ao paciente’, e a ausência dos itens: ‘fala de maneira defensiva e justificativa’ e ‘tenta mudar o paciente e o seu modo de vida’. Gefaell (2007) aponta que tais ações mencionadas facilitam o acompanhamento do paciente em suas reflexões e favorece a relação de ajuda.

Foi possível identificar nas entrevistas de E1 no APAR e de E2 no APPV do setor de quimioterapia, e em E3 no APP do setor de internação oncológica, que elas explanaram acerca de permitirem a expressão de dúvidas. Tal fato, além de favorecer a comunicação terapêutica, é muito útil quando se trata da oncologia, uma vez que os pacientes podem ter muitas dúvidas acerca da doença, dos tratamentos, dos prognósticos e até mesmo sobre os mitos e tabus que ainda estão presentes nos dias atuais.

As enfermeiras da internação oncológica citaram ainda nas entrevistas sobre a utilização de linguagem acessível com o paciente. Isso reflete no estabelecimento da comunicação terapêutica, uma vez que facilita o entendimento do paciente às informações e que o mesmo se sinta importante, favorecendo a relação de ajuda.

Embora tenha a tendência ao acompanhamento do paciente em suas reflexões, algumas ações estiveram ausentes. Todas as enfermeiras não escutaram e anotaram as situações difíceis, não fizeram perguntas sobre as emoções e sentimentos, e não reforçaram pontos fortes do paciente. E ainda houve a presença de oferecimento de soluções prontas em APAR-E1 e AAP-E3, e ordens impositivas em AAP-E3 e ARR-E4.

A forma como profissionais desenvolvem o cuidado está diretamente relacionada à sua habilidade de utilizar a comunicação (OTONI; BARROS, 2012).

Com a utilização dos elementos da comunicação terapêutica acontece a promoção da criação de acolhimento, confiança e vínculo entre o enfermeiro e o paciente. Desse modo, percebe-se que o uso da empatia, respeito, escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões, são ferramentas que contribuem na relação de ajuda e favorecem uma assistência que valorize o paciente (MACHADO, 2011).

A comunicação é tão importante para a área de saúde, que se essa fosse um medicamento, o seu dano potencial teria que ser bem descrito como os demais produtos farmacêuticos seguros, e sua administração seria restrita a profissionais de saúde com competências estabelecidas (THORNE *et al*, 2013).

O uso da comunicação terapêutica ajuda o paciente no enfrentamento das enfermidades, e que se utilizado com o paciente oncológico, com certeza trará inúmeros benefícios. Em contrapartida, sua não utilização, atrelada às dificuldades que a doença possui, ao invés de ajudar, trariam prejuízos para todos os envolvidos no processo comunicativo.

Percebeu-se com o estudo que mesmo com a presença de atendimentos diferentes em todos os setores quanto aos elementos da comunicação terapêutica investigados, as enfermeiras tiveram tendência à comunicação terapêutica. No entanto, tal fato não pode ser visto apenas como fato positivo, uma vez que muitos itens ainda estiveram ausentes ou presentes e que distanciam o atendimento da comunicação terapêutica e, além disso, tal comunicação não foi citada nas entrevistas, sendo que o conhecimento de seus conceitos e habilidades é necessário para um cuidado com o paciente oncológico holístico e humanizado.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que as enfermeiras do setor de quimioterapia e do setor de internação oncológica obtiveram itens referentes aos elementos da empatia, respeito, escuta receptiva e acompanhamento do paciente em suas reflexões. Isso reflete que a comunicação que acontece na oncologia tem características da comunicação terapêutica.

Entretanto, percebeu-se também, que muitas atitudes e comportamentos das enfermeiras não favoreceram à comunicação terapêutica. Tal fato aponta a necessidade de capacitação com tais enfermeiras para a realização de uma comunicação terapêutica em todos os atendimentos e, dessa forma, melhorar o cuidado prestado através de uma relação de ajuda que favoreça o enfrentamento de uma doença que apresenta muitas repercussões negativas.

O presente estudo apresenta com limitação a investigação ter sido realizada apenas em um hospital que tem oncologia como serviço, e apenas alguns elementos da comunicação terapêutica foram analisados. Desse modo, os resultados apresentam uma abordagem restrita, porém permitiu uma reflexão significativa acerca da comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes oncológicos.

Salienta-se a necessidade da realização de mais pesquisas acerca da comunicação terapêutica entre enfermeiros, e pacientes portadores de câncer, em todos os serviços oncológicos tanto pela importância da temática como pela escassez na literatura de trabalhos dessa natureza.

Tais pesquisas provavelmente iriam favorecer o ensino da comunicação na graduação, uma vez que a comunicação terapêutica possui muitas peculiaridades para a sua execução e, além desse fato, ainda existe a complexidade das variáveis que influenciam padrões de comunicação, como as influências sociais, familiares e culturais de cada indivíduo. Dessa forma, são necessários estudos que além de despertarem a importância da comunicação terapêutica no contexto oncológico, sejam focados na realidade e provoquem mudanças na interação enfermeiro-paciente durante o cuidado de enfermagem.

Desse modo, visto a importância da utilização da comunicação terapêutica no cuidado ao paciente e os benefícios oriundos de sua utilização, principalmente ao paciente oncológico, os resultados do estudo trazem a reflexão da necessidade de sua utilização na oncologia.

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, S. B. C. MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2747-56, 2013.
- AFONSO, S. B. C.; MITRE, R. M. A. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2605-13, 2013.
- ALAMO, M. M.; MORAL, R. R.; PERÚLA DE TORRES, L. A. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. **Patient educ. couns.**, v. 48, n. 1, p. 23-31, set., 2002.
- ALMEIDA, R. T. **Comunicação do idoso e equipe de saúde da família no município de Porto Feliz - SP: acesso a integralidade?** 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Rev. latinoam. enferm.**, v. 21, n. 4, 07 telas, jul.-ago. 2013.
- ALMEIDA, V. C. F.; BRITO, L. S. A.; OLIVEIRA, C. J.; SANTOS, A. S. Communicative process between nurses and patients. In: XIV COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, 2014, **Anais...** Colombia: ACOFAEN, 2014, p. 391.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação.** 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, M. M. T. **Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de enfermagem.** 2011. 206f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007.
- BALTOR, M. R. R. et al. Percepções da família da criança com doença crônica frente às relações com profissionais da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 808-14, 2013.
- BARBALHA (cidade). **O município.** Barbalha (CE). Disponível em: <<http://www.barbalha.ce.gov.br/v2/index.php?idmenu=2>>. Acesso em: 25 set. 2014a.
- \_\_\_\_\_. **Relatório Anual de Gestão de 2014.** Barbalha/CE, 2014b.

BARBERO, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. **An. sist. sanit. Navar.**, v. 29, supl. 3, p. 19-27, 2006.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado em enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 5, p. 546-51, 2007.

BARLEM, E. L. D. et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 10, n. 4, p. 1041-9, 2008.

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **Mundo saúde**, v. 36, n. 3, p. 507-20., 2012.

BERLO, D. K. **O processo de comunicação: introdução à teoria e à prática**. trad. FONTES, J. A. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).

BORGES, M. M.; SANTOS JUNIOR, R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 38, n. 2, p. 275-82, 2014.

BRAGA, E. M. **Competência em comunicação: uma ponte de aprendizado e ensino na Enfermagem**. 2004. 172 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 410-4, 2007.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. How communication experts express communicative competence. **Interface comun. saúde educ.**, v.14, n.34, p.529-38, jul./set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**. v. 2. Série B. Textos Básicos de Saúde Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Departamento de Bioética. **Resolução N° 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres vivos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRIGA, S. C. P. **A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente.** 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade de Porto, Porto, 2010.

BRITO, L. S. A. **Comunicação entre enfermeiro e paciente: uma revisão integrativa da literatura nacional em enfermagem.** 2012. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato, 2012.

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 2 Pt 1, p. 221-7, 2010.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** EE. SMELTZER, S. C. et al. trad. MUNDIM, F. D.; FIGUEIREDO, J. E. F. 11 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CAPONERO, R. Biologia do Câncer. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-Oncologia.** São Paulo: Summus, 2008. p. 32-39.

CAPONERO, R.; LAGE, L. M. Quimioterapia. In: CARVALHO, V. A. et al., (Orgs.). **Temas em Psico-Oncologia.** São Paulo: Summus, 2008. p. 155-167.

CARDOSO, G. et al. Aspectos psicológicos do doente oncológico. **Rev. do serv. de psiqui. do hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca**, v. 6, n.2, p. 8-18, 2007.

CARDOSO, L. S. et al. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família Leticia Silveira Cardoso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 6, p. 1323-30, 2011.

CARVALHO, M. V. B. **O cuidado no processo de morrer na percepção das mulher com câncer.** 2003. 179 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CEARÁ (estado). **Rede estadual de atenção oncológica – Ceará.** Disponível em: <<http://extranet.saude.ce.gov.br/cresus/arquivos/protocolos/Rede%20Estadual%20de%20Aten%E7%E3o%20Oncol%F3gica.pdf>>. Acesso em 17 set. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem.** 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)>. Acesso em 7 jan. 2016.

CORCORAN, N. (Org.). **Comunicação em saúde: estratégias para a promoção da saúde.** trad. LOPES, L. São Paulo: Roca, 2010.

COUTINHO, S. M. G.; COSTA JÚNIOR, Á. L. Dificuldades metodológicas em estudos sobre comunicação médico-paciente em Oncologia. **Psicol. argum.**, v.32, n.79, p. 119-30, out./dez., 2014.

CRISTO, L. M.; ARAÚJO, T. C. Comunicação e oncologia: levantamento de estudos brasileiros. **Brasília méd.**, v. 48, n. 1, jun., 2011.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 412-9, 2008.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Estabelecimento de Saúde**. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNESNet. Secretária de Atenção à Saúde. 2014. Disponível em:  
<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6VETznS6upkJ:cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp%3FVCo\\_Unidade%3D2301902564211+&cd=8&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6VETznS6upkJ:cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp%3FVCo_Unidade%3D2301902564211+&cd=8&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em 30 set. 2014.

DIAZ, F. G. Comunicando malas noticias em Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Med. intensiva**, v. 30, n. 5, p. 452-9, 2006.

DIEFENBACH, M. et al. Cancer and Patient-Physician Communication. **J. health commun.**, v. 14, Supl. 1, p. 57-65, 2009.

ENG, T. C. et al. Preferences of Malaysian cancer patients in communication of bad news. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v. 13, n. 6, p. 2749-52, 2012.

FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Rev. enferm UERJ**, v.16, n. 4, p. 532-7, out./dez., 2008.

FERNÁNDEZ, M. F. P.; PEREIRA, R. C. B. Percepção do professor sobre o respeito. **Nursing**, v. 8, n. 87, p.375-9, ago., 2005.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 3, p. 327-30; maio-jun, 2006.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 7, n. 3, p. 346-354, jul./set., 2008a.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 1, p. 77-83, 2008b.

FONSECA, S. M.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; ADAMI, N. P. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. **Rev. bras. enferm.** v. 59, n. 5, p. 656-60, set./out., 2006.

FRANÇA, J. R. F. S. et al. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.** v.21, n.3, [07 telas], maio-jun., 2013.

GEFAELL, C. V. **Comunicación terapéutica en enfermería.** Madri: DAE, 2007.

FUMIS, R. R. L. Comunicação das más notícias: um cuidado com a saúde. **RBM espec. onc.**, v. 67, n. 10, abril, 2010.

GELHAUS, P. The desired moral attitude of the physician: empathy. **Med. health care philos.**, v. 15, p. 103-13, 2012.

GIL, A. C. Observação como técnica de coleta de dados. In:\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em Oncologia. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 455-62, 2013.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Rev. bras. cancerol.**, v. 55, n. 2, p.139-43, abr.-jun., 2009.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p.53-9, 2011.

GRINBERG, M. Comunicação em oncologia e bioética. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 56, n. 4, p. 375-93, 2010.

HA, J. F.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: a review. **The Ochsner J.**, v. 10, n. 1, p. 38-43, 2010.

HADDAD, J. G. V. **Aspectos da comunicação terapêutica na interação da enfermeira com o usuário na atenção básica: um estudo na rede do município de Itajubá.** 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HADDAD, J. G. V. et al. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **Mundo Saúde.** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.

HMSVP. Hospital Maternidade São Vicente de Paulo. **Sobre o hospital/Centros e Unidades.** Disponível em: <<http://hmsvp.com.br/>>. Acesso em: 22 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Ceará » Barbalha » Infográficos: dados gerais do município.** 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230190&search=ceara|barbalha|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 20 set. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. O desafio da comunicação em saúde, novas políticas buscam a democratização desse instrumento para a prevenção e o controle do câncer. **Rev. Rede Câncer**. n. 2, ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: Inca, 2008.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA. 2009.

\_\_\_\_\_. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011, 128 p.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

LAPINE A. et al. When cultures clash: physician, patient, and family wishes in truth disclosure for dying patients. **J. palliat. med.**, v. 4, n. 4, p. 475-80, 2001.

LEVINSON, W.; GORAWARA-BHAT, R.; LAMB, J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. **JAMA**, v. 284, n. 8, p.1021-7, 2000.

MACHADO, E. P. **Os elementos da comunicação terapêutica na relação clínica enfermeiro-usuário na atenção básica em São José dos Campos**. 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 13, n. 5, p. 723-8, set.-out., 2005.

MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. **Rev. bras. cancerol.**, v. 55, n. 1, p. 33-9, jan.-mar., 2009.

MARCONDES, N. A. V; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Rev. Univap**, v. 20, n. 35, jul., 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. 6 reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

MARTINO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V., (Orgs.). **Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências**. 10 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 11-25.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. trad. THORELL, A. M. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MERCER, S. W.; WATT, G. C. M.; REILLY, D. Empathy is important for enablement. **BMJ: Br. Med. J.**, v. 322, n. 7290, p. 865, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. orgs. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MOHALLEN, A. G.; RODRIGUES, A. B. orgs. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole; 2007.

MOORE, P. M. et al. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003751.pub3/full>>. Acesso em 22 jan 2016.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta paul. enferm.** v. 22, n. 3, p. 323-27, 2009.

MOURA, A.C. F.; MOREIRA, M. C. A unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes - indicativos para gestão do ambiente na enfermagem oncológica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 372-80, dez., 2005.

MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene.**, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set., 2009.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 6, n. 2, 2004.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas em tratamento de câncer. **Brasília méd.**, v. 49, n.4, p. 258-66, 2012.

PASSADORI, R. **As sete dimensões da comunicação**. São Paulo: Gente, 2009.

PAUL, C. L. et al. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. **Eur. j. cancer.**, v. 45, n. 17, p. 2960-6, 2009.

PEÇANHA, D. L. N. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.



PENTEADO, J. R. W. **A técnica da comunicação humana**. 14 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

PERDICARIS, A. A. M. A cirurgia de câncer e suas fronteiras. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 145-149.

PERDICARIS, A. A. M.; SILVA, M. J. P. A comunicação essencial em oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 404-413.

PESTANA, D. N. R.; YAMAGUCHI, N. H.; SCHWARTSMANN, G. Oncologia Geral. In: LOPES, A. C. (Org.). **Tratado de Clínica Médica**. v. 2, 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 4, p. 692-7., jul.-ago., 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

PONTES, A. C.; LEITÃO I. M. T. A; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 3, p. 312-8, maio-jun., 2008.

PONZIO, A.; CALEFATO, P. PETRILLI, S. **Fundamentos de filosofia da linguagem**. trad. ALVES, E. F. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RECCO, D. C.; LUIZ, C. B.; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq. ciênc. saúde**, v. 12, n. 2, p. 85-90, abr.-jun., 2005.

RENNÓ, C. S. N. **Acolhimento na percepção de pacientes portadores de neoplasia em uma unidade de oncologia do sul de Minas Gerais**. 135 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2012.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **REME rev. min. enferm.** v. 18, n. 1, p. 106-15, jan./mar., 2014.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora da possibilidade de cura. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n.1, p. 86-91, jan./mar., 2010.

ROSCOE L. A. et al. Beyond good intentions and patient perceptions: competing definitions of effective communication in head and neck cancer care at the end of life. **Health Commun.** v. 28, n. 2, p. 183-92, 2013.

SALES, C. A.; MOLINA, M. A. S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 6, p. 720-3, nov./dez., 2004.

SALIMENA, A. M. O. et al. Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem. **Rev. bras. cancerol.**, v. 56, n. 3, p. 331-40, 2010.

SANTOS, F. C. et al. O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional. **Enferm. glob.**, n. 38, p. 313-24, abr., 2015.

SANTOS, M. S. **Vivência comunicativa do enfermeiro com pacientes e familiares de unidades críticas: do discurso à prática**. 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

SANTOS, M. C. L. et al. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 4, p. 675-82, jul-ago, 2010.

SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G. M.; OLIVEIRA, H. J. Acolhimento e humanização na visão dos anesthesiologistas. **Rev. bras. anesthesiol.**, v. 62, n. 2, p. 199-213, mar./abr., 2012.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, supl. 1, p. 1457-65, 2011.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Loyola; 2003.

\_\_\_\_\_. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 7 ed. São Paulo: Loyola; 2010.

\_\_\_\_\_. O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2012. cap. 4, p. 50-64.

SILVA, P. L. N. et al. O significado do câncer: percepção de pacientes. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 7, n. 12, p. 6828-33, dez., 2013.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. 218 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa Interinstitucional Universidade Estadual de Londrina/Universidade do Norte do Paraná/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev. bras. enferm.**, v. 58, n. 4, p. 476-80, jul.-ago., 2005.

SMAJDOR, A.; STÖCKL, A.; SALTER, C. The limits of empathy: problems in medical education and practice. **J. Med. Ethics**, v. 37, n. 6, p.380-3, jun., 2011.

SIMEONI I.; DE SANTI, A. M. **Comunicação em enfermagem: colaborações entre profissionais de saúde**. trad. MENEGUIN, P. São Paulo: Yendis Editora, 2012.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOUZA, A. S.; SARAN, D. S. A comunicação como ferramenta de apoio à pacientes terminais. **Comunicação & Mercado/UNIGRAN - Dourados - MS**, v. 1, n. 3, p. 08-14, jul.-dez., 2012.

SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Rev. bras. cancerol.**, v. 54, n. 1, p. 31-41, 2008.

SOUZA, R. A. P.; SOUZA, S. R. Um cuidado complexo: comunicando as más notícias em oncologia. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 4, n. 4, p. 2920-9, out./dez., 2012.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2012a. cap. 3, p. 29-49.

\_\_\_\_\_. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2012b. cap. 3, p. 29-49.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2012.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 ed. rev. e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2012.

THEUNISSEN, J. M. et al. Symptoms in the palliative phase of children with cancer. **Pediatr. blood cancer.**, v. 49, n. 2, p.160-5, ago., 2007.

THORNE, S. et al. Poor communication in cancer care: patient perspectives on what it is and what to do about it. **Cancer Nurs.**, v. 36, n. 6, p. 445-53. nov.-dez., 2013.

THORNE, S. E.; BULTZ, B. D.; BAILE, W. F. Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. **Psycho-oncol. (Chichester)**, v. 14, n. 10, p.875-84, out., 2005.

TRINDADE, E S. et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. J. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. trad. CABRAL, A. São Paulo: Cultrix, 2007.

VERMEIR, P. et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. **Int. j. clin. pract.**, v. 69, n. 11, p.1257-67, nov., 2015.

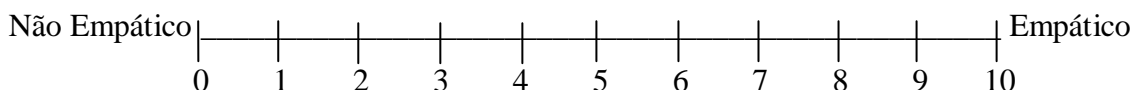
VITOR, A. C. S. et al. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta sci., Health sci.**, v. 25, n. 2, p. 199-206, 2003.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Roteiro para Observação da Comunicação Terapêutica na Assistência de Enfermagem Oncológica\***

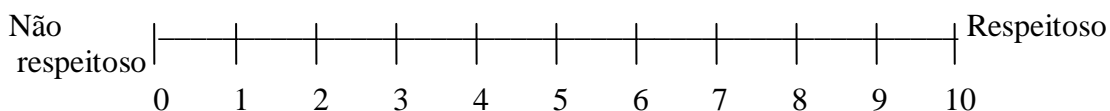
Número de identificação do enfermeiro: \_\_\_\_\_

Itens a serem observados	Presente	Ausente
<b>EMPATIA- o enfermeiro durante a consulta:</b>		
Demonstra que entende os sentimentos do paciente	■	
Demonstra que se importa com o paciente	■	
Tenta compreender o paciente	■	
Demonstra que está tentando imaginar o que o paciente vive, sofre ou sente	■	
Oferece ajuda para o paciente	■	
Sorri	■	
Olha nos olhos do paciente enquanto conversam	■	
Demonstra vontade de entender o paciente	■	
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam		■
Expressa, com palavras, que entende o que o paciente está passando	■	
Usa expressões para animar o paciente	■	
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta		■
Faz confrontação, ajudando o paciente a identificar inconsistências entre o que diz e faz	■	



Itens a serem observados	Presente	Ausente
<b>RESPEITO - o enfermeiro durante a consulta:</b>		
Trata o paciente pelo nome	■	
Faz com que o paciente não se sinta um incômodo, um estorvo	■	
Critica o comportamento do paciente		■
Faz julgamentos acerca do paciente		■
Emite opinião pessoal		■
Dá conselhos para o paciente		■
Ajuda o paciente a entender as informações	■	
Estimula o paciente a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento	■	
Ajuda o paciente a tomar decisões sobre o tratamento	■	
Colabora na elaboração de um plano de cuidado	■	
Demonstra ironia ao falar ou no gestual		■
Dá a entender que o paciente exagerou		■
Minimiza o que o paciente diz		■
Estimula o paciente expressar seus sentimentos	■	

Trivializa as queixas que traz o paciente		
Duvida do paciente		
Personifica o paciente por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante		
Respeita a intimidade e a privacidade do paciente		
Demonstra respeito pela cultura do paciente		
Demonstra respeito pela crença religiosa do paciente		
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o paciente não estivesse presente		
Interrompe a consulta para fazer outras coisas		
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta		
Balança a cabeça como sinal de positivo		
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)		
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)		
Oferece opções, alternativas ao paciente		
Tenta fazer o paciente “ver”, impõe		
Trata o corpo do paciente com respeito		
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do paciente		
Usa expressões de intimidade como tio, mãe, vô, etc.		
Usa expressões de humor ofensivo, deboche		



<b>Itens a serem observados</b>	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
<b>ESCUTA RECEPTIVA - o enfermeiro durante a consulta:</b>		
Permite que o paciente fale livremente		
Interrompe o paciente		
Permite que o paciente expresse suas emoções e sentimentos		
Permite que o paciente expresse suas preocupações e medos		
Permite que o paciente expresse suas crenças		
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após fala do paciente		
Acompanha com atenção a narrativa do paciente		
Oferece ajuda ao paciente para suas dificuldades		
Faz perguntas abertas		
Está sentado enquanto conversa com o paciente		
Escreve enquanto escuta o paciente		
Balança (bate) a caneta enquanto o paciente fala ou usa qualquer outro gesto adaptador		
É breve quando fala		
Olha no rosto e meneio positivo a cabeça		

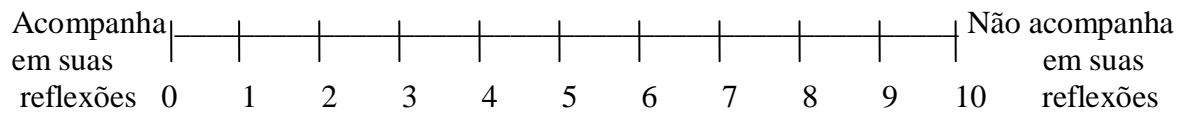
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa		
Tentar mudar o sentimento do paciente		
Dá falsas esperanças ao paciente		
Dá sermão		
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório		
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)		
Assegura ao paciente a confiabilidade do que for falado ou identificado na consulta		
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do paciente		
Coloca tempo/ término da conversa , fechando-a		
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do paciente		
Reaciona às colocações do paciente		
Pergunta sobre outras preocupações que o paciente tem em sua vida		
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas		
Completa as frases do paciente antes que ele as finalize		



Itens a serem observados	Presente	Ausente
<b>ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM SUAS REFLEXÕES - o enfermeiro durante a consulta:</b>		
Demonstra apoio de forma a facilitar que o paciente reflita de maneira autônoma		
Escuta e anota as situações difíceis em que o paciente se encontra		
Tenta entender os significados de cada componente da história do paciente		
Escuta com atenção as questões pessoais do paciente		
Permite que o paciente expresse suas dúvidas		
Inicia lentamente o diálogo da consulta		
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do paciente		
Legitima e afirma a experiência do paciente para que não se sinta sozinho		
Demonstra neutralidade		
Dá ordens de maneira de maneiras impositivas		
Fala de maneira defensiva e justificativa		
Facilita que o paciente prove opções		
Oferece soluções prontas		
Reforça pontos fortes do paciente (oferece reforço positivo)		
Tenta mudar o paciente e o seu modo de vida		
Permite que o paciente expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço do hospital		



Utiliza linguagem acessível ao paciente



\*Adaptado de Machado (2011) e Machado (2011).

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1) Número de identificação do enfermeiro: \_\_\_\_\_
- 2) Idade \_\_\_\_\_
- 3) Sexo: F ( ) M ( )
- 4) Tempo de formado: \_\_\_\_\_ anos
- 5) Tempo de atuação: \_\_\_\_\_
- 6) Titulação máxima
  - ( ) graduação
  - ( ) especialização
  - ( ) mestrado
  - ( ) doutorado
  - ( ) pós-graduação
- 7) Área de Titulação: \_\_\_\_\_
- 8) Possui formação específica em enfermagem oncologia ou área afim:  
( ) sim ( ) não

### PERGUNTA NORTEADORA

- 1) Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

## **APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Lídia Samantha Alves de Brito, discente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob a orientação da Professora Doutora Vitória de Cássia Félix de Almeida, estou realizando uma pesquisa intitulada: “Comunicação terapêutica na assistência de enfermagem ao paciente oncológico” e que possui como objetivo geral analisar a comunicação terapêutica entre enfermeiro-paciente oncológico durante a assistência de enfermagem. Informo-lhe que os dados obtidos na realização deste estudo serão apresentados à Coordenação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), como também em eventos científicos, no entanto, a sua identidade será mantida em sigilo.

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa. Sua participação será muito importante para a realização desse estudo, e se espera com este, contribuir para disseminação de conhecimento a toda comunidade científica, aos profissionais de saúde e de outras áreas de atuação, por ser uma temática de grande relevância para toda a sociedade.

Caso aceite participar da pesquisa de forma voluntária, vou realizar uma observação durante a assistência de enfermagem ao paciente oncológico e em seguida uma entrevista, no intuito da compreensão da comunicação utilizada com tais pacientes. Todos os dados oriundos de tal observação ficarão sob nossa responsabilidade e serão sintetizados com os dados provenientes dos demais participantes do estudo, e desse modo não será possível à identificação individual dos participantes da pesquisa.

Durante a realização da pesquisa, você poderá solicitar esclarecimentos sobre dúvidas que possam surgir, como também terá a liberdade de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo e, caso aconteça sua desistência o sigilo também será mantido. A pesquisa terá risco mínimo, apenas de constrangimento pela realização da observação e da entrevista.

Caso precise entrar em contato conosco para o esclarecimento de dúvidas das sobre a pesquisa, pode entrar em contato com: Lídia Samantha Alves de Brito, telefone: 9908-0610 / email: enfa.lidiabrito@gmail.com/; e Vitória de Cássia Félix de Almeida, telefone: 88230239/ email: vitoria.felix@urca.br; ou no endereço da Universidade Regional do Cariri, situada na Rua Cel. Antônio Luis, 1161, Pimenta, Crato/CE.

Se o Sr (a) estiver de acordo em participar voluntariamente da pesquisa deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste termo.

## **APÊNDICE D – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido**

Pelo presente instrumento, que atende às exigências éticas e legais, eu \_\_\_\_\_, declaro que após leitura minuciosa do TCLE e de ter sido convenientemente esclarecido acerca da pesquisa, compreendo a finalidade e as etapas o estudo, tive oportunidade de solicitar o esclarecimento de dúvidas, e estou ciente dos procedimentos aos quais serei submetido e, firmo o meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Comunicação terapêutica na assistência de enfermagem ao paciente oncológico”.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Barbalha - CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Lídia Samantha Alves de Brito  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Vitória de Cássia Félix de Almeida  
Pesquisadora Orientadora

## APÊNDICE E - Diário de campo de E1 no APPV

### - Descrição do atendimento

A paciente havia sido diagnosticada com câncer no estômago recentemente, estava com a filha e demonstrava certa ansiedade em sua face. A enfermeira sentada ao lado da paciente, a tratou pelo nome e realizou o atendimento para explicar o tratamento e os fármacos que seriam utilizados, os efeitos adversos destes, e possíveis complicações em que deveria procurar o serviço de urgência e emergência do hospital. A paciente prestava atenção, mas às vezes, desviava o olhar para observar o ambiente ao seu redor. Em um determinado momento do atendimento a enfermeira emitiu opinião pessoal, expresso na fala: *O lanche chegou, é melhor a senhora ir logo comer, é bom tomar o caldo quente*. Durante o atendimento, uma técnica de enfermagem chamou a enfermeira para resolver um problema burocrático, ela pediu licença e foi, mas voltou em alguns instantes. Foi feita uma pergunta que induz uma determinada resposta: *O médico já informou sobre o seu tratamento?* E mesmo que a enfermeira tenha demonstrando que entende aquela situação vivenciada, pelos gestos de meneio positivo com a cabeça e olhar fixo no que estava sendo relatado, não foi expressa a paciente com palavras que entendesse o que a paciente está vivendo. A enfermeira usou palavras para animar, expressas na fala: *A senhora agora está no lugar certo, para fazer o tratamento certo*. Não foram anotadas as situações difíceis que o paciente se encontrava. Foi informada a paciente as normas do setor, e apresentado o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade e o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Informado. A paciente ao final agradeceu muito a atenção que a enfermeira teve com ela.

### - Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*Bom como o paciente é primeira vez, a gente tem que orientar todos os procedimentos, é... pós quimioterapia, durante a quimioterapia, a partir do momento que ela entra na sala de quimioterapia, como pós quimioterápico. Então são algumas reações que o paciente pode sentir, algumas são normais e outras não são. Então a gente sempre orienta pra ele sair daqui esclarecido todas essas reações, o que pode ser normal e o que não pode. Uma das medicações que esta paciente está tomando agora, o óxido de platina, é uma das quimioterapias que podem causar mais reações, então a gente não pode deixar de orientar mesmo. Então mesmo que termine a medicação, ela tem que ficar aguardando a gente orientar. Isso é muito importante, nenhum paciente, sai daqui da sala de quimioterapia sem a*

orientação do enfermeiro. Então o que é normal a paciente sentir depois que ela sair daqui da sala, é normal sentir enjoos, mal-estar, náuseas, isso tudo é normal sentir, até o vômito também é normal. Então o que a gente orienta, geralmente eles já saem do consultório médico com a receita de algum medicamento pra esses sintomas, caso não saiam com essas receitas a gente orienta, por que são medicações que podem vender sem a receita nas farmácias. Então a gente orienta, como o uso do Dramin®, o uso do Vonau®, do Plasil®, são medicações mais básicas pra esses sintomas, é... Em relação também a falta... a alimentação é muito importante, é importante demais pra o paciente que tá em uso de quimioterapia. Eu sempre costumo dizer aos pacientes, é uma ladainha (risos), isso ai eu não esqueço por que é importante demais, eu costumo dizer a eles que a quimioterapia é tão importante quanto a medicação, por que se eles tomam a quimioterapia e eles não se alimentam bem, automaticamente as defesas vão diminuir, então com a quimioterapia já diminui, então se eles não se alimentarem bem, fragilizam... se fragilizam mais ainda. Então é importante a alimentação demais. Então alguns também podem... o intestino pode alterar, então pode sentir diarreia como também pode prender, pode ter constipação intestinal. Então a gente sempre orienta em relação as frutas, é... os sucos, a hidratação que é importante demais para a paciente não ficar desidratada, então a gente orienta sempre o paciente ingerir pelo menos uns três litros de líquido por dia né... a gente sempre faz essas orientações e também a agente tem o nutricionista, que a gente avalia a necessidade do paciente ser avaliado pelo nutricionista, a gente orienta que a gente tem aqui no nosso ambulatório, é... Em relação a dor muscular, dor nos ossos, dor nas pernas também, são sintomas normais. Essa medicação (que administrou no paciente), ela não pode ter contato com nada gelado, então a gente sempre orienta também, é importante demais. São alguns tipos de quimioterapia que são mais específicas a determinadas ações. Então uma dessas é, a óxido de platina, ela não pode ter contato com nada gelado, nem abrir a geladeira, ela pode sentir dor, pode sentir dor muscular, dor nos ossos, isso ai a gente... pode ser evitado, é... isso tudo que eu falei é normal ela sentir, mas tem algumas coisas que não são normais, como a diarreia com sangue, se ela sentir diarreia com sangue, então ela tem que procurar o médico, o pronto socorro de preferência. A gente sempre orienta procurar um médico assistente, a vim aqui, mas às vezes por conta do médico não está aqui, pode ser um horário a noite ou final de semana, ai a gente orienta vim pro pronto socorro por que no pronto socorro a gente já tem o médico plantonista 24 horas que vai saber conduzir o caso né... vai ou pedir parecer do médico dependendo da situação ou vai solicitar os exames dependendo de cada caso né, é...a febre também, a febre também não é normal pós-quimioterapia, o

*paciente sentiu febre acima de 38° C tem que procurar imediatamente o pronto socorro, não pode ficar em casa com febre. Também a gente orienta em relação ao transporte que a gente sabe que é uma condução que os pacientes tem direito, o paciente oncológico, e qualquer paciente em tratamento fora do domicílio ele tem o direito ao transporte, então a gente encaminha o acompanhante ao serviço social aqui do hospital pra ela receber essa carta, que é uma carta que vai diretamente pra o secretário de saúde pra ele providenciar o transporte, a gente sempre orienta... Em relação também é... alimentos, alimentação aqui dentro da sala, que a gente disponibiliza da copa do hospital, que a gente tem lanche, horário de manhã e tarde, cedo a gente tem o café da manhã e tem o almoço. Então a gente não permite que entre nenhum alimento de fora pra dentro. A gente procura não abrir exceção por que se não vira bagunça né, cada um vai querer trazer um alimento pra seu paciente. Então a gente não permite, é... Em relação aos acompanhantes também nesse primeiro encontro da gente com o paciente de primeira vez a gente já orienta, que não permite acompanhante aqui dentro, só permite no primeiro dia pra gente fazer essa orientação e sair esclarecido ou dependendo de cada paciente, por que tem paciente que realmente necessita de acompanhante e outros que não, então a gente não radicaliza isso, dependendo de cada caso. Então após entregar esse Termo de Esclarecimento e Consentimento e todas as orientações dos efeitos colaterais da medicação. Nesse termo tá toda a medicação que ela (a paciente) tomou, tá o nome da gente né, do enfermeiro que prestou esse esclarecimento, essas orientações, o nome do médico e farmacêutico. Então o paciente tem o direito de levar um pra casa e o outro, é... ficar no prontuário. Então são essas orientações que a gente realiza em todos os pacientes de primeira vez que faz uso de quimioterapia.*



## APÊNDICE F - Diário de campo de E1 no APAR

### - Descrição do atendimento

A paciente já realizava tratamento para câncer de mama, no entanto devido à mastectomia total e com a retirada dos gânglios linfáticos da axila, foi necessária a inserção do Cateter Totalmente Implantado para dar continuidade ao tratamento. A paciente demonstrava ansiedade e medo na sua face. A enfermeira a tratou pelo nome e explicou acerca do cateter, seus cuidados em casa e sobre a aplicação da medicação. Todo o atendimento foi realizado com a enfermeira em pé, pois ela relatou que era a melhor forma para execução da técnica. Durante todo o atendimento a paciente demonstrava medo e relatou que era medo de sentir dor, e nesses momentos ela expressa a espiritualidade ao dizer a frase: *Meu Jesus me ajude*, o qual foi respeitado pela enfermeira. Em determinado momento do atendimento a enfermeira emitiu opinião pessoal, expresso na fala: *A senhora deite na cadeira por que é bem melhor*, e também dá conselho no momento que vai começar a punção, quando diz: *Todo mundo quando vai fazer a primeira vez fica aflito, e é normal por que é algo novo, até eu fico quando vou tomar alguma medicação que não tomei, é melhor a senhora não olhar, não fique assim*. E em outro momento, ela interrompe o atendimento por alguns minutos, por que passa um determinado paciente que já fazia tratamento há alguns anos, e ao vê-la quer conversar. Uma pergunta foi feita que induzia uma determinada resposta: *Na implantação do cateter ocorreu tudo bem?* E mesmo que a enfermeira tenha demonstrando que entende aquela situação vivenciada, pelos gestos de meneio positivo com a cabeça e olhar fixo no que estava sendo relatado, não foi expressas a paciente com palavras. No final do atendimento a paciente ao final relatou que estava mais tranquila por que não doeu. A enfermeira percebeu que a paciente estava com muita ansiedade, e mesmo dando orientações para amenizar tal situação vivenciada, chamou o psicólogo para realizar um atendimento com o paciente.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*Bom, esse cuidado é muito importante em relação aos cuidados do paciente oncológico e é bom informar todos os procedimentos que vai ser realizado com o paciente. Esse procedimento, é... a punção do Port-a-Cath®, é importante a gente orientar em relação por que é algo novo pra ela né... essa implantação do Port-a-Cath® facilita a punção venosa que são realizados em pacientes que tem difícil acesso ou pacientes que são mastectomizadas,*

principalmente bilateral, por que fica sem nenhuma condição de acesso venoso, então são implantados esses Port-a-Cath®, quanto o paciente ela... a gente chega, vai orientar a punção, a gente vai explicar a ela cada passo, então vai explicar em relação aos cuidados que ela deve ter com o Port-a-Cath mesmo sem tá utilizando no momento, vai orientar em relação ao manuseio que a gente vai fazer, por que é justamente isso que é importante ela saber, que é um procedimento novo pra ela, e... a gente explica cada detalhe, então o que é a heparinização, a gente vai fazer a cada trinta dias, caso não tenha uso de medicamentos, ela deve ser feito, é... a heparinização dele até quarenta dias, a gente padroniza aqui de trinta em trinta dias, mas ela pode ficar até quarenta dias sem essa heparinização. Caso ela tenha um ciclo de quimioterapia a cada quinze dias ou a cada vinte e um dias, é feita essa punção, e é feita só pelo enfermeiro. Então a gente explica cada paciente que a gente vai utilizar ele... é...E a gente explica também em relação em casa, pra ter cuidado pra não dormir por cima do catéter, ter cuidado para não levar pancada, por que como esse dispositivo, ele pode se romper lá dentro, ele é muito seguro, mas assim, é um corpo estranho dentro do organismo, então a gente explica esses cuidados. Então ela saiu daqui informada, hoje como foi a primeira vez de punção, esse procedimento a gente explica tudo, próxima vez que ela virá daqui a 21 dias a gente vai fazer a mesma coisa, mas a gente vai orientar também, não dessa forma, como foi a primeira vez e os cuidados que ela vai ter em casa, que isso aí ela já foi informada da primeira vez, mas sempre a gente dando o suporte necessário e tirando todas as dúvidas que ela virá a ter. E hoje como foi feita a punção, foi feita a quimioterapia em si, e foi todo um percurso de quatro horas e meia de quimioterapia, é... geralmente deixa o paciente é... um pouco aflita, um pouco ansiosa, isso é normal, mas a gente sempre orienta que tem o psicólogo, hoje por sinal, a paciente foi acompanhada pelo psicólogo e quando terminou a quimioterapia, a gente fez a heparinização, e a paciente foi embora, tudo ocorreu sem nenhuma intercorrência, sem maiores intercorrências, foi tudo dentro da normalidade.

## APÊNDICE G - Diário de campo de E2 no APPV

### - Descrição do atendimento

O paciente portador de câncer de laringe já havia realizado cirurgia, e iria começa a quimioterapia com sessões diárias. Ele estava acompanhado de dois filhos e apresentava aparência de preocupado. Oriundo da zona rural utilizava palavras típicas da região, mas foi respeitado. A enfermeira já ia para o intervalo de almoço, mas resolveu realizar o atendimento, e demonstrou pressa, sendo o diálogo começado de forma rápida. O tratou pelo nome e explicou o tratamento quimioterápico e seus efeitos adversos. Todo o atendimento foi realizado com a enfermeira sentada. Esta demonstrou que entende aquela situação vivenciada, pelo gesto de meneio positivo com a cabeça, mas não foi expresso ao paciente com palavras. Durante o atendimento, foi emitido conselho ao paciente: *É melhor o senhor colocar sua sacola aqui.* Em alguns momentos a enfermeira interrompeu a conversa, uma vez para tirar uma dúvida de um técnico de enfermagem e outra para conversar com o acompanhante de outro paciente. Foi feita pergunta que induz uma determinada resposta: *Na cirurgia ocorreu tudo bem?* Durante a conversa, a enfermeira sorriu para o paciente e olhou nos olhos deste. Quando o paciente relatou que não tinha condições financeiras para o transporte de sua cidade e que não tinha aonde se hospedar durante o tratamento, a enfermeira explicou os direitos a transporte e a hospedagem, e o encaminhou para o atendimento com a Assistente Social. Não foram anotadas as situações difíceis que o paciente se encontrava. O paciente e os filhos foram informados acerca das normas do setor, e foi apresentado o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade e o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Informado.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*Pouca a comunicação, porém eu acho que foi o suficiente para ele (o paciente) absorver as informações né, por que não adianta você ficar arrodando, arrodando, arrodando com um monte de coisa e o paciente não entender nada. Até por que quando você percebe que o paciente entendeu a informação, não precisa você ficar só naquela né.... Eu faço assim, eu tento minimizar o máximo possível, mas com a preocupação de não deixar o paciente com dúvidas né, quando você percebe que o paciente está seguro, ótimo, ali tá resolvido, né.*

## APÊNDICE H - Diário de campo de E2 no APAR

### - Descrição do atendimento

A paciente já fez tratamento para câncer de mama, e estava realizando tratamento de um câncer no fígado. Acompanhado de um filho, ela apresentava aparência de tranquilidade e estava sorridente. Procurou a enfermeira E2 e disse que queria que ela administrasse a medicação. Quando a enfermeira chegou, a paciente relatou: *Ainda bem que você veio, gosto muito quando você aplica a medicação e fico tranquila, eu fiquei com medo de ser essa menina (a pesquisadora) que ia aplicar.* A paciente ainda disse que não gosta quando vem estagiária ou novata, ao ouvir isto a enfermeira demonstrou neutralidade. Tal situação não foi anotada. A enfermeira a tratou pelo nome e todo o atendimento foi realizado com a enfermeira em pé, em que ela relatou ser a melhor forma para execução da técnica, demonstrou pressa, olhou nos olhos da paciente e balançou a cabeça como um sinal positivo. Foi explicado o que ia ser realizado e em seguida aplicado à medicação no Cateter Totalmente Implantado. Em um momento, a enfermeira deu conselho: *Eu acho que é melhor a senhora colocar a bolsa desse lado.* Em outro momento interrompeu o atendimento ao conversar com outra paciente que havia chegado ao setor. A paciente relatou que estava muito feliz, por que o tratamento estava perto de acabar e ela estava curada, e nesse momento a enfermeira compartilhou com sua alegria. Ao final do atendimento, a paciente agradeceu muito a assistência prestada.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*Foi uma continuidade da assistência já, é... e assim o que eu vejo é que pra que você faça ou assegure o paciente naquela condição primeiramente tem que o profissional tem que ter segurança no que tá fazendo... Não adianta é... porque o paciente que vai identificar essa segurança, através disso o paciente vai ficar mais relaxado, o paciente vai contribuir né?! Fazer com que o paciente ele, ele fique mais a vontade até pra gente desenvolver também, porque é tão ruim quando a gente sabe que o paciente tá tenso e tudo, e a gente não dá essa, não tira esse essa tensão dele, não faz com que o paciente se sinta bem, relaxado, confiante no nosso trabalho. Ai o trabalho, por exemplo, como eu já falei, foi uma continuidade do que **EI** fez, porém ela já sabe todas as sequências do procedimento bem direitinho, porque foi orientada desde o princípio e assim é... em relação a conduta também da gente, mesmo que a paciente já saiba, a gente tem que dizer: -Oh agora eu vou tirar! -Agora respire um*

*pouquinho, faça isso... e tudo tem, o paciente precisa ser orientado em tudo que for fazer né?! Em tudo que se for manusear com ele, tudo que for... ser feito é... é através do procedimento, qualquer conduta que seja o paciente precisa ficar ciente. Ele mesmo ciente já sabendo que é de rotina, isso dali o paciente vê toda semana... ela está vindo toda semana, porém a gente tem que tá sempre dizendo: -Não agora isso eu vou tirar!Daqui a pouco a senhora pode tirar esse curativo. Sempre dizendo a mesma coisa. Pode ser repetitivo, porém... eu acho que é uma obrigação nossa de está sempre orientando o paciente em relação a isso. Que mais?... Porque quando o paciente vem e você se sente seguro, você passa essa segurança pra ele ... acho que dá um... dá uma leveza, no sentido porque começa pela a gente. Eu sou, eu sou paciente também, uma vez e outra eu me internava, ai graças a Deus nunca mais me internei, e quando... e eu sou forte, eu não sou de ficar me lamentando ou eu num tenho medo de furar duas vezes, três vezes, cinco vezes não, meu acesso é muito ruim. E eu não tenho medo, mas assim... não acho ruim... até um certo ponto, mas tem profissionais quando entram... a gente já fica mais a vontade, tem outros que a gente percebe aquela insegurança que você não consegue ficar tranquila... né?! Porque mesmo sabendo que vai fazer um... uma medicação injetável, uma coisa simples, mas você preferiu o outro, é tipo dá uma prioridade a alguém né?! estabelecer isso, que é melhor isso, as vezes até o psicológico contribui muito... mas mesmo que os pacientes novos, por exemplo, que chegam, a gente tenta se envolver, não, não envolver o emocional, mas assim, fazer com que eles fiquem a vontade , fazer com que, é... eles entendam o que eles estão fazendo aqui, que a gente tá ali pra contribuir... é tentar conhecer a história dele, que contribui muito pra nós a parte da enfermagem, pra chegar e abordar, entendeu? Já tenta colher algumas informações antes, já pra que, quando chegar junto do paciente ela já tá meio caminho andado. Conseguindo informação, fica mais fácil, e... é eu acho que o paciente também ele se sente mais a vontade quando você já... o paciente percebe que você já sabe um pouquinho da história dele né?! Ai ele conversa mais, se abre com maior facilidade, a ficar mais a vontade e a entender aos pouco né?! o que vai passar, o que tá passando... né?!*

## APÊNDICE I - Diário de campo de E3 no AAP

### - Descrição do atendimento

O paciente havia se internado no setor para a realização de uma cirurgia no estômago, local do câncer. Aparentava estar tranquilo e atento ao atendimento, e falava algumas palavras características da região da zona rural, situação que foi respeitada pela enfermeira. Esta não o tratou pelo nome, demonstrou pressa, não iniciou lentamente o diálogo, e sentada ao lado da paciente fez as orientações acerca da receita com os medicamentos prescritos pelo médico, sobre os cuidados com o curativo, sobre a dieta e informou o dia do retorno para avaliação médica e a consulta com a nutricionista. Mesmo com as orientações dadas acerca de uma alimentação leve, o paciente relatou que ia comer cuscuz, e nesse momento, a enfermeira deu um sermão, presente na seguinte fala: *Já disse que o senhor deve comer alimentos leves.* Também deu ordem impositiva: *De jeito nenhum o senhor pode comer cuscuz.* Em seguida ela tenta fazer o paciente ver e convencer ele, repetindo a informação de que não é indicado comer esse tipo de alimentação após a cirurgia que o paciente realizou. A enfermeira também ofereceu solução pronta: *O senhor come então um alimento leve no lugar do cuscuz, como uma sopa com verduras e legumes.* Durante a consulta a enfermeira sorriu e olhou nos olhos do paciente. Também fez pergunta que induz ou impõe determinada resposta: *O senhor se alimentou bem ontem?* Ela não utilizou palavras para demonstrar que entende a situação vivenciada e para animar o paciente. Não foram anotadas as situações difíceis que o paciente se encontrava. No final o paciente agradeceu muito toda a assistência prestada nos dias em que esteve internado.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*Assim, eu tento me comunicar da forma mais clara possível, eu procuro não usar termos técnicos, de uma linguagem mais popular e sempre eu fico perguntando: tá entendendo? Tá compreendendo? Isso aqui? Tem alguma dúvida? Por que às vezes a gente cansa de explicar, ele diz que entende e depois retorna dizendo que não entendeu nada... Entendeu?! Então eu tento falar, explicar da forma mais clara possível... Só que quais são as orientações que geralmente a gente dá aqui, a gente dá orientações quando o paciente vai para casa, vai de alta, a gente fala sobre o curativo, primeiro, primeiro é a assistência, então é curativo, aí a receita, que todo paciente que ele vai pra casa com receita, e orientado sobre a receita. Pode ser, tem paciente que faz cirurgia, que vai pra casa com dreno, ele também é orientado sobre*

*o manuseio e cuidado com esse dreno, é... Receita, Curativo... Caso for com dreno, pode ser que vá com sonda vesical de demora, ele também vai ser orientado sobre essa sonda vesical de demora desse paciente. Tem que ser de forma clara, não adianta ficar usando termos técnicos que eles não vão entender. Não são todos que tem algum parente na família da saúde, muitos não tem. Então você tem que falar de forma clara, escrever, se necessário, orientar mais de uma pessoa da família, geralmente a gente procura orientar aquele cuidador, o cuidador que vai tá em casa com ele, junto com o paciente, pra diminuir algum risco de infecção, algum erro de cuidado com dreno, com sonda, entendeu?! Pra num acontecer dele ir com a receita e num saber a forma de tomar a medicação, de num perder o retorno, que é importante ele ir já orientado, com o retorno marcado, é... pronto, e sempre dá o telefone do hospital e do setor, pra qualquer dúvida ele ligar e poder tirar a dúvida com a gente. Pronto, é isso que a gente faz.*

## APÊNDICE J - Diário de campo de E3 no AAR

### - Descrição do atendimento

O paciente estava internado no setor devido à realização de uma cirurgia de retirada parcial do estômago. A assistência prestada foi à retirada do dreno e da sonda nasogástrica. O paciente ficou com aparência de tranquilo, quando a enfermeira falou o que ia ser realizado, mas estava ansioso para ir para casa. A enfermeira o tratou pelo nome, sorriu, mas não olhou nos olhos do paciente. Durante a assistência foi dado conselho: *O senhor vá tomar banho, é bom tomar banho agora por que está quente.* Em determinado momento, a enfermeira interrompeu o atendimento, por alguns minutos, para conversar com um técnico de enfermagem que veio informar sobre uma ligação de um médico para a realização de uma conduta com um paciente do setor. Ela demonstrou que entende a situação vivenciada com o meneio positivo com a cabeça, mas não expressou com palavras. Animou o paciente, utilizando a seguinte frase: *O senhor está se recuperando muito bem, se continuar assim, em breve terá alta.* Não foram anotadas as situações difíceis do paciente.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*Na hora de fazer procedimento, o paciente já havia sido informado, antes, pelo médico, por que como eu trabalho à tarde, quando o médico passou a visita de manhã, ele já fala: "oh vai ser retirada sua sonda, vai ser retirado seu dreno... É tanto que quando o paciente me viu a tarde, ele já perguntou; Eita, chegou quem vai tirar minhas coisas. Então ele já ficam tudo ansiosos pra... que eles sabem que quando retirar dreno, sonda, é... o curativo não tiver mais coberto, eles sabem que é por que já está próximo de ir pra casa, entendeu? Ai, eu fui tirar, apenas eu perguntei: Quer que eu comece por onde? Ai ele disse: Tanto faz, se eu tirasse os dois estava ótimo pra ele.*



## APÊNDICE K - Diário de campo de E4 no APP

### - Descrição do atendimento

O paciente havia se internado para a realização de uma cirurgia de retirada das glândulas salivares, local do câncer. Ele estava com sua esposa, demonstrava alegria por que ia para casa, mas estava ansioso para saber o que podia ou não podia fazer. A enfermeira, o tratou pelo nome, sorriu e olhou nos olhos do paciente. Antes do atendimento da alta, a enfermeira retirou o dreno e fez o curativo. Em seguida, realizou o atendimento da alta do paciente sentada, o qual abordou as orientações referentes aos cuidados com a cirurgia, demonstrou como o curativo deveria ser realizado e informou sobre o retorno médico. Em determinado momento, a enfermeira interrompeu a assistência, para conversar com uma técnica de enfermagem sobre uma dúvida. A enfermeira demonstrou que entende a situação vivenciada com o manejo positivo com a cabeça, mas não expressou com palavras. Não foram anotadas as situações difíceis que o paciente se encontrava.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*A comunicação com os pacientes e familiares, que eu tava dizendo naquela hora, é da maneira mais simples possível, por que alguns pacientes e acompanhantes são orientados, mas a maioria é leigo. Então você tem que usar a... a comunicação simples, da maneira que eles entendam e consigam realizar as orientações feitas aqui no hospital. É... eu orientei agora um curativo após ter feito uma retirada de dreno, curativo que vai ser feito em domicílio, curativo simples e a alta né?! Todos os pacientes, eles devem e tem que ser orientados em relação aos cuidados domiciliares, são muito importantes, ou seja, se você não fizer uma orientação adequada, ou eles não entenderem alguma coisa, eles vão prestar uma assistência em casa, domiciliar inadequada e pode acarretar alguns problemas para o paciente, principalmente em relação a cirurgia. Porque se eles não fizerem na forma adequada, o paciente vai voltar com infecção por que não teve um manuseio correto né?! Da... da assistência. É... eles podem voltar com infecção, ou eles podem ter alguma intercorrência em casa, e a família por ser leiga e por ninguém ter sido orientado, pode achar que não deve voltar, deixar para o dia do retorno. O curativo, eu já peguei aqui curativos, que a gente faz curativo quando o paciente vai embora, e por a família não entender, por a pessoa que está acompanhando na hora não ser o cuidador em casa, e chegar e não passar, porque não entendeu, e voltar o mesmo curativo do dia que foi pra casa, eu já*

peguei esses casos aqui. Assim, sempre eu gosto de perguntar: A senhora que vai cuidar dele? É o senhor que vai cuidar dele? Por que a gente deve orientar a pessoa que vai cuidar em casa, por que se você orientar qualquer um cuidador, um vizinho ou um primo, ele vai chegar lá, entregar a família (o paciente que estava internado) e você pode ter problemas. Então a gente tanto dá tanto a orientação nutricional, tem que ser com a pessoa que vai realizar os procedimentos em casa, que vai fazer a alimentação, a dieta do paciente, e vai ficar todo dia cuidando dele, por que se não dá problema, principalmente o paciente oncológico, que geralmente são pacientes muito... muito leigos, eles são pessoas muito simples, são pessoas com o poder aquisitivo é... muito baixo, eles não tem condições, então você tem que falar a linguagem deles, a linguagem mais simples possível e tentar que eles consigam fazer aquele cuidado domiciliar de uma forma mais simples, que não seja cara, que não seja muito complicada. Tem pacientes, pronto, quando um paciente vai com dreno, nesse caso não, eu retirei o dreno e fiz o curativo, mas tem paciente que vai pra casa com o dreno, aquele dreno que eu tirei, que é o dreno Hemovac®, e você tem que orientar como cuidar do dreno em casa. Inclusive como desprezar o débito. E eu fiz aqui, eu criei aqui na oncologia, um formulário, de orientação de dreno, de cuidados com dreno para casa, por que além da gente explicar e mostrar, a gente ainda dá esse papelzinho pra eles, por que qualquer coisa eles vão ler, aí eu fiz um documento de orientação, e coloquei item por item, um, dois, três, até dez, eu enumerei e coloquei passo a passo do cuidado com dreno em casa, por que a gente já teve problema, em só orientar e mandar pra casa, e eles tiveram dúvidas e acabaram fazendo errado, e pode ter problema com a cirurgia, por conta de uma orientação errada ou pela falta dela, né?! Pode ocasionar um problema, colocar a cirurgia que o médico fez tão bonita, tão importante, que as vezes, na maioria das vezes, é curativa, e o paciente tem que voltar pra ficar internado de novo por conta de uma infecção, de uma falta de cuidado em casa. Foi aquele caso da traqueostomia (que a pesquisadora presenciou), que o paciente traqueostomizado a gente faz as orientações, ensina, mostra como é que faz, as vezes só ensinar não adianta, o paciente leigo, não adianta só ensinar não, você tem que anotar, e fazer pra ele ver, por que se você não fizer, eles não sabem fazer em casa. Não adianta, você fica dizendo aqui: Você entendeu? –Entendi. Aí quando chega em casa que vai praticar e vai ver. Igual a gente vê né?! E quando diz vai fazer, você não consegue fazer, por que você tem que praticar, e aqui a gente costuma fazer isso, aqui os técnicos (de enfermagem) são todos orientados a... a orientar o paciente, mostrando como se faz aquele procedimento, por que se não mostrar, eles não vão entender e não vão fazer em casa, se você usar o termo “cânula”, as vezes eles não sabem o que é uma cânula, né?! Dreno, eles

não entendem. Aos pacientes que é particular e convênio, que são pessoas, que são mais orientados, você consegue até uma comunicação melhor e eles conseguem fazer, alguns deles já passou por isso, ou tem alguém na família, outros tem alguém da saúde na família e que é mais fácil, tem um técnico de enfermagem, tem um enfermeiro, tem um médico, entendeu?! Tem pra onde eles recorrerem, mais ai a maioria não tem. Então, a orientação é muito importante tanto na chegada (do paciente no setor) quanto na saída, e eles tem dúvidas, e eles ligam, e mesmo se você orientando ainda acontece os problemas. É... esse curativo que eu peguei, o paciente veio com o curativo de oito dias depois, tava verde o curativo, saindo, todo sujo, eles (a família do paciente) pegaram só outro esparadrapo e tavam botando por cima, por que eles achavam que não era pra mecher, e foram orientados, só que a pessoa que recebeu as orientações, não era uma pessoa que cuidava, era um cuidador que chegou em casa e entregou e disse: Pessoal tem que fazer o curativo, e eles (a família do paciente) não entenderam direito e não perguntaram, e não tinham como... não souberam ligar e aconteceu (o fato descrito). Da mesma forma, aquela história dos pontos, a gente orienta, diz o dia de tirar os pontos, o retorno, anota, leve por escrito, e acontece se você não falar dez vezes, eles ainda voltam no dia errado, vai por escrito, diz que não viu, que não tava, que não prestou atenção, que não entendeu, que pegou o papel e guardou, entendeu?! Então assim, é muito importante, e são várias as orientações de alta: é sobre o curativo, a maioria deles, querem saber o que podem comer em casa, então você até dá uma de nutricionista também, por que alguns precisam de uma orientação dietética mais específica, outros não, então você pode só, como enfermeiro, você pode ter autonomia para dizer: Não, você pode comer tudo. Mas alguns com sonda, ou algum paciente que fez alguma cirurgia, é... gástrica, intestinal, entendeu?! Gastrointestinal, que precisa de uma dieta é... que ela seja progredida aos poucos, então ele precisa realmente que a nutricionista venha orientar a família, anotando também, por que vai tudo anotado, tudo que é feito, o que pode comer e o que não pode pra também eles não terem uma complicação em casa. Tipo: o paciente que fez uma cirurgia gastrointestinal, ele não pode chegar em casa e comer cuscuz, que se ele comer um cuscuz ele vai passar mal, e eles fazem isso. Então tem que estar tudo por escrito. Então a orientação na alta é uma das partes mais importantes do tratamento, por que você tem orientar o histopatológico, o paciente vem, faz uma cirurgia, precisa levar a biopsia pra casa, pra depois encaminhar no final de semana, por que geralmente na semana a gente encaminha pra cá mesmo, pra o hospital, tá?! Mais no final de semana a gente tem que orientar a família a levar pra casa e mandar fazer, e ai, eles as vezes, chegam em casa e guardam também, guardam e deixam lá, não entendem direito. Ai no dia que volta para o retorno, o

médico diz: Cadê o laudo da biopsia? (O paciente) – Que biopsia? (O médico) – Não, aquele materialzinho que o senhor recebeu lá. (O paciente) - E era pra mandar pra o laudo? (O paciente) – Doutor tá em casa. Já teve casos que o paciente jogou fora (o material a ser enviado a biopsia), enterrou, então ai fica difícil. Então as orientações são cruciais, por que fazem parte do tratamento do paciente, da evolução do paciente, do processo, de tudo que ele vai fazer daqui pra frente. Então se você não tiver uma boa orientação de um enfermeiro ou de um técnico bem orientado, vai acontecer um monte de problema, e esses problemas respingam na gente, por que quando eles chegam de volta com problema tal, tal e tal, que as vezes não é pra gente, eles chegam no retorno para o médico, o médico: Você não foi orientado?(O paciente) – Não fui não doutor. Ai já liga pra enfermeira reclamando. E outra coisa, vai internar o paciente de volta, respinga em custo benefício para o hospital e mais ainda sobrecarga de trabalho pra gente, por que por conta de uma orientação mal dada ou uma falta de orientação, o paciente teve que voltar. Então é gasto para o hospital, é gasto psicológico para a família, pra gente que tá cuidando. Entendeu?! Ai fica aquele mau entendido: Foi orientado ou não foi orientado? Então tudo tem que ser bem orientado, troca de curativo em casa, até quantos dias vai trocar, que dia vem tirar os pontos, o que se deve comer, qual a medicação a tomar, qual os horários, um telefone de contato, pra se eles tiverem alguma dúvida ter como ligar. É... explicar pra eles qualquer intecorrência, qualquer coisa estranha, eles voltem pra o hospital, pra não ficar em casa pra não piorar, certo?! E também existe aqui na oncologia, que foi também uma coisa minha – a gente criou um protocolo de entrega de alta, orientações e exames. Por que quando eles vem pra operar ou pra se internar clinicamente, eles trazem exames de casa, ai os exames são recolhidos por nós, da equipe para que passe para o médico, ai no final da internação a gente tem que devolver pra família, por que os exames externos, eles são do paciente. Então, o que que acontece, eles são devolvidos a eles, e as vezes o que acontecia, eles levavam e deixavam na casa num sei de quem, deixava dentro do carro, perdia, ai quando voltava pra o médico, o médico: - Cadê os exames? (O paciente) – Não, deixei no hospital naquele dia. Ai lá vai, a gente procurar os exames pra todo canto, e sem encontrar, e a família teimando, que tinha deixado aqui. Ai depois, estava num sei aonde, entendeu?! Então assim, eu criei um livro de protocolo que assim, quando o paciente vai embora, assina a alta, e ele já recebe os exames de volta, e o histopatológico e as orientações, isso ai anotado. Porque que que não foi anotado desse paciente e do outro, por que as meninas (as técnicas de enfermagem) já estão entregando depois da cirurgia. Então, é... o que que tá acontecendo, pra agilizar, pra não ficar tudo pra última hora, por que a gente também percebeu que era muita informação, o

*paciente ao retornar do centro cirúrgico, a gente já está entregando o material pra estudo histopatológico, e assina o protocolo que recebeu o material e devolvendo os exames que ele trouxe de casa, ele já está assinando. E as orientações de alta, quando tem traqueostomia ou sonda, também são assinadas que a gente deu. São aquelas histórias daquele documentozinho que quando a gente já passa para o paciente, coloca que ele foi orientado e que recebeu o documento do hospital informando item por item o que a gente orientou, por que estava tendo muito problema em relação a isso. O idela é que seja, e o que aconteceu, que eu fiquei logo feliz, é que eu fui em um congresso fora e lá, é.. uma doutora, uma enfermeira doutora, estava justamente falando sobre isso, das orientações na alta, que a gente devia documentar isso, por que acontecia que depois, o paciente voltava e tinha um problema em casa, aconteceu isso por que não fui orientado, e a culpa é de quem? Do enfermeiro. Por que tudo a culpa é do enfermeiro. Então (no congresso) falando sobre isso, e eu fiquei muito feliz, por que eu já fazia isso aqui, por que eu já tive problema aqui, vários problemas, entendeu? De olhar pra o paciente e dizer, você foi orientado, olhar pra família e dizer eu orientei, e a família dizer: Eu não entendi, eu não lembro, ou eu não fui orientado. Já aconteceu isso comigo, e com a enfermeira E3, e o médico ficou olhando para a nossa cara assim, que eu não sei se ele tava acreditando na gente ou se está acreditando na família, entendeu?! E alguns médicos dão apoio por que sabem que as famílias são complicadas, são muito leigas, e outros acham que realmente a gente não fez. Então pra acabar com isso tudo, hoje a gente tá com o protocolo, tá assinado que foi devolvido os exames, que foi protocolado o histopatológico, para a gente não ter problema. A gente se respalda, entendeu?! Por que se eles não entenderem, isso é comum, mas a gente dá o telefone para eles ligarem para qualquer dúvida, já por que eu sei que eles podem ter problemas graves com relação a má orientação ou a falta delas ou por falta de entendimento. Aquela paciente (que a pesquisadora presenciou) da tireóide, ela tem que tomar várias medicações, você viu lá, e ela ainda não entendeu, pode ter certeza! Doutor X já explicou, eu já expliquei duas vezes, e ela vai ligar! Por que são várias medicações, se tiver caimbrã, se tiver dormência, e acho que ela ainda não captou. Tomara que a filha dela quando chegar em casa entenda, mas se não entender, vai ter que explicar, e quando a filha dela chegar vou explicar de novo pra filha dela, por que são muitas explicações. Então a gente pede, a gente não pode chamar perda de tempo, assim, a gente gasta tempo, muito grande com essas orientações, certo?! É um tempo que... que... é necessário. A gente não pode dizer que perde tempo, mas a gente gasta algum tempo muito, um tempo que você, tinha dado tempo você fazer mais alguma coisa, mas você tem que gastar aquele tempo naquele processo de orientação para que não aja problema pra*

*você e principalmente para o doente que é o principal meta e... e...foco aqui dentro é o cuidar, o cuidar do paciente. Então as orientações fazem parte do cuidado, e você precisa perder, gastar, sei lá, ter aquele tempo com o paciente. É até um tempo que eles se sentem importantes e que você está valorizando aquilo ali. Então, é muito interessante, eles até acham, fui muito bem tratado por que a enfermeira veio aqui, passou meia hora me dizendo uma coisa, e ainda ela teve aquela atenção. E eles precisam de atenção! Eles querem atenção! E é um tempo que você sai satisfeito, que você sabe que fez seu trabalho correto, e que se acontecer algum problema não foi culpa sua, que você fez a orientação correta, certo?! Então tudo isso faz parte, e é uma luta diária, é uma falação danada, mas é necessário, e a gente tem que...que disprender um pouquinho de tempo pra fazer isso. Por que tem gente que não é importante, mas é importante, não pode deixar nenhum. Por que o tempo deles (dos técnicos de enfermagem) é muito corrido também, né?! Do jeito que a gente tem o tempo corrido, eles também tem, então assim, como o tempo deles é muito corrido, eles acabam assim, dizendo bem rápido alguma coisa e aí, o paciente não entende e aí é importante você foi e orientou, cobrar de seu técnico e saber se a família entendeu, compreendeu bem direitinho, para né... minimizar... os problemas.*

## APÊNDICE L - Diário de campo de E4 no AAR

### - Descrição do atendimento

A paciente era portadora de leucemia e estava internada há mais de 26 dias, esteve alguns dias na UTI e no momento se encontrava no quarto, sem a presença de um acompanhante, restrita ao leito e com os lábios e gengivas com ferimentos extensos. Pela situação de saúde que a paciente se encontrava, ela não conseguia realizar atividades de vida diária sozinha. A assistência prestada, com a enfermeira sentada, foi o auxílio na alimentação. Quando a enfermeira chegou, a paciente estava com os olhos lacrimejando e vermelhos, o que demonstrava que ela estava chorando, comprovando os relatos dos técnicos de enfermagem a enfermeira antes do atendimento. Como a paciente se hospitalizava com certa frequência, já conhecia todos do setor. Esta disse durante assistência que Deus ia curar ela, sendo sua crença respeitada. A enfermeira deu conselho a paciente e emitiu opinião pessoal, antes de auxiliar na alimentação: *Esse caldo está uma delícia, seria bom você comer todo para ficar forte.* A paciente, com as mãos, retirava as crostas de coagulação que se formava nos seus lábios e sangrava bastante. Quando a enfermeira viu sangue nos dedos dela e no lençol da cama, deu um sermão: *Paciente X, eu não acredito que você está mexendo na ferida de sua boca, não pode arrancar as crostas, só vai piorar.* Também deu ordem de maneira impositiva: *Não pode arrancar as crostas.* No decorrer da assistência, a enfermeira em vários momentos, demonstrou carinho, através de expressões faciais, do toque, e do olhar. Esta relatou que entendia o que ela estava passando, e que estava evoluindo bem e se continuasse assim, iria receber alta logo, e dessa forma usou palavras para animar. Não foram anotadas as situações difíceis vivenciadas. Depois da assistência, a paciente agradeceu muito a enfermeira.

-Entrevista: Como você descreveria sua comunicação com o paciente oncológico durante a prestação desse cuidado?

*É, em relação a...a... a comunicação aos cuidados com o paciente oncológico, é a gente primeiramente a gente tenta se comunicar com eles da melhor maneira possível, da maneira que seja mais fácil pra ele né, tipo, usar o vocabulário deles, porque nem sempre eles vão entender um termo científico que eu chego lá pra falar. Então assim, a gente tenta a comunicação simples, comunicação deles e tenta prestar assistência como se fosse pra eles se sentirem bem como se fosse em casa, então assim, principalmente quando o paciente não tem acompanhante, a gente tenta fazer o papel de um acompanhante, não só do profissional de enfermagem, mas a gente tenta levantar, dá um banho, um simples gesto como, dar uma...*

*uma comida a eles a gente faz aqui, porque não são todos os pacientes que vão com acompanhante, as vezes porque não tem ou as vezes porque não precisa, e a gente presta aquela assistência como se fosse uma pessoa da família. Então eu prezo muito por isso aqui dentro, que a gente se coloque no lugar do paciente e aja como se fosse um membro da família e até pra eles se sentirem bem e confortáveis num ambiente hospitalar que já um ambiente muito, muito tumultuado, não é um ambiente que, pra alguns é estranho né, porque nunca tiveram em hospital e aí a gente tenta formalizar isso aí. Bom, eu prestei um... um... uma assistência que não foi uma assistência totalmente especializada como de enfermeiro né?! foi uma assistência simples que foi dá um alimento e uma água a uma paciente debilitada, certo? Então a gente... eles pedem. Paciente X é uma paciente antiga que ela se sente à vontade então ela chama a gente e pede como se fosse assim uma filha, sei lá, uma irmã e a gente não tem como negar e ela é uma paciente que ela não reclama de nada, então assim, tudo pra ela tá bom, o que você fizer ela agradece, então não tem como a gente nem dizer assim: “Calma Ingrid que eu tô apressada que eu tenho outra coisa pra fazer”, porque na hora que ela pede num tem como a gente voltar e dizer: “ Não, não vou fazer”, porque realmente ela uma, uma paciente que, a gente dá o melhor de si e o melhor de si as vezes é só uma simples alimentação né?! então a gente dá alimentação, dá na boca se preciso, se for uma colher, dá água, dá, levanta ela, deita, faz todos os cuidados que... que a gente podia tá prestando a qualquer um membro da nossa família, certo? Então o cuidar como, como enfermeiro de um serviço de oncologia não é só aquele cuidar especializado, é um cuidar com carinho, é um cuidar com amor, é um gesto, é um olhar, é um toque, certo, que eles não precisam só de, de que você vá lá e aplique uma medicação ou que puncione uma veia, o que eles precisam realmente é daquele toque, daquele carinho, eles precisam do calor humano, eles precisam muito, eles precisam muito do emocional da gente, não que a gente vá se envolver a ponto de: “Ah eu vou ficar aqui, eu num vou fazer mais nada, eu vou chorar, eu vou...”, quando a gente perde eles a gente sente, só que a gente não pode se envolver dessa forma, a gente se envolve enquanto tá aqui e não deixando se envolver por completo pra que isso atrapalhe o serviço, mas ao mesmo tempo se envolvendo da maneira necessária, como isso que eu falei né?! num gesto, e eu prezo sempre pra que cheguem e dê um bom dia, dê uma boa tarde, que perguntem como é que a pessoa tá se sentindo, porque não, as vezes eles não precisam, não estão com uma dor, entendeu? Eles estão precisando de uma atenção, certo? De uma atenção, só em você chegar e conversar qualquer coisa que ... pra eles se sintam bem, eles já se sentem, já se sentem realizados, já se sentem melhor e já se sentem em casa, eles vão sentindo segurança na equipe, segurança naquilo que você tá fazendo, vão se*



*sentir que ali alguém vai cuidar deles porque alguém está preocupado com eles, não só no físico, mas no espiritual e no mental, então isso aí é muito importante para o paciente oncológico, em todos os sentidos.*

**ANEXOS**

ANEXO A - Pedido de autorização

SOLICITAÇÃO À COMISSÃO INTERNA MULTIPROFISSIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Eu, Lidia Samantha Alves de Brito, matriculada no Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, solicito para os devidos fins à Comissão Interna Multiprofissional de Ética em Pesquisa (CIMEP) do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo a liberação para realização do Trabalho Científico "Comunicação terapêutica na assistência de enfermagem ao paciente oncológico". O período da pesquisa corresponde aos meses de Março a Junho de 2015, que será realizado no setor de Oncologia.

Solicito a realização do referido trabalho nos moldes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o que garante o respeito aos aspectos éticos e legais das informações fornecidas por esta instituição.

Comprometo-me entregar uma cópia da pesquisa após a conclusão para fins de uso no centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional Hospitalar.

Lidia Samantha Alves de Brito  
Pesquisador: Lidia Samantha Alves de Brito; CPF: 60008058377 e tel. (88) 9908 0610

Vitória de Cássia Félix de Almeida  
Orientador: Vitória de Cássia Félix de Almeida; COREN/CE: 75018 e tel. (88) 8823 0239

Dr. Helio Viana  
Oncologista  
CRM 1054

Pessu

Alexsandra Pereira de F. Pereira  
Nutricionista  
CRN 5512

Dr. Antônio Helson Viana de Brito – Diretor Técnico (HMSVP)

Barbalha-CE, 06 de Março de 2015

Parecer da Comissão Interna Multiprofissional de Ética em Pesquisa (CIMEP):

Le  
Dr. Rosineide Soares Bezerra  
Enfermeira-Chefe  
CRM 1054

Maria Suenei Rufim Pontes  
Assistente Social  
CRS 3040

Dr. Valdeir Brito Alves  
Oncologista  
CRM 1054

Adriana Garcia  
Nutricionista  
CRN 5512

Assinatura do Membro Titular da CIMEP:

LIBERADO SEM RESERVA

Dr. Helio Viana  
Oncologista  
CRM 1054

Dr. Helio Viana de Brito  
Diretor Técnico  
CRM 1054

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Comunicação terapêutica na assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

**Pesquisador:** LIDIA SAMANTHA ALVES DE BRITO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40828415.7.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 974.825

**Data da Relatoria:** 03/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa pretende investigar o processo de comunicação em ambiente hospitalar entre enfermeiros e pessoas portadoras de câncer atendidas em um centro de referência em Oncologia situado na Região do Cariri. Trata-se de um estudo transversal de natureza compreensiva a ser realizado na cidade de Barbalha CE, em um hospital de referência para o tratamento oncológico. Para a coleta de dados, será utilizado dois métodos: a observação e a entrevista.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar o processo de comunicação que se desenvolve, em âmbito hospitalar, no cuidado de enfermeiros a pacientes oncológicos à luz de referencial da Comunicação Terapêutica.

**Objetivos Secundários:** - Caracterizar como acontece a comunicação entre enfermeiros e pacientes oncológicos durante o cuidado de enfermagem; - Evidenciar como se apresentam elementos específicos da comunicação terapêutica no cuidado desenvolvido por enfermeiros junto a pacientes oncológicos em âmbito hospitalar; - Discutir, com base em referencial da comunicação terapêutica, o processo de comunicação que ocorre entre enfermeiro e paciente oncológico.

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

Continuação do Parecer: 874.825

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa terá risco mínimo, apenas de constrangimento pela realização da observação e da entrevista. Os participantes do estudo serão explicados sobre a o estudo, mas caso ainda sentir-se incomodado poderá se recusar a participar, a qualquer momento do estudo.

Os benefícios são referentes à melhoria na comunicação prestada durante a assistência de enfermagem, uma vez que o desenvolvimento do estudo poderá trazer à tona fragilidades e potencialidades que permeiam esse processo, bem como apontar estratégias para mudanças que sejam necessárias, a fim de que a comunicação efetivada junto à pessoa com câncer possa ser realmente terapêutica, humana e eficaz.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CRATO, 05 de Março de 2015

Assinado por:

George Pimentel Fernandes  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
UF: CE Município: CRATO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br