
O CONHECIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO À DIMENSÃO EMOCIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS¹

Monica Martins Trovo de Araújo², Maria Júlia Paes da Silva³

¹ Derivado da tese - Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde, apresentada à Escola de Enfermagem (EE) da Universidade de São Paulo (USP), 2011. Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP- processo 2007/59138-0).

² Doutora em Ciências. Docente do Centro Universitário São Camilo. São Paulo, Brasil. E-mail: trovomonica@gmail.com

³ Doutora em Ciências. Professora Titular da EE/USP. Diretora Técnica do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da USP. São Paulo, Brasil. E-mail: juliaps@usp.br

RESUMO: O estudo objetivou investigar o conhecimento e a utilização de estratégias de comunicação no cuidado da dimensão emocional do paciente sob cuidados paliativos. Com abordagem quantitativa, foi realizado entre agosto/2008 e julho/2009, junto a 303 profissionais de saúde que trabalhavam ou tinham contato frequente com estes pacientes, por meio da aplicação de questionário. Os dados sofreram tratamento estatístico descritivo e analítico. Os profissionais denotaram desconhecimento de estratégias de comunicação, evidenciando-se diferença significativa (p-valor 0,0011) na comparação entre sujeitos com e sem formação prévia em cuidados paliativos, denotando que quem possui capacitação paliativista conhece/utiliza mais estratégias comunicacionais na atenção à dimensão emocional de seus pacientes. As estratégias mais citadas pelos sujeitos foram: escuta ativa, reafirmações verbais de solicitude, uso de perguntas abertas e toque afetivo. Conclui-se que há pouco conhecimento e utilização insatisfatória de estratégias de comunicação, pelos profissionais de saúde no cuidado à dimensão emocional de pacientes sob cuidados paliativos.

DESCRIPTORIOS: Comunicação. Cuidados paliativos. Profissionais de saúde. Cuidados de enfermagem.

THE KNOWLEDGE ABOUT COMMUNICATION STRATEGIES WHEN TAKING CARE OF THE EMOTIONAL DIMENSION IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: The aim of this qualitative study was to investigate existing knowledge and the use of communication strategies in emotional care for patients receiving palliative care in Brazil. It was performed from August, 2008, to July, 2009, with 303 health professionals who worked or had frequent contact with patients receiving palliative care, using a questionnaire. Data was submitted to descriptive and analytical statistical treatment. The professionals reported not knowing about communication strategies, showing a significant difference (p-value 0.0011) in comparing subjects with and without previous training in palliative care, showing that those who had received proper training know/use more communication strategies when providing care for their patients on an emotional level. The strategies most often cited were: careful listening, verbal reaffirmation of care, using open questions, and affective touch. We conclude that there is little knowledge and poor use of communication strategies among health professionals in towards the emotional care of patients receiving palliative care.

DESCRIPTORS: Communication. Palliative care. Patient care team. Nursing care.

EL CONOCIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA DIMENSIÓN EMOCIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN: El objetivo fue investigar el conocimiento y el uso de estrategias de comunicación en la atención de la dimensión emocional del paciente bajo cuidados paliativos. Estudio cuantitativo realizado entre agosto/2008 y julio/2009, con 303 profesionales de salud que trabajaban con estos pacientes, a través de aplicación de cuestionario. Los datos se sometieron a tratamiento estadístico descriptivo y analítico. Los profesionales demostraron desconocimiento de estrategias de comunicación, evidenciándose diferencia significativa (p-valor 0,0011) en la comparación entre sujetos con y sin formación paliativista previa, notándose que quien posee capacitación en el área paliativa conoce/utiliza más estrategias comunicacionales en la atención a la dimensión emocional de sus pacientes. Las estrategias prevalentes fueron: escucha activa, reafirmaciones verbales de solicitud, uso de preguntas abiertas y tacto afectivo. La conclusión es que existe poco conocimiento y la mala utilización de estrategias de comunicación para los profesionales en el cuidado de la dimensión emocional en cuidados paliativos.

DESCRIPTORIOS: Comunicación. Cuidados paliativos. Grupo de atención al paciente. Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

Vivenciar a proximidade da morte é uma experiência única e imbuída de enorme carga emocional. Frente às situações de incertezas, dor e sofrimento, os relacionamentos são ressignificados e o contato com as pessoas, seja com familiares ou com profissionais de saúde, passa a representar o cerne de um cuidado que sustenta a fé e a esperança, apoiando na vivência de momentos difíceis.¹ Neste sentido, a atenção à dimensão emocional do paciente deve assumir, juntamente com o exímio controle de dor e sintomas, papel central na assistência oferecida pelos profissionais de saúde. Esta é a base da filosofia paliativista.

A Organização Mundial de Saúde conceitua a atenção paliativa como cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada, que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual.²

O termo paliativo deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta, denotando a idéia principal desta filosofia de cuidados: proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, cuidar quando a cura de determinada doença não é mais possível. Significa mais do que controlar sintomas; implica o cuidado do indivíduo com enfoque multidimensional, considerando não apenas a sua doença, mas sim sua dimensão física, suas preocupações psicológicas e sociais e suas necessidades espirituais.³⁻⁴

Os cuidados paliativos orientam-se para o alívio do sofrimento, focando a pessoa doente e não a doença da pessoa, resgatando e revalorizando as relações interpessoais no processo de morrer, utilizando como elementos essenciais à compaixão, a empatia, a humildade e a honestidade.²⁻⁴ E embora sejam mais conhecidos e difundidos na atenção ao paciente com câncer, não se configuram em uma modalidade de tratamento oncológico; seus princípios e práticas podem ser aplicados em pacientes que estão vivenciando o estágio final de doenças cardíacas, hepáticas, pulmonares, renais, neuronais e imunológicas.

Faz pouco mais de vinte anos que a atenção paliativista tem sido utilizada no Brasil, e, neste período, muitos progressos foram alcançados. Há mais de quarenta centros que oferecem cuidados paliativos atualmente no país, grande parte con-

centrada na região sudeste. Ainda são poucos, frente à imensidão do território nacional.⁵ Relatos de experiência da implantação destes serviços têm sido publicados.⁶⁻⁸ A disseminação deste modo de cuidar cresce proporcionalmente à demanda por atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas não responsivas à terapêutica curativa, indo ao encontro de uma necessidade emergente de profissionais de saúde, que buscam diferentes modalidades de cuidado que aliviem sintomas e promovam maior conforto aos seus pacientes. A tendência futura, em médio prazo, é que o crescimento dos cuidados paliativos se intensifique ainda mais no país, com mais profissionais dedicando-se a esta área, à medida que suas entidades de classe têm lutado para mudanças na legislação que favoreçam a disseminação deste campo de atuação.

Embora nos últimos anos muitas instituições educacionais tenham aberto espaço para discussão do tema da morte e dos cuidados ao fim da vida em suas disciplinas, o ensino ainda é fragmentado e pouco consistente, além de superficial no que tange à comunicação interpessoal em cuidados paliativos. Assim, os profissionais de saúde que atuam cuidando de quem vivencia o fim da vida consideram a comunicação no processo de morrer um ponto nevrálgico em sua atuação. Independente de trabalharem com pacientes oncológicos ou críticos, estes profissionais referem evitar o contato e a conversa com os pacientes, apontando que não receberam preparo teórico e tampouco suporte emocional para lidar com o sofrimento e a morte de seus pacientes no contexto da terminalidade.⁹⁻¹⁰

Poucos são os estudos que abordam o processo de comunicação com pacientes sem prognóstico de cura na literatura nacional. Dos estudos encontrados, destacam-se três vertentes comunicacionais distintas: comunicação enquanto informação demandada pelos pacientes,¹¹⁻¹³ recomendações empíricas de como deve ser o processo comunicacional com quem vivencia a terminalidade,¹⁴⁻¹⁵ reflexões acerca da comunicação de notícias difíceis.¹⁶ Não foram encontrados estudos nacionais referentes ao uso de estratégias de comunicação para o suporte emocional do paciente sob cuidados paliativos.

Por meio de revisão integrativa da literatura¹⁷ sobre suporte emocional em cuidados paliativos, enfermeiras inglesas identificaram que o uso adequado de habilidades de comunicação é a principal premissa, e um dos aspectos mais importantes do cuidado emocional dos pacientes

e seus familiares, que estão vivenciando estresse psicológico e emocional.

O cuidado à dimensão emocional é de suma importância para quem vivencia o processo de morrer, uma vez que situações de estresse psicológico são comuns entre estes pacientes. Recente estudo multicêntrico alemão,¹⁸ que investigou características de estresse psicológico em 6365 pacientes com câncer, evidenciou que aqueles que se encontravam sob cuidados paliativos mostraram níveis mais elevados de estresse psicológico, quando comparados aos demais.

A preocupação com os familiares que ficam, o medo do desconhecido perante a morte, do sofrimento intenso no momento da morte e de estar sozinho quando tudo isso acontecer são comuns e geram intenso sofrimento psíquico para o doente. Reflexões sobre o processo de revisão de vida também são frequentemente realizados e podem trazer angústias para o paciente que tem assuntos inacabados ou conflitos a serem resolvidos. Fazendo uso adequado da comunicação interpessoal, frequentemente é possível decifrar informações essenciais e assim diminuir a ansiedade e aflição de quem está vivenciando a ameaça da terminalidade.¹

Habilidades de comunicação são essenciais ao profissional que convive com pacientes sob cuidados paliativos, independente de sua formação básica ou área de especialidade, porque permitem melhor acesso e abordagem à sua dimensão emocional. Deste modo, questiona-se: os profissionais de saúde conhecem estratégias de comunicação que auxiliam no cuidado à dimensão emocional do paciente? Quem tem formação específica em cuidados paliativos tem maior conhecimento de habilidades de comunicação? Quais são as estratégias que utilizam? Faz-se necessária esta pesquisa para averiguação destas questões.

Assim, os objetivos do presente estudo foram: 1) Identificar o conhecimento e a utilização das estratégias comunicacionais, pelos profissionais de saúde, no cuidado emocional de pacientes sob cuidados paliativos e 2) Comparar se há diferença deste conhecimento entre profissionais com e sem formação específica em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de campo, com abordagem quantitativa. Foi realizado em cinco instituições localizadas na cidade de São Paulo, sendo quatro

de saúde (duas públicas e duas privadas) e uma de ensino superior, pública. Estas instituições foram selecionadas por suas diferentes abordagens em cuidados paliativos (assistência paliativista domiciliar, atendimento ambulatorial e em unidades de internação) e representatividade no que tange ao movimento de cuidados paliativos no Brasil.

Constituiu população do estudo os profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e farmacêuticos) que trabalhavam cotidianamente ou tinham contato frequente com pacientes sob cuidados paliativos e os assistentes religiosos pertencentes às equipes de atenção paliativa. A amostra foi composta por 303 sujeitos, e a amostragem foi determinada de modo não-aleatório e por conveniência, de acordo com o número de profissionais que se inscreveram voluntariamente para participar de curso de capacitação em comunicação em cuidados paliativos, oferecido nas cinco instituições, como parte da pesquisa de doutorado conduzida pela primeira autora.

Utilizaram-se os seguintes critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa: idade igual ou superior a 18 anos; vínculo empregatício, acadêmico, como prestador de serviços ou voluntário em instituições de saúde que possuíssem serviços estruturados e/ou equipe de cuidados paliativos; manifestação de interesse e disponibilidade de tempo para comparecer nos dias e horários agendados para a participação no curso de capacitação; ter realizado inscrição prévia para realizar o curso oferecido; e aceite em participar da pesquisa com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino e de três das quatro instituições de saúde que possuíam CEPs próprios (processos nº 705/2007/CEP-EEUSP, nº 33/08/CEP-IIER; 821/08/CEP □ HU/USP e 08/927/CEP - Einstein). Após a aprovação, os sujeitos foram recrutados por meio de cartazes afixados nos murais das instituições, que divulgavam o curso de capacitação oferecido, em dias e horários pré-determinados, entre agosto/2008 e julho/2009.

Aqueles que demonstraram interesse pela proposta contataram a pesquisadora para inscrever-se. No primeiro dia do curso, antes de seu início, em cada uma das instituições, era apresentada a proposta e aplicado o TCLE. Todos os sujeitos concordaram voluntariamente em participar da

pesquisa, firmando com sua assinatura o TCLE. Seguiu-se a aplicação de um questionário, que continha perguntas que objetivaram identificar o perfil dos sujeitos quanto a gênero, idade, crença religiosa, categoria profissional, presença de capacitação prévia em cuidados paliativos e tempo de trabalho ou contato com estes pacientes. Juntamente a este questionário foi aplicado o instrumento de coleta de dados do estudo de doutorado, do qual uma questão foi utilizada para a presente pesquisa. A questão solicitava aos sujeitos que citassem duas estratégias de comunicação que utilizavam para oferecer suporte emocional à pacientes sob cuidados paliativos.

Para o tratamento dos dados foi atribuído escore mínimo de zero e máximo de 1 para a questão, de modo que cada estratégia comunicacional corretamente citada recebia 0,5 ponto. Assim, de acordo com o número de estratégias de comunicação corretamente citadas pelos sujeitos, foi atribuído seu escore na questão. Seguiu-se o tratamento estatístico dos dados, utilizando-se o *software* SAS versão 9.1.3. As variáveis qualitativas foram trabalhadas em agrupamentos por semelhança e expressas segundo sua frequência absoluta e relativa, por número e porcentagem. Para a análise das variáveis quantitativas foram utilizadas médias para resumir as informações e desvios-padrão, mínimo e máximo, para indicar a variabilidade dos dados.

Com o intuito de verificar se houve diferença no desempenho dos sujeitos que possuíam capacitação prévia em cuidados paliativos, a amostra foi dividida em dois grupos, denominados com e sem formação. O critério para a alocação dos sujeitos foi a realização e o tempo de capacitação prévia referidos: profissionais que possuíam mais de quatro horas consecutivas de atividades educacionais em cuidados paliativos foram alocados no grupo com formação e os demais, no grupo sem formação, por compreender-se que atividades educacionais em tempo inferior a quatro horas seriam de cunho apenas sensibilizatório. Foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para realizar a comparação entre as médias dos sujeitos que tinham ou não capacitação prévia em cuidados. Para a interpretação da significância da associação entre as variáveis assumiu-se nível de significância em 5% (p -valor $>0,05$).

RESULTADOS

Houve predomínio da equipe de enfermagem na amostra: 127 (41,9%) enfermeiros e 89

(29,4%) auxiliares ou técnicos de enfermagem. Os demais sujeitos eram psicólogos (20-6,6%), médicos (12-4%), fisioterapeutas (11-3,6%), assistentes sociais (9-3%), nutricionistas (4-1,3%), assistentes religiosos (4-1,3%), terapeutas ocupacionais (3-1%), fonoaudiólogos (2- 0,7%) e farmacêutico (1-0,3%). Nove (3%) sujeitos eram pós-graduandos de enfermagem ou medicina e possuíam vínculo acadêmico com as instituições de saúde. Doze (4%) sujeitos não responderam à questão que identificava sua categoria profissional.

Destacou-se o gênero feminino (261-86,1%) e a crença religiosa católica (160-52,8%), além da maturidade profissional dos sujeitos, cuja idade média foi $39,3 \pm 10,2$ anos e tempo médio de trabalho ou contato com pacientes sob cuidados paliativos de $9,7 \pm 7,3$ anos.

Apenas 79 profissionais (26,1%) referiram ter capacitação prévia em cuidados paliativos. Destes, 61 (20,1%) possuíam efetivamente capacitação formal em cuidados paliativos, ou seja, participaram de atividades educacionais sobre o tema por tempo superior a quatro horas. Os 18 restantes referiram participação em palestras ou conferências sobre o tema em eventos científicos ou na própria instituição de trabalho. Estas atividades, com tempo inferior a quatro horas, foram consideradas sensibilizatórias e não capacitatórias. Denotou-se a carência de formação específica em cuidados paliativos destes profissionais.

Os sujeitos não obtiveram desempenho satisfatório quando solicitados a citar duas estratégias comunicacionais para oferecer apoio emocional. A média geral de acerto a esta questão foi de $0,4 \pm 0,4$, denotando índice de acerto médio de 40%.

Tabela 1 - Resposta à questão referente às estratégias de comunicação utilizadas para oferecer suporte emocional ao paciente sob cuidados paliativos. São Paulo, 2011

Resposta	n	%
Incorreta	115	37,9
Parcialmente correta	109	36
Correta	66	21,8
Não responderam	13	4,3
Total	303	100

Houve diferença estatisticamente significativa entre os profissionais com e sem formação prévia em cuidados paliativos (p -valor 0,0011)

quanto ao conhecimento/ utilização de estratégias comunicacionais, evidenciando que profissionais com capacitação paliativista prévia apresentam melhor desempenho comunicacional no que tange ao conhecimento/ utilização de estratégias de

comunicação para suporte emocional de pacientes que vivenciam a terminalidade da vida. O estudo comparativo entre estes dois grupos foi evidenciado pela tabela 2.

Tabela 2 - Estudo dos escores por sujeitos segundo capacitação prévia em cuidados paliativos. São Paulo, 2011 (n=303)

n	Formação prévia		valor-p*
	Sem formação 229†	Com formação 61‡	
Estratégias comunicacionais para apoio emocional			
média	0,4	0,5	0,0011
desvio-padrão	±0,4	±0,4	

* Teste de Mann-Whitney; † Treze sujeitos não responderam à questão sobre formação específica; ‡ Apenas 61 sujeitos possuíam mais de quatro horas de capacitação prévia em cuidados paliativos.

Dos 303 (100%) sujeitos, apenas pouco mais da metade (175-57,7%) citou ao menos uma estratégia de comunicação para suporte emocional,

conforme evidenciado na tabela 1. As estratégias citadas foram ilustradas segundo sua frequência na tabela 3.

Tabela 3 - Estratégias de comunicação utilizadas para oferecer apoio emocional ao paciente sob cuidados paliativos. São Paulo, 2011 (n=175*)

Estratégia comunicacional para apoio emocional†	n	%
Escuta ativa	85	48,6
Verbalizar/reafirmar disponibilidade para conversar e ajudar	55	31,4
Utilizar perguntas abertas para estimular expressão de sentimentos	29	16,6
Toque afetivo	22	12,6
Verbalizar compreensão de sentimentos/emoções do paciente	14	8
Presença mais frequente	10	5,7
Sinceridade prudente	9	5,1
Manter contato visual	8	4,6
Perguntar sobre interesses e preferências para estabelecer conversas amenas que distraiam o paciente	5	2,9
Verbalizar disposição para o cuidado contínuo (não-abandono)	5	2,9

* Somatória dos 109 (36%) sujeitos que citaram duas estratégias utilizadas com os 66 (21,8%) que citaram apenas uma estratégia comunicacional; † Grande parte dos sujeitos citou mais de uma estratégia.

Destaca-se a escuta ativa como a estratégia mais utilizada pelos profissionais participantes desta pesquisa. Segundo Marco Túllio de Assis Figueiredo, médico, e um dos precursores dos cuidados paliativos no Brasil, a escuta ativa é o principal instrumento de trabalho do paliativista, à medida que é por meio de sua utilização que se identificam necessidades, nas distintas dimensões

de quem vivencia o fim da vida**.

O uso de estratégias verbais também se destacou, à medida que 84 sujeitos (48%) as citaram. Reafirmações verbais de solicitude e a utilização de perguntas abertas visando o acesso aos aspectos multidimensionais do paciente foram, respectivamente, a segunda e a terceira estratégias mais citadas.

* Notas de palestras e encontros com o Prof. Dr. Marco Túllio de Assis Figueiredo.

DISCUSSÃO

Evidenciou-se carência de habilidades comunicacionais para oferecer apoio emocional nos profissionais de saúde avaliados. A superficialidade deste conhecimento é ratificada quando informações complementares são avaliadas. Nas respostas consideradas incorretas ou parcialmente corretas houve grande número de citações de expressões subjetivas, tais como solidariedade, compaixão, apoio, atenção, carinho, entre outras. Estas são descrições e ou denominações de sentimentos e não estratégias de comunicação e denotam que os profissionais encontram dificuldades para diferenciar sentimentos de ações concretas na atenção a seus pacientes.

O fato dos profissionais que realizaram capacitação em cuidados paliativos previamente terem obtido melhor desempenho comunicacional, no que tange ao suporte emocional, mostrou-se coerente com a filosofia paliativista.^{2-3,5} À medida que a OMS preconiza que a atenção ao indivíduo sob cuidados paliativos deve valorizar sua multidimensionalidade, em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, é esperado que sujeitos formalmente capacitados em cuidados paliativos valorizem a dimensão emocional do cuidado, desenvolvendo habilidades que lhes permitam acessá-la e atender demandas específicas.

Este dado é convergente com as evidências apontadas por estudo europeu, que identificou que enfermeiros utilizavam maior número de palavras de cunho emocional no contato com pacientes oncológicos quando previamente capacitados.¹⁹

O uso de estratégias comunicacionais é o centro do suporte emocional em cuidados paliativos. Habilidades para a escuta, questionamento, exploração de sentimentos e *feedback* não são uma questão de personalidade ou instinto do profissional, mas ferramentas necessárias para prover conforto emocional e influenciam positivamente o ajuste psicológico do indivíduo à vivência do processo perdas e incertezas inerentes ao adoecimento e morte.²⁰⁻²²

Deste modo, utilizar estratégias de comunicação para prover apoio emocional é condição *sine qua non* para que o cuidado multidimensional efetivo ocorra. Por este motivo, profissionais com prévia capacitação teórica em cuidados paliativos desempenharam-se melhor neste aspecto do que aqueles sem formação prévia. De acordo com as evidências apontadas por este estudo, a formação específica prévia em cuidados paliativos permite

melhor desempenho comunicacional individual na utilização de estratégias comunicacionais para apoio emocional.

A escuta ativa, estratégia comunicacional mais citada para o cuidado da dimensão emocional em cuidados paliativos, é um processo dinâmico que pode ser metaforicamente comparado à leitura da mensagem contida nas entrelinhas de um texto intrincado.²³ Isto porque escutar é diferente de ouvir; é mais do que perceber os sons por meio da percepção auditiva. Configura-se em um processo emocional e cognitivo ativo e complexo que, partindo da percepção auditiva, considera as variáveis atenção, interesse e motivação. Demanda do sujeito mais do que a simples passividade de deixar de falar, implica colocar atenção para ouvir querendo compreender o outro, considerando que há um contexto significativo maior por trás das palavras pronunciadas.²⁴

Em cuidados paliativos, escutar ativamente significa centrar-se no outro e em suas reais necessidades, nos mais amplos aspectos. Supõem ao profissional não atentar para seu conjunto de vozes internas, mas sim para as expressões do paciente, manifestas de modo verbal e não verbal. A escuta ativa é valorizada pelas mais distintas escolas psicológicas e também pelo senso comum, representando a pedra angular na qual se embasam todas as respostas efetivamente geradoras de ajuda.²⁴

O paciente e seus familiares se sentem atendidos em suas necessidades quando são ativamente escutados. Para eles, ser escutado pelos profissionais de saúde que os atendem significa estar sendo considerado, cuidado de modo individualizado e com atenção.¹ Quando se sentem escutados têm a cálida e reconfortante sensação de que são compreendidos e valorizados pelo profissional.

Para que ocorra o processo de escuta ativa, é necessária a emissão consciente de sinais faciais não-verbais e de frases curtas que denotem interesse no que está sendo dito. Deste modo, escutar ativamente envolve a manutenção de contato visual com o paciente, meneios positivos de cabeça, o uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e orientação do corpo com o tronco voltado para a pessoa e o uso de expressões verbais curtas que encorajam a continuidade da fala, tais como: “e então...”, “continue...”, “estou te ouvindo...”, entre outras.²³

Dentre as estratégias de comunicação verbal destacaram-se aquelas relacionadas à verbalização de compreensão de sentimentos e disponibilidade para o cuidado, além do uso de perguntas abertas

com o intuito de estimular a verbalização de sentimentos, denotando disposição e disponibilidade para o estabelecimento de relação de ajuda. Assim, evidenciou-se a preocupação dos profissionais com a pessoa e não com a doença, justamente como preconizado pela filosofia paliativista.²

As técnicas de comunicação verbal podem ser classificadas em três grandes grupos: expressão, clarificação e validação. No grupo de expressão, alocam-se as estratégias que permitem a expressão verbal de pensamentos e sentimentos, facilitando sua descrição e possibilitando a exploração de áreas problemáticas para o paciente. No segundo grupamento, de clarificação, encontram-se as estratégias que ajudam a compreender ou clarificar as mensagens recebidas, possibilitando a correção de informações incorretas ou ambíguas. Finalmente, no grupamento de validação, estão as expressões que tornam a significação comum do que é expresso, certificando a acurácia da compreensão da mensagem recebida.²³

As três estratégias de comunicação verbal mais citadas pelos sujeitos encontram-se no grupo de expressão. Embora devam ser utilizadas em todas as fases da interação com os pacientes, as estratégias de expressão são mais úteis para a abordagem inicial, para estabelecer empatia e um clima propício para a interação. Estas técnicas oferecem, de certo modo, mais segurança para o profissional, uma vez que não implicam em tomada de decisão ou solução de problemas.²³

O toque afetivo e a presença frequente mereceram destaque dentre as estratégias de comunicação não verbais mais frequentemente citadas pelos sujeitos, evidenciando sua relevância para o suporte emocional dos pacientes que vivenciam a etapa final da vida. A proximidade física e presença mais frequente são sinais sutis de interesse e compaixão pela situação do outro, sendo seu valor imenso no contexto da terminalidade.²⁵ O medo do abandono e da vivência de situações novas, tais como a morte, são causas frequentes de sofrimento psíquico para os pacientes sob cuidados paliativos e configuram-se em necessidades emocionais que demandam atenção especial. Permanecer junto ou aproximar-se com maior frequência do paciente transmite a mensagem da solidariedade compassiva daquele que acompanha.

Acompanhar, neste contexto, significa oferecer a companhia durante um período difícil de incertezas e sofrimento, no qual o profissional muitas vezes não pode aliviar a carga do paciente, mas seguirá ao seu lado até o fim da jornada,

amparando-o.²⁵ Mesmo que nenhuma palavra seja pronunciada durante esta interação, o fato do profissional permanecer junto do paciente demonstra que ele reconhece seu sofrimento e é solidário ao mesmo.

O toque afetivo, também citado pelo profissional, constitui um conjunto de sinais agrupados sob um denominador comum: o contato físico que transmite mensagem de cunho emocional. Assim, foram citados o abraço, o beijo na bochecha, a carícia nos cabelos, o aperto de mão firme, o toque nas mãos, braços e ombros e o cumprimento com contato físico.

O contato físico por si só não se configura em acontecimento emocional, contudo estimula terminações nervosas sensoriais que desencadeiam alterações neuronais e mentais, as emoções. Neste sentido, pode-se afirmar que o toque desperta emoções e, por isso, é muito bem vindo ao cumprimentar-se o paciente no início da interação ou na despedida, quando o paciente está deprimido, triste, sente-se sozinho, está com dor, com autoestima e autoimagem diminuídas ou está morrendo.²⁶

CONCLUSÕES

Com base nos resultados apresentados é possível concluir que os profissionais de saúde participantes desta pesquisa possuíam conhecimento insatisfatório no que tange às estratégias de comunicação para o suporte emocional de pacientes sob cuidados paliativos, e que quem possuía capacitação formal prévia na área paliativista evidenciou conhecer/utilizar mais estratégias comunicacionais na atenção à dimensão emocional de seus pacientes. As estratégias comunicacionais mais citadas pelos sujeitos foram, em ordem decrescente de frequência: escuta ativa, reafirmações verbais de solicitude, uso de perguntas abertas e toque afetivo.

Embora esta pesquisa tenha limitações, entre elas a não correlação entre as variáveis categoria profissional, sexo, idade e tempo de trabalho em uma amostra heterogênea quanto às trajetórias profissionais e contexto de trabalho, trouxe a tona duas evidências relevantes para o atual contexto de desenvolvimento dos cuidados paliativos no país e que possuem relação de causa e efeito. A primeira é que os profissionais de saúde que trabalham com pacientes sob cuidados paliativos não estão recebendo adequada capacitação. A segunda é que desconhecem estratégias de comunicação que lhes

permitam suprir demandas na esfera emocional de seus pacientes. São fatos preocupantes, porque fazem emergir questionamentos acerca da efetividade e qualidade dos cuidados paliativos que têm sido oferecidos.

À medida que habilidades de comunicação não são adquiridas empiricamente ou com o tempo, mas somente com educação adequada, faz-se urgente e necessária a capacitação destes profissionais no âmbito paliativista e da comunicação no processo de morrer. Embora atualmente no Brasil a discussão e implantação dos princípios dos cuidados paliativos estejam em franca progressão, ainda faz-se necessário que as instituições de ensino compreendam a importância da filosofia paliativista e facilitem sua implantação curricular na área da saúde, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MMT. Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.
2. World Health Organization (WHO). WHO Definition of palliative care [online]. [acesso 2010 Out13]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
3. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo (SP): Loyola; 2004. p.181-208.
4. McCoughlan M. A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo(SP): Loyola; 2004. p.167-80.
5. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Oliveira RA. Cuidado paliativo. São Paulo(SP): Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
6. Figueiredo MCA. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. Mundo Saúde. 2003 Jan-Mar; 27(1):165-70.
7. Santana MTM, Nascimento MFC, Almeida CF. Núcleo de Renascimento Elisabeth Kubler-Ross – NUREKR: assistência de saúde no modelo “hospice”. Rev Bras Enferm. 2000 Mar-Abr; 53(2):291-4.
8. Lemonica L, Barros, GAM. Botucatu, Brasil: a regional community palliative care model. J Pain Symp Manag. 2007; 33(5 Spe):651-54.
9. Araújo MMT, Silva MJP, Francisco MCPB. The nurse and the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. Int Nurs Rev. 2004 Set; 51(3):149-58.
10. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. J Clin Nurs. 2004 Fev; 13(2):143-9.
11. Guinelli A, Aisawara RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em casos de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. Rev Assoc Med Bras. 2004 Jan-Fev; 50(1):41-7.
12. Diniz, RW, Gonçalves MS, Bensi CG, Campos AS, Giglio A, Garcia JB et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. Rev Assoc Med Bras. 2006 Set-Out; 52(5):298-303.
13. Primo WQSP, Garrafa V. Estudo bioético da informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário. Comum Ciênc Saúde. 2007 Jul-Set; 18(3):237-47.
14. Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. Mundo Saúde. 2003 Jan-Mar; 27(1):64-70.
15. Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo (SP): Loyola; 2004. p.275-89.
16. Tapajós R. A comunicação de notícias difíceis e a pragmática da comunicação humana. Interface. 2007; 11(21):165-72.
17. Skilbeck J, Payne S. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialist in palliative care. J Adv Nurs. 2003 Set; 43(5):521-30.
18. Herschback P, Book K, Brandl T, Lindena G, Neuwöhner K, Marten-Mittag B. Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. Br J Cancer. 2008 Jul; 99(1):37-43.
19. Razavi D, Delvaux N, Marchal S, Duriex JF, Farvacques C, Dubus L et al. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomized study. Br J Cancer. 2002 Jul; 87(1):1-7.
20. Owen R, Jeffrey D. Communication: common challenging scenarios in cancer care. Eur J Cancer. 2008 Jun; 44(9):1163-8.
21. Liu JE, Mok E, Wong T. Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. J Adv Nurs. 2005 Nov; 52(3):262-70.
22. Muniz RM, Zago MMF, Schwatz E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. Texto Contexto Enferm. 2009 Jan-Mar; 18(1):25-32.
23. Stefanelli MC. Estratégias de comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005. p. 73-104.
24. Higuera JCB. La escucha ativa em cuidados paliativos. Rev Est Med Hum [on-line]. 2005 [acesso

-
- 2010 Out 28]; 11(11). Disponível em: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11>
25. Franks JA. The power of presence. *J Pall Med.* 2010 Mar; 13(3):331-2.
26. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2008.

Correspondência: Monica M. Trovo Araújo
Rua João Bizarro da Nave, 200, ap. 42
03351-100 - São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: trovomonica@gmail.com

Recebido: 17 de dezembro de 2010
Aprovado: 11 de novembro de 2011