

A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo*

COMMUNICATION WITH PATIENTS IN PALLIATIVE CARE:
FAVORING CHEERFULNESS AND OPTIMISM

LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS:
VALORANDO LA ALEGRÍA Y EL OPTIMISMO

Monica Martins Trovo de Araújo^I, Maria Júlia Paes da Silva^{II}

* Extraído da dissertação "Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas do paciente sob cuidados paliativos", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

^I Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^{II} monicatrovo@usp.br
Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem. juliaps@usp.br

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as expectativas de pacientes em cuidados paliativos em relação à comunicação com as pessoas da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2005, por meio de entrevistas semi-estruturadas, junto a 39 pacientes oncológicos sem prognóstico de cura, submetidos à quimioterapia paliativa em uma instituição hospitalar privada da cidade de São Paulo, Brasil. Após transcrição das falas, os dados foram analisados segundo a metodologia de análise do conteúdo. Dos discursos dos entrevistados emergiram quatro categorias. A comunicação interpessoal comprovou ser importante atributo do cuidado paliativo, evidenciando a atenção dada aos sinais não-verbais do profissional para o estabelecimento do vínculo de confiança, a necessidade da presença compassiva, o desejo de não focar a interação e o relacionamento apenas na doença e morte e a valorização da comunicação verbal alegre, que privilegia o otimismo e o bom humor.

DESCRITORES

Cuidados paliativos.
Doente terminal.
Relações interpessoais.
Enfermagem oncológica.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the expectations of patients who are in palliative care regarding communication with the nursing team. The data were collected during the first semester of 2005 through half-structured interviews among 39 oncological patients with no healing prognosis subjected to palliative chemotherapy in a hospital institution of the city of São Paulo. After transcription of the speeches, the data were analyzed according to the methodology of content analysis. From the interviewees' speeches four categories emerged. Interpersonal communication proved to be an important attribution to palliative care, with particular attention given to the professional's nonverbal signs for establishing a link of trust, the need for a compassionate presence, the desire not to focus the interaction and the relationship only on the disease and on death and to concentrate instead on cheerful verbal communication favoring optimism and good humor.

KEY WORDS

Hospice care.
Terminally ill.
Interpersonal relations.
Oncologic nursing.

RESUMEN

Este estudio objetivo conocer las expectativas de los pacientes en cuidados paliativos en relación a la comunicación con las personas del equipo de enfermería. Los datos fueron colectados en el primero semestre de 2005, por medio de entrevistas semi-estructuradas, junto a 39 pacientes oncológicos sin pronóstico de cura, sometidos a la quimioterapia paliativa en una institución hospitalario privada de la ciudad de São Paulo, Brasil. Después de la transcripción de las hablas, los datos fueron analizados según la metodología de análisis del contenido. De los discursos de los entrevistados emergieron cuatro categorías. La comunicación interpersonal comprobó ser importante atributo del cuidado paliativo, evidenciando la atención dada a los señales no verbales del profesional para el establecimiento del vínculo de confianza, la necesidad de la presencia compassiva, el deseo de no focalizar la interacción y la relación apenas en la enfermedad y muerte y la valorización de la comunicación verbal alegre, que privilegia el optimismo y el buen humor.

DESCRIPTORES

Cuidados paliativos.
Enfermo terminal.
Relaciones interpersonales.
Enfermería oncológica.



INTRODUÇÃO

Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte.

Cicely Saunders

É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem. Neste sentido, a atuação da equipe de enfermagem é primordial e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize, da melhor forma possível, o tempo que lhe resta⁽¹⁾. Isto significa ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida, quando não é mais possível crescer quantidade.

A Organização Mundial de Saúde definiu em 1990 e revisou em 2002 o conceito de cuidados paliativos: são cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo⁽²⁾. 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.

A filosofia dos cuidados paliativos⁽²⁻³⁾: a) afirma a morte como um processo normal do viver; b) não apressa nem adia a morte; c) procura aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; d) integra os aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado do paciente; e) disponibiliza uma rede de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até sua morte; f) oferece um sistema de apoio para a família do paciente na vivência do processo de luto.

A assistência de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos deve considerar o paciente um ser único, complexo e multidimensional: biológico, emocional, social e espiritual. Este tipo de cuidado, integral e humanizado, só é possível quando o enfermeiro faz uso de diversidades de comunicação para que perceba, compreenda e empregue a comunicação verbal e não-verbal.

Há, porém, falta de habilidades e conhecimentos por parte de número expressivo de profissionais de enfermagem no que se refere à comunicação com o paciente sem possibilidades de cura. Deste modo, dentre as áreas que requerem maior demanda de conhecimentos no cuidado do paciente sem prognóstico de cura, alguns enfermeiros apontam a comunicação como ponto nevrálgico⁽⁴⁾.

Recentes estudos brasileiros^(1,5) indicam que, embora os enfermeiros que trabalham com pacientes sem possibilidades de cura considerem a comunicação com o paciente terminal um recurso terapêutico importante e efetivo, encontram dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se mal preparados neste aspecto.

Parece que muitos profissionais mostram desconhecer técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com os pacientes que vivenciam o processo de morrer, afastando-se dos mesmos, por não saber trabalhar os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta. Estes fatos tornam-se preocupantes ao lembrar-se que o enfermeiro e sua equipe são os profissionais da área de saúde que interagem mais direta e constantemente com o paciente durante sua estadia em uma instituição hospitalar.

OBJETIVO

Identificar as expectativas de pacientes que vivenciam os cuidados paliativos relacionadas à comunicação com a equipe de enfermagem.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tipo de Estudo: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

Local: O estudo foi realizado no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, Hospital Prof. Dr. Sampaio Góes Jr., instituição localizada na região leste da cidade de São Paulo, que atende pacientes da rede pública e privada.

Amostragem: Foram entrevistados 39 pacientes oncológicos com prognóstico fechado, sem possibilidades de cura, submetidos a tratamento quimioterápico paliativo, maiores de 18 anos, com a consciência preservada, que não estavam impossibilitados de comunicar-se verbalmente.

Procedimento de coleta de dados: Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Parecer aprovado em 28/01/2005, os dados foram coletados entre março e junho de 2005, por meio de entrevista semi-estruturada, gravada em fita K-7, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso.

Análise dos dados: Os dados foram analisados segundo a metodologia da análise de conteúdo⁽⁶⁾, que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicadas aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamen-

to dos resultados, inferência e interpretação. De acordo com os princípios desta metodologia, as estruturas e elementos do conteúdo foram desmontadas e analisadas por meio do estudo minucioso das palavras e frases que o compõe, procurando seu sentido e intenções, reconhecendo, comparando, avaliando e selecionando-o para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, utilizando-se o critério temático.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os pacientes entrevistados destacam nas quatro categorias evidenciadas em seus discursos, o papel de destaque da comunicação e do relacionamento interpessoal no contexto da terminalidade, a relação de confiança estabelecida com os profissionais de saúde e cuidadores a partir da leitura dos sinais não-verbais dos mesmos, reafirmam o desejo de não conversar apenas sobre a doença e valorizam a comunicação verbal otimista e alegre e a presença compassiva que consola e conforta.

a) O destaque do relacionamento interpessoal e da comunicação

Em uma época que os avanços científicos impressionam e surpreendem o ser humano a tal ponto de se achar que a ciência pode encontrar soluções para todos os problemas, os pacientes que vivenciam o fim da vida nos ensinam uma lição sábia. Suas falas resgatam a importância da relação humana e mostram que o relacionamento interpessoal baseado na empatia e compaixão é o principal subsídio que esperam de quem deles cuida:

Você vê, eu acho que se você falar uma palavra de carinho, conforta mais do que se você por um medicamento. [...] A gente já tá deprimida pela doença, ainda vê que ninguém te dá uma atenção! [...] Então o meu conselho é: se a pessoa por em todo o tratamento o amor, já é suficiente (P32).

Para os pacientes sob cuidados paliativos, o relacionamento humano é a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis. Expressões de compaixão e afeto na relação com o outro trazem a certeza de que somos parte importante de um conjunto, o que traz sensação de consolo e realização, além de paz interior⁽⁷⁾.

Uma vez que relacionar-se é estar com o outro, fazendo uso da comunicação verbal e não-verbal para emitir e receber mensagens, a comunicação, entendida pelos pacientes como *conversa*, também é destacada como de grande importância para os entrevistados:

É só uma pessoa ficar do meu lado conversando que eu já gosto daquela pessoa também, né. Conversando pra mim é uma bênção! Eu me sinto muito feliz quando uma pessoa

tá do meu lado conversando... Aí eu me esqueço um pouco das coisas, né. Pra mim, nossa senhora, é muito bom demais. Muito bom mesmo... [...] A pessoa conversar comigo numa boa é até melhor do que me dar um prato de comida se eu tiver com fome! (P2)

A linguagem metafórica utilizada pelo paciente P2 ao dizer que conversar é melhor do que comer quando se está com fome evidencia o quanto a comunicação verbal é valorizada para quem vivencia o processo de morrer. A conversa amigável e empática é uma forma de oferecer apoio útil, eficaz e bem-vindo.

Além de constituir um dos pilares básicos dos cuidados paliativos^(2,8), o emprego adequado da comunicação verbal é uma medida terapêutica comprovadamente eficaz para os pacientes fora de possibilidades de cura. É considerado um importante componente do cuidado no fim da vida, pois pode reduzir o estresse psicológico do paciente à medida que também lhe permite compartilhar o sofrimento⁽⁹⁾.

b) A atenção ao não-verbal do profissional

No contexto da terminalidade, cuidar significa, entre outras coisas, estar ao lado de pessoas fragilizadas, com perda de vitalidade e autonomia, dor, depressão. Assim, o cuidado só é eficaz quando o ser cuidado – o paciente – consente em ser alvo destas ações, cooperando e aderindo ao plano assistencial proposto pelo profissional. O paciente só se permite ser cuidado quando se sente seguro e confia no profissional:

Eu sozinha, eu venho na maior. Porque? Porque eu confio. Então pra mim é, não sei pra outros, né. Pra mim eu acho assim que é muito importante. E é no olho. Eu olho assim que é muito importante. E é no olho. Eu olho assim e é aquela relação, entendeu? Então eu venho tranqüila pra cá, porque eu sei que eles vão pegar [a veia], eu sei... (P10).

A partir da leitura dos sinais não-verbais do profissional, o paciente percebe se pode ou não nele confiar, conforme denota em seu discurso a paciente denominada P10. Uma vez que apenas 7% do que pensamos é expresso por meio de palavras e o restante se torna conhecido pelo outro através de sinais e comportamentos não-verbais⁽¹⁰⁾, a comunicação não-verbal do profissional é o fator determinante para o estabelecimento do vínculo de confiança do qual depende o cuidado.

Os entrevistados evidenciam o fato de que prestam atenção ao comportamento do profissional, especialmente aos seus sinais não-verbais:

É a mesma coisa que você vir me dar uma injeção e vir com um sorriso: *Oi d. l., tudo bem? A senhora vai bem? Nossa, tá melhor, a senhora tá com uma carinha melhor hoje...* Isso é mais animador do que você chegar assim: *Olha, vim aplicar uma injeção, tá.* E vai embora. E é o caso que eu acho aqui, porque as meninas estão sempre rindo,

contentes, felizes da vida, e eu sei que é um trabalho muito duro o delas [...] Teve enfermeiras que eu achei ótimas, porque vinham com disposição, vinham com vontade de você levantar, de você comer, e às vezes vinham umas que não, que nem conversavam. Então a gente se apegava mais à umas do que outras. Então é isso que eu falo, você se apegar nas coisas boas é ótimo. O ruim é você se apegar a nada, não é (P32).

Os pacientes expressam em seus discursos o que no senso comum parece ser consensual: que profissional de saúde bom é aquele que *te olha nos olhos*, ou seja, que presta atenção e mostra dar importância para aquilo que o paciente fala. Ao manter o contato por meio do olhar, o profissional passa a mensagem silenciosa de que se importa não apenas com o que o paciente está falando, mas também com o que ele está sentindo e expressando. Preocupa-se com o paciente enquanto ser humano, com sentimentos e emoções e não apenas com um sintoma ou um órgão comprometido. Isto pode facilitar o cuidado integral, humanizado, holístico.

O sorriso amistoso também foi destacado pela paciente P32 como importante sinal não-verbal que denota o grau de atenção e disponibilidade do profissional para com o paciente. A mesma paciente destaca o fato de que se apegava, ou seja, estabelece mais vínculos com aquele que considera bom, que lhe dá atenção – *conversam* –, que mostra disposição em cuidar com atitudes sutis e simples, mas de extrema importância.

c) Evitam falar sobre a doença e a morte

A comunicação verbal do paciente que vivencia a terminalidade está associada aos domínios considerados importantes para sua qualidade de vida. Para que a comunicação seja efetiva, é necessário que estes domínios sejam ponderados. Deste modo, frente a uma doença que traz tanto sofrimento e ameaça à vida, é natural que os doentes evitem falar sobre sua condição:

Olha, eu não gosto que fale da doença, entendeu? Eu gosto de fazer de conta que eu não tô doente, entendeu? Então eu gosto que faz de conta que eu não tô [doente] e falar de outros assuntos, contar outras histórias, contar outras coisas assim pra mim. Fazer igual criança, esquecer assim, distrair. Fala de outros assuntos, fala de esporte, das coisas. Eu gosto de falar de futebol, gosto de novela, de música. Na doença eu não gosto de falar, gosto de esquecer um pouco. Isso que eu falei pra minha mãe e pra minha irmã: não vai lá perguntar toda hora se eu tô mal, porque aí eu pioro, entendeu? (P34)

De modo geral, falar sobre câncer ainda é um problema. Ainda prevalecem, em nossa cultura, crenças e preconceitos sobre o câncer, aliando-o à idéia de terminalidade e sofrimento, mesmo que o prognóstico possa variar de pessoa para pessoa e que nem sempre a enfermidade seja uma

doença fatal⁽¹¹⁾. Os relatos dos pacientes entrevistados confirmam o caráter estigmatizante que está associado ao câncer:

Ninguém fala [do câncer], me respeitam nesse ponto! Ninguém... Se for falar *É câncer, isso e aquilo...* a gente nem ouve essa palavra! Não, a turma não fala e eu acho que eles me respeitam nesse ponto. Porque eu sei, eu não vou negar que não é, filha, porque eu não sou boba, eu sei que é câncer. E desde o primeiro dia que eu sai do ginecologista, lá no interior, ele já falou: *A senhora tá com não-sei-o-quê cancerígena*. Eu fiquei assim meio paradona na hora, sabe, mas me segurei ao máximo. (P24)

Até mesmo a pronúncia da palavra câncer é evitada pelos pacientes, que referem-se à patologia como *a doença, ela, isso, o problema*. Ao evitar fazer referência direta à enfermidade, os pacientes utilizam um discurso rico em figuras de linguagem, especialmente metáforas e metonímias.

Do mesmo modo que evitam falar sobre o câncer, os pacientes não desejam falar sobre a morte esperada, mudando de assunto ou simulando o não entendimento, para evitar situações de intenso sofrimento para si próprio e para o outro:

Tem horas que ele [marido] chora [ela começa a chorar]... No Natal e Ano Novo, todo mundo vinha cumprimentar, aí ele veio me cumprimentar e começou a chorar: *Eu quero você comigo. Quero que no ano que vem você continue aqui com a gente...* [choro intenso]. Eu disfarço e procuro não estender o assunto, porque fica pior eu ficar entendendo o que ele quer dizer, né (P24).

Falar sobre a doença, a perda iminente da vida e dos relacionamentos parece ser evitado pelos pacientes entrevistados, que denotam querer conversar também sobre amenidades que distraiam, tais como futebol ou novela, assuntos triviais, que fazem e sempre fizeram parte de seu mundo. Referem que, se sempre conversaram sobre determinados assuntos, não é porque estão vivenciando o câncer e a terminalidade é que deixam de gostar do que antes lhes era prazeroso. Infere-se, portanto, que é desejado que a conversa e o relacionamento não sejam focados apenas na doença e morte.

d) A valorização do otimismo, do bom humor, da conversa e da companhia

Ao evitar falar frequentemente e apenas sobre a doença e a condição reservada do prognóstico, os pacientes dão pistas sobre como gostariam que fosse a comunicação interpessoal no contexto da terminalidade. Valorizam a alegria, tanto em si mesmos quanto nos profissionais de saúde e nas pessoas com as quais convivem:

E adianta ficar triste? Adianta ficar triste? Eu não fico triste mais nada! Só espero ficar um pouquinho melhor e começar a andar [...] Eu começo a andar assim, assim [faz *mais*

ou menos com as mãos e ri]. Olha, eu não sei o que é, parece uma macumba [gargalhada]! Parece uma macumba bem sem-vergonha mesmo! (P12)

Eu tenho uma comadre que é prima dele [marido]. Nossa, eu adoro quando aquela mulher vem em casa, eu adoro mesmo! Porque ela diz que tá sempre com pressa, mas ele faz café e ela toma, se dá uma coisinha ela come. Conversa, conversa, conta história, dá risada. Eu adoro aquela mulher! Me distrai, eu me sinto outra quando ela vem! (P24)

O humor é uma forma de comunicação espontânea e contextual, caracterizada por expressões verbais, faciais e risada. O bom humor e a alegria, representados pela risada, são capazes de aliviar a tensão em um contexto de dor e sofrimento.

Estudos⁽¹²⁻¹³⁾ apontam que o bom humor e a risada proporcionam um modo de aliviar a ansiedade, a tensão e a insegurança, além de servir como mecanismo de *coping* através do qual o indivíduo lida com questões opressivas. Utilizar o humor como estratégia de defesa ou *coping* permite ao indivíduo distanciar-se do estresse, mostrar sentimentos que geralmente são difíceis de expressar e lidar, como a impotência e o medo, esquecer as preocupações, evitar conflitos, aliviar a tensão e relaxar.

Humanizar a experiência da dor, sofrimento e perda requer um *algo mais* da equipe de enfermagem. O bom humor entre pacientes, familiares e equipe de enfermagem proporciona a construção de relações terapêuticas que permitem aliviar a tensão inerente à gravidade da condição e proteger a dignidade e os valores do paciente que vivencia a terminalidade. É comum que estas pessoas utilizem o humor para trazer à tona suas preocupações acerca da morte e do morrer.

O predomínio do bom humor em locais onde se assistem pacientes sem possibilidades de cura está relacionado à própria filosofia dos cuidados paliativos⁽²⁾, que destaca a importância da qualidade de vida e a importância dos relacionamentos. O humor é um componente valioso da comunicação e do cuidado compassivo em cuidados paliativos, considerado uma dimensão do cuidado emocional. Contudo, o humor nunca deve ferir a dignidade humana e precisa ser utilizado com muito cuidado e tato em situações de crise, discussões sérias e quando há altos níveis de ansiedade⁽¹³⁾.

Assim como valorizam o bom humor e a alegria, os pacientes também destacam o otimismo como algo desejado na equipe de enfermagem:

A gente precisa de uma pessoa que segure na sua mão e diga: Olha, você vai tomar o medicamento, vai melhorar, você vai se sentir melhor, isso é passageiro, seja forte, ponha um brilho no olhar...[...] Geralmente a pessoa que vai na tua casa fica com aquela cara de triste, se lamentando, contando os problemas dela, sendo que a gente já tem os problemas da gente e não pode ajudar (P32).

Enfermeiros têm evidenciado em seus estudos recentes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ que demonstrar otimismo e estimular os pensamentos positivos do paciente são instrumentos e habilidades de comunicação bastante úteis ao interagir com pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

Para os pacientes oncológicos, ser otimista significa manter certa normalidade na vida apesar da doença, tentando permitir que o câncer interfira o mínimo possível em sua qualidade de vida. Já os enfermeiros entendem o otimismo como atributo de quem deve manter o *espírito lutador* para seguir em frente, por entre a doença e o tratamento⁽¹⁵⁾. As pessoas entrevistadas neste estudo parecem entender o otimismo como um misto das duas percepções descritas.

A natureza alegre e otimista da interação enfermeiro (ou membros da equipe de enfermagem) e paciente deve ser construída por ambas as partes. Tanto o enfermeiro quanto o paciente, visando manter o otimismo, podem destacar os aspectos positivos da situação, além de tentar remodelar a comunicação, ou seja, modificar o foco da conversação de fatos ou situações negativas para algo positivo.

É necessário discernimento e cautela por parte do enfermeiro ao utilizar estas habilidades de comunicação com o paciente fora de possibilidades terapêuticas. O otimismo no relacionamento não deve transmitir a impressão que a comunicação não é realista ou que os sentimentos negativos e necessidades emocionais do paciente não são conhecidos pelo profissional.

Alguns autores⁽¹⁴⁾ argumentam que manter a esperança e o otimismo sem mentir, fingir ou ignorar as reais preocupações e riscos do paciente sem possibilidades de cura e seus familiares é, provavelmente, um dos aspectos mais difíceis do trabalho de quem cuida destes doentes. Manter o otimismo não significa que conversas sérias ou a expressão de sentimentos negativos ou pessimistas não devam ocorrer. Essas situações podem e devem acontecer, mas precisam ser seguidas pela busca construtiva e partilhada do lado positivo da situação.

Um importante aspecto da comunicação não-verbal foi também citado pelos entrevistados como demanda de comunicação:

Mas tem os meus momentos também que eu esqueço um pouco, fico mais alegre, mais... Só que eu não sinto bem de estar sozinha. Assim, se tá alguém assim como ela aqui do meu lado, assim, me acompanhando, aí eu sinto melhor. Se eu ficar sozinha, começa a aumentar a tristeza, a angústia... Não consigo... (P21).

... se eu sei que não tem ninguém [comigo], me dá uma angústia, angústia, angústia [tom enfático] que parece que eu vou me afogar. [...] Às vezes eu comento com eles, minha vizinhas que vem, que eu me sinto angustiada de ficar sozinha. Ah, eu me sinto sufocada! (P24)

A companhia, a presença, o estar junto, também são formas de comunicação interpessoal, conforme exemplificam os discursos dos pacientes anteriormente transcritos. A presença é um modo de comunicar-se com o outro à medida que caracteriza a aproximação interpessoal⁽¹⁰⁾.

Quando a morte é uma ameaça certa, estar desacompanhado causa medo. Os pacientes explicitam claramente em seus discursos o fato de sentirem-se mais confortáveis na presença de outras pessoas. A prática do cuidado aos pacientes fora de possibilidades de cura tem mostrado que, frente à possibilidade de morrer, os doentes sentem-se amedrontados em estar sozinhos no momento da morte. Sentem medo de sofrer durante a morte e assustados perante o desconhecido depois da mesma. Uma vez que é impossível determinar o momento exato que a morte de alguém acontecerá, a carência dos pacientes por companhia em tempo integral parece estar justificada.

Se não há o que dizer ou nada mais se pode fazer porque a morte é iminente, a presença compassiva, mesmo que silenciosa, e a companhia que consola e conforta são maneiras sutis, mas de extrema importância para expressar ao paciente que ele é importante e que será cuidado até o fim.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relacionamento interpessoal pareceu ser ressignificado e adquirir grande importância para aqueles que vivenciam a terminalidade. Neste sentido, a comunicação mostrou exercer papel de destaque no processo de morrer. Enquanto atributo essencial do relacionamento interpessoal, a comunicação empática e compassiva foi enfatizada enquanto instrumento que fornece suporte e sustento para a pessoa frente à terminalidade.

A comunicação à qual os pacientes se referiram difere da comunicação identificada por boa parte da literatura sobre cuidados paliativos, sinônimo de informação. Os pacientes evidenciaram que não se trata apenas de transmitir informações, mas sim do modo como estas mensagens são transmitidas. Trata-se de expressar com palavras, posturas e atitudes (comunicação verbal e não-verbal) mensagens que revelam atenção e cuidado.

Estar atento aos próprios comportamentos e atitudes e aos do outro, ou seja, desenvolver uma comunicação empática não é um processo fácil. Também não se tratam de características intrínsecas de determinadas pessoas. Constitui, outrossim, uma habilidade que se consegue com muita disciplina.

Isto requer do profissional uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para, só então, planejar ações. Neste sen-

tido, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorriso que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos. Perceber constitui não apenas olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade.

Infelizmente parece que muitos profissionais de enfermagem que atualmente trabalham com pacientes que vivenciam a terminalidade não aprenderam, em seu percurso de formação profissional, o valor do relacionamento pessoal e o adequado uso da comunicação no contexto do cuidado.

Mostra-se urgente que as instituições formadoras invistam na capacitação de seus alunos em habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. Para quem trabalha com seres humanos em situações de doença e, mais especificamente, com aqueles que vivenciam a presença da morte anunciada, é necessário aprender não apenas realizar técnicas assistenciais ou operar aparelhos que realizam intervenções diagnósticas ou terapêuticas. É preciso ser educado para saber quando e o que falar, como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afeto, como calar e escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades destas pessoas.

Um fato novo e relevante para a prática do cuidado aos pacientes que vivenciam a terminalidade e que este estudo pôde evidenciar foi o foco otimista e bem-humorado desejado para o relacionamento e comunicação com os profissionais de enfermagem.

Faz-se necessária maior investigação acerca da utilização do otimismo e do bom humor no contexto do cuidado e relacionamento com pacientes sem possibilidades de cura na realidade brasileira, uma vez que a literatura nacional não revela este tipo de dado para que se possam realizar comparações.

O foco otimista, que valoriza os aspectos positivos da condição, utiliza o bom humor e promove uma atmosfera mais leve, alegre e agradável, pode mostrar-se uma alternativa para amenizar os problemas de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e pacientes em cuidados paliativos. Mesmo que não evidencie ser a alternativa mais apropriada, certamente tornará o trabalho da equipe de enfermagem mais feliz, prazeroso e fecundo.

Finaliza-se este estudo com uma frase que pode traduzir o valor do relacionamento e da comunicação interpessoal para quem vivencia o processo de morrer:

Homens são anjos com uma só asa.

Para voar, precisam do outro.

Luciano de Crecencio

REFERÊNCIAS

1. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. *J Clin Nurs*. 2004;13(2):143-9.
2. World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care [text on the Internet]. Geneva; 2006. [cited 2006 Feb 13]. Available from: <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: Loyola; 2004. p. 181-208.
4. Mccaughan E, Parahoo K. Medical and surgical nurses perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *J Clin Nurs*. 2000; 9(3):420-8.
5. Araújo MMT, Silva MJP, Francisco MCPB. The nurse and the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *Int Nurs Rev*. 2004;51(3):149-58.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
7. Hawthorne DL, Yurkovich NJ. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. *Palliat Support Care*. 2003;1(3):261-5.
8. Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):64-70.
9. Higginson I, Constantini M. Communication in end-of-life cancer care: a comparison of team assessment in three European countries. *J Clin Oncol*. 2002;17(20):3674-82.
10. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
11. Matos MJG. O ser-no-mundo com câncer [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
12. Astedt-Kurki P, Isola A. Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *J Adv Nurs*. 2001;35(3):452-8.
13. Dean RA, Gregory DM. Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation. *Palliat Support Care*. 2004; 2(2):139-48.
14. Jarrett NJ, Payne AS. Creating and maintaining "optimism" in cancer care communication. *Int J Nurs Stud*. 2000;37(1):81-90.
15. O'Baugh J, Wilkies LM, Luke S, George A. "Being positive": perceptions of patients with cancer and their nurses. *J Adv Nurs*. 2003;44(3):262-70.

ANEXO

Instrumento de Coleta de Dados e Questões Orientadoras para as Entrevistas

I. Caracterização

- 1) Sexo: () M () F 2) Idade: _____ anos 3) Religião: _____
4) Grau de escolaridade: _____ 5) Patologia: _____
6) Tempo de diagnóstico e tratamento: _____ 7) Performance status segundo escala ECOG: _____

Escala de performance status ECOG

Grau	Definição
0	Totalmente ativo e sem restrições de atividade.
1	Restrito a atividades físicas, mas deambulando e apto a realizar atividades laborais leves.
2	Incapaz de realizar atividades laborais, mas deambulando e com autocuidado presente.
3	Autocuidado limitado e confinado ao leito ou cadeira durante mais de 50% do período em que permanece acordado.
4	Impossível o autocuidado e totalmente confinado ao leito ou à cadeira.

II. Questões norteadoras

- A) Como você gostaria que a equipe de Enfermagem se comunicasse com você durante seu tratamento?
- B) O que a equipe de Enfermagem pode fazer para te ajudar?