

# COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

---

## INTERPERSONAL COMMUNICATION WITH ONCOLOGICAL PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

---

## COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Ireni Zapalowski Galvão<sup>1</sup>  
Moema da Silva Borges<sup>2</sup>  
Diana Lúcia Moura Pinho<sup>3</sup>

**Como citar este artigo:** Galvão MIZ, Borges MS, Pinho DLM. Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev baiana enferm. 2017;31(3):e22290.

**Objetivo:** compreender o processo da comunicação interpessoal na trajetória dos pacientes em cuidados paliativos à luz de Peplau. **Método:** estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Participaram pacientes em cuidados paliativos de um hospital de Brasília, Distrito Federal. Os dados foram coletados em setembro e outubro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada e foram submetidos a análise de conteúdo com auxílio do *software* Alceste. **Resultados:** da análise de conteúdo emergiram dois eixos. O primeiro refere-se à comunicação das más notícias, o tratamento e as estratégias de enfrentamento; o segundo relaciona-se a fatores resilientes que ajudaram a superar as adversidades. **Conclusão:** as necessidades sentidas pelos pacientes foram atendidas por meio de uma comunicação eficaz, e a equipe mobilizou as melhores capacidades e potencialidades do ser humano para enfrentar as situações estressoras e preservar a autonomia e a dignidade de pessoas sob seus cuidados.

**Descritores:** Comunicação. Cuidados paliativos. Teoria de enfermagem. Relações interpessoais. Oncologia.

*Objective: to understand the interpersonal communication process in the trajectory of patients under palliative care in the perspective of Peplau's theory. Method: exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Patients under palliative care from a hospital in Brasília, Distrito Federal, Brazil, participated in the study. Data were collected in September and October 2015 through semi-structured interviews and were submitted to content analysis with the use of the software Alceste. Results: content analysis generated two axes. The first one refers to communication of bad news, the treatment, and coping strategies; the second one relates to resilient factors that helped them to overcome adversities. Conclusion: the needs experienced by patients were met by means of an effective communication, and the team mobilized the best skills and potentialities of the human being to cope with these stressful situations and maintain the autonomy and dignity of individuals under their care.*

*Descriptors: Communication. Palliative care. Nursing theory. Interpersonal relations. Oncology.*

*Objetivo: Comprender el proceso de comunicación interpersonal en la experiencia de pacientes bajo cuidados paliativos a la luz de Peplau. Método: Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cualitativo. Participaron pacientes en cuidados paliativos de un hospital de Brasília, Distrito Federal. Datos recolectados en setiembre y octubre de 2015, mediante entrevistas semiestructuradas, sometidos a análisis de contenido con ayuda del software*

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil. irenigalvao@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Educação. Doutora em Psicologia. Professora Adjunta da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

*Alceste. Resultados: Del análisis de contenido surgieron dos ejes. El primero hace referencia a la comunicación de las malas noticias, el tratamiento y las estrategias de enfrentamiento; el segundo se relaciona a factores resilientes que ayudaron a superar las adversidades. Conclusión: Las necesidades sentidas por los pacientes fueron atendidas mediante una comunicación eficaz, y el equipo empleó las mejores capacidades y potencialidades del ser humano para enfrentar las situaciones generadoras de estrés y para preservar la autonomía y dignidad de las personas bajo sus cuidados.*

*Descriptor: Comunicación. Cuidados paliativos. Teoría de enfermería. Relaciones interpersonales. Oncología.*

## Introdução

O processo de comunicação e as habilidades interpessoais são componentes básicos no atendimento de alta qualidade e competência profissional<sup>(1)</sup>. Sendo assim, sustentam as relações humanas e representa um instrumento de ajuda terapêutica que ancora a prestação do cuidado individualizado que o paciente em cuidados paliativos requer<sup>(1-2)</sup>.

Nesse contexto, a teoria das relações interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau, que teve influências teóricas da psicologia e da psiquiatria, estabeleceu um novo foco e significado para o cuidar em enfermagem com base na dimensão psicológica e subjetiva do outro, o paciente<sup>(3)</sup>; buscou afastar a condição da doença como o foco principal da assistência de enfermagem e valorizou a expressão dos sentimentos dos pacientes, bem como os mecanismos para ajudá-los a lidar com essa experiência<sup>(3-5)</sup>.

O modelo teórico de Peplau surge da enfermagem psicodinâmica e a define como “[...] capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar os outros a identificar as dificuldades sentidas e aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiências”<sup>(4:426)</sup>. Essa definição possibilita a elaboração de conceitos estruturais do processo interpessoal, as fases da relação enfermeira-paciente e os papéis de enfermagem que, ocorrem ao longo do relacionamento terapêutico entre enfermeira e paciente<sup>(3-6)</sup>.

Peplau descreve quatro fases da relação enfermeira-paciente: orientação, identificação, exploração e resolução<sup>(3-6)</sup>. A fase de orientação diz respeito a esclarecimentos prestados pela enfermeira, quando o paciente busca ajuda

profissional e descreve uma “necessidade sentida”. Na fase de identificação, o paciente estabelece afinidade com a enfermeira e responde seletivamente às pessoas que podem preencher as suas necessidades. Na fase da exploração, o paciente usa os recursos que lhe são oferecidos por meio da relação, para obter benefícios e os melhores serviços possíveis, variando no grau de seus interesses e necessidades. A última fase é a resolução, que representa o momento em que o paciente adota novas metas, pois suas necessidades foram contempladas pelo pacto terapêutico estabelecido com a enfermeira. As quatro fases descritas estão inter-relacionadas e se sobrepõem. A duração de cada uma delas varia de acordo com a evolução do processo até a solução do problema ou alcance das metas terapêuticas<sup>(3-5)</sup>.

O outro componente fundamental da teoria de Peplau são os seis papéis da relação enfermeira e paciente que ocorrem ao longo do processo terapêutico, a saber: papel de estranha, de pessoa de recurso, de líder, de professora, de substituta e de conselheira<sup>(3-7)</sup>. O papel de estranha é desempenhado no primeiro encontro, quando a enfermeira e o paciente são estranhos um ao outro. Como pessoa de recurso, a enfermeira promove respostas específicas e claras a questões amplas apontadas pelo paciente, especialmente sobre saúde. A enfermeira, no papel de líder, é responsável pelo direcionamento e seguimento das metas do paciente, a fim de ajudá-lo no alcance dos resultados. O papel de professora configura-se na somatória de todos os papéis e sua ação deriva do que o paciente sabe e da capacidade de usar uma informação.

O papel de substituta é designado pelo paciente, ao compreender a enfermeira como aquela que ocupa o lugar do outro. A função da enfermeira é auxiliar o paciente a reconhecer as semelhanças e diferenças entre a enfermeira e essa pessoa. Por fim, o papel de conselheira, que ocorre pela forma como a enfermeira responde e escuta as solicitações do paciente, mediante habilidades comunicacionais e atitudes de ajuda<sup>(3-5)</sup>.

Para tal interação, a teorista enfatiza que a enfermeira deve assegurar o desenvolvimento do relacionamento interpessoal pelo uso dos instrumentos da comunicação, como escuta, esclarecimento, aceitação e ensino<sup>(5)</sup>. Vale assinalar que o paciente, no processo de adoecimento, vivencia duplos sentimentos de conhecer e compreender o processo de doença, tratamento e prognóstico, e de sentir-se conhecido e compreendido em sua individualidade e necessidade<sup>(8)</sup>.

Por outro lado, sabe-se que os profissionais da saúde, apesar de perceberem a importância da comunicação interpessoal, mencionam dificuldades em empregá-la como recurso terapêutico na assistência, sobretudo nas abordagens da comunicação das más notícias e final de vida<sup>(1-2,8)</sup>.

Considerando que o modelo teórico de Peplau concebeu um novo paradigma para a enfermagem direcionada para as relações interpessoais que ocorrem entre a enfermeira e o paciente e contribuiu para nova abordagem do paciente com base na valorização da relação interpessoal, privilegiando esse aspecto no cuidado de enfermagem<sup>(3-5)</sup>, este estudo teve como objetivo compreender o processo da comunicação interpessoal na trajetória dos pacientes em cuidados paliativos à luz de Peplau. Declara-se que a inter-relação entre teoria, pesquisa e prática clínica é imprescindível para o desenvolvimento contínuo da enfermagem como profissão e ciência<sup>(9)</sup>.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo baseado na abordagem qualitativa. Foi desenvolvido no programa de oncologia de um hospital de Reabilitação localizado em Brasília, Distrito Federal. Nesse serviço, realiza-se

atendimento cirúrgico e quimioterápico, além de complementação do tratamento, com a reabilitação físico-funcional dos pacientes.

Participaram do estudo pacientes em cuidados paliativos em regime de internação, portadores de tumores malignos primários de parte moles e ósseos. Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos; que apresentavam, no período da coleta de dados, informações relacionadas ao avanço da doença registrado em prontuário eletrônico, com os termos progressão tumoral, aumento dos nódulos, tumor irrecorrível, metastático, em progressão, radioterapia paliativa, múltiplos nódulos. Foram utilizadas essas terminologias, visto que nem todos os prontuários registravam informações de que os pacientes estavam em cuidados paliativos, apesar da modalidade de tratamento instituída ser paliativa. Os critérios de exclusão foram: pacientes com alterações cognitivas e dificuldades de verbalização. O dimensionamento do número de entrevistas seguiu o critério de saturação dos dados, ao atingir a homogeneidade das informações no grupo em estudo.

Os dados foram coletados no período de 16 de setembro a 15 de outubro de 2015, por meio de acesso ao registro documentário em prontuário eletrônico, a fim de buscar termos para a inclusão de pacientes em cuidados paliativos no estudo. Além disso, utilizou-se um questionário para delineamento do perfil dos sujeitos, além de um roteiro de entrevista semiestruturada, sequenciado e elaborado de acordo com as quatro etapas da relação enfermeira-paciente de Peplau. Embora a Teoria de Peplau tenha sido relacionada à prática da enfermagem, neste estudo, as fases enfermeira-paciente foram expandidas para a comunicação da equipe de cuidados paliativos. Todas as entrevistas foram realizadas no programa de oncologia, em local reservado, com duração aproximada de 60 minutos.

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos na íntegra, e o *corpus* do texto foi submetido à análise de conteúdo com auxílio do *software* ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*. Esse *software* é considerado uma metodologia,

porque dispõe de métodos estatísticos sofisticados, que permitem ancorar a análise de conteúdo<sup>(10)</sup>. O *corpus* do texto obedeceu a critérios exigidos pelo próprio programa. Durante a análise lexical realizada, ocorreu a contagem sistemática de palavras no texto, para o reconhecimento do número total e tipos de palavras nele presentes. Nesse nível de análise, o agrupamento de palavras de maior *Chi2*(qui-quadrado), isto é, de maior relevância, permitiu a conformação da análise qualitativa em classes nas quais se buscou identificar aspectos significativos das vivências do grupo em questão. Esse processo possibilitou agrupar as raízes semânticas, definindo-as por classes, de acordo com a função da palavra no discurso.

O programa identificou as variáveis denominadas de Unidades de Contexto Inicial (UCI) usadas para individualizar o discurso de cada entrevista, caracterizada por seus aspectos relevantes (idade, profissão, sexo, escolaridade, dentre outras). Os participantes do estudo foram identificados pela letra P (paciente), e o numeral corresponde à ordem da sequência dos entrevistados. O *corpus* da pesquisa no ALCESTE produziu um conjunto de enunciados que traduziram diferentes pontos de vista dos pacientes, possibilitando várias fontes de interpretação e discussão epistemológica sobre o assunto investigado.

Os resultados gerados pelo programa foram representados graficamente em espaço de correspondência e mediante um dendograma da Análise Hierárquica Descendente (AHD), demonstrou as relações entre as classes/categorias que foram interpretados teoricamente pelas autoras e empiricamente justificados.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), e da Associação das Pioneiras Sociais do Distrito

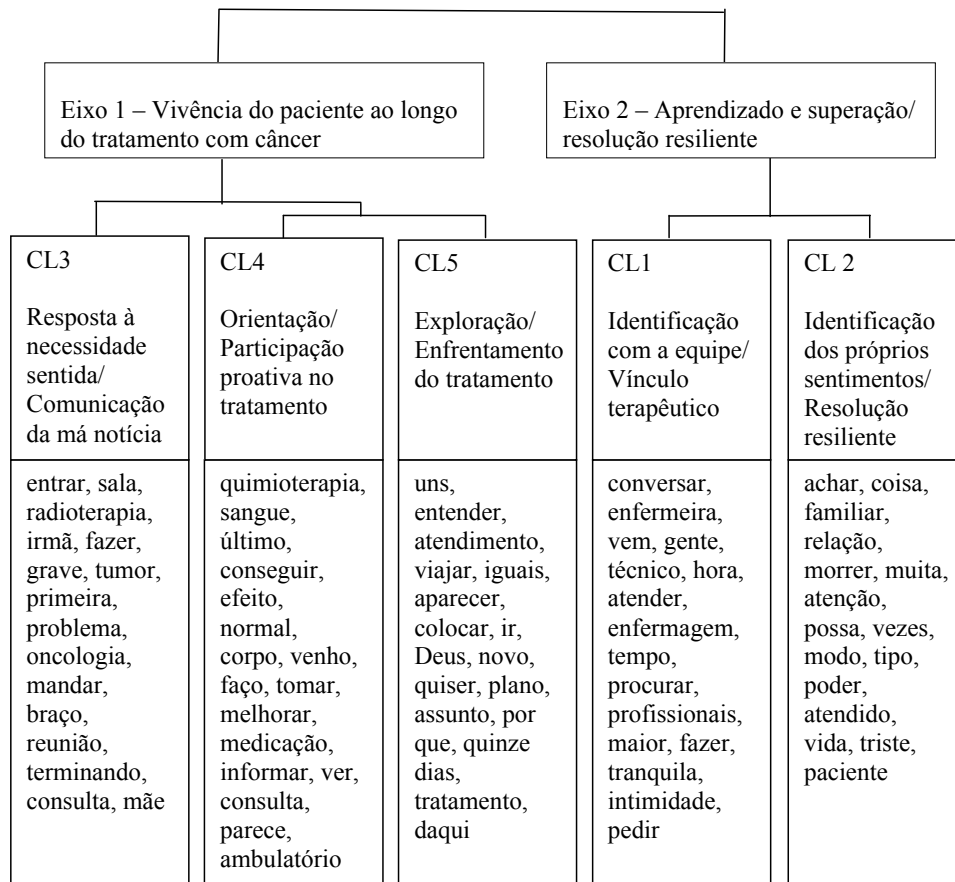
Federal, tendo sido aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 42277015.7.3001.0030. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Participaram do estudo 10 pacientes, 6 com diagnóstico de tumores malignos primários de partes moles e 4 tumores malignos primários ósseos. O perfil desses pacientes ficou composto da seguinte maneira: 6 eram do sexo masculino e 4 do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 4 estavam entre 20 e 29 anos; 3 entre 30 e 39 anos; 2 entre 40 e 49 anos; 1 entre 60 a 69 anos. Sendo assim, 7 dos entrevistados tinham entre 20 e 39 anos, caracterizando um grupo composto por adultos jovens. Quanto à afiliação religiosa, 6 professavam a religião católica e 4 eram protestantes. Quanto ao período de acompanhamento, 5 estavam no programa entre 0 e 1 ano; 2 entre 2 e 3 anos; 2 entre 4 e 5 anos; e 1 entre 6 e 16 anos. Os 5 pacientes que estavam em acompanhamento na instituição no período de zero e 1 ano foram admitidos no programa em estágio avançado do tumor de comportamento agressivo.

Da exploração de conteúdo das entrevistas pelo *software* resultaram cinco classes denominadas: resposta à necessidade sentida; orientação/participação proativa no tratamento; e exploração/enfrentamento do tratamento. Essas três classes fazem referência à comunicação das más notícias, tratamento e esforço individual dos pacientes no manejo do estresse do adoecimento e sofrimento causado pela terapêutica. As duas classes denominadas “identificação com a equipe/vínculo terapêutico” e “identificação dos próprios sentimentos/resolução resiliente”, mencionam a resultante do trabalho da equipe de cuidados traduzido no esforço pessoal empreendido pelos pacientes para lidar com a doença, conforme demonstrado no dendograma da Figura 1 a seguir:

**Figura 1** – Dendograma com os Eixos e Classes que emergiram das entrevistas com os pacientes. Brasília, Distrito Federal, Brasil – 2015. (N=10)



Fonte: Elaboração nossa.

## Discussão

### *Eixo 1 – Vivência do paciente ao longo do tratamento com câncer*

O perfil dos participantes ratifica que o câncer é considerado um problema de saúde pública, doença grave, de grande letalidade e encontra-se em crescimento nos países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>(11-13)</sup>. No Brasil, para 2016 e 2017, a estimativa é de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer<sup>(12)</sup>.

O diagnóstico de câncer, impõe ao paciente um tratamento longo e agressivo. Esta trajetória é permeada pela comunicação das más notícias, diferentes terapêuticas, tratamento e estratégias de enfrentamento<sup>(11-13)</sup>.

### *Resposta à necessidade sentida*

Nessa classe, a presença dos verbos entrar, mandar, fazer, associados às palavras sala, radiologia, irmã, grave, tumor, primeira, problema, oncologia, reunião, consulta, mãe no discurso dos pacientes, especifica quando, onde e quem estava presente no momento do diagnóstico da doença. A fala dos pacientes assinalou que a comunicação da má notícia ocorreu em diferentes momentos do processo terapêutico.

Na leitura da comunicação do diagnóstico à luz da teoria de Peplau, apreendeu-se que o paciente, frente a uma necessidade sentida (tumor grave), procurou investigar e entender o processo de doença, remetendo à fase de orientação descrita por Peplau. Nesse momento, a equipe paliativista desempenhou o papel de estranha,

e a sua postura foi pautada pela solicitude. Essa relação favoreceu a expressão do paciente, para que, juntos, pudessem identificar a necessidade de ajuda<sup>(1-3)</sup>.

*Quando eu entrei para oncologia, o primeiro dia, tive uma palestra. Explicaram que o problema era grave e podia amputar o meu braço, e tinha que tirar a doença [...] (P9).*

*Assim que eu internei, antes de começar a quimioterapia. Foi bem no comecinho a reunião. (P1).*

A comunicação das más notícias é uma das atividades mais complexas enfrentadas pelos médicos e demais membros da equipe. O repasse do diagnóstico de câncer representa uma má notícia, pois modifica radicalmente, ou negativamente, a percepção do paciente sobre o seu futuro<sup>(14)</sup>. O anúncio da má notícia provoca no paciente um forte impacto emocional, quase sempre acompanhado de medos, angústias, incertezas, sendo um momento propício para o profissional estabelecer o papel de conselheiro. Ademais, quanto mais cuidadosa for a forma de comunicar, maior será o entendimento e a compreensão do paciente em relação à sua doença e ao processo de tratamento<sup>(8,11,13)</sup>.

Apreendeu-se que a equipe entrevistou em diferentes momentos, a fim de possibilitar a interação e a troca de informações entre paciente e profissionais, para favorecer uma resposta satisfatória às necessidades sentidas, conforme indicado por Peplau<sup>(3-5)</sup>.

*Foram várias reuniões [...] A mais difícil foi quando comecei a quimioterapia e terminei e não estava dando certo [...] Agora eu vou fazer uns exames. Aí, depois dos resultados dos exames, eles irão me explicar. (P8).*

*Teve uma reunião que falaram que não era possível fazer a cirurgia, porque o tumor estava muito profundo, entre a bacia e a coluna. (P10).*

O diagnóstico foi informado ao paciente pela equipe paliativista na presença de familiares. Essa conduta corrobora o exposto por Peplau, quando determina que a equipe, o paciente e a família necessitam unir esforços para desvelar e esclarecer a situação problema<sup>(3,15)</sup>.

*Quando eu entrei para oncologia, no primeiro dia, tive uma palestra, uma consulta grande com o Doutor [...] e equipe. Chamou minha família, meu pai, minha mãe, meus irmãos. (P9).*

*A reunião que teve no hospital veio meu esposo, meus dois irmãos e um casal de amigos, a enfermeira, a psicóloga e o médico. Foram essas pessoas, para falar sobre a doença. (P6).*

O repasse da má notícia deve acontecer em um ambiente físico acolhedor, que viabilize a privacidade, a individualidade, e a expressão contínua do pensamento, além do local, ser desprovido de ruídos sonoros<sup>(16-17)</sup>. De acordo com essa orientação, apreendeu-se que o anúncio da má notícia aconteceu em um local reservado na presença da tríade equipe-família-paciente.

*Numa sala à parte, isolada. Acho que uma sala de reuniões mesmo [choro] [...]. (P1).*

*Foi num escritório, uma sala reservada [respiração profunda]. Foi uma sala aqui dentro da Oncologia, que eles fazem essa reunião. (P6).*

Um espaço reservado é fundamental para preservar a privacidade dos pacientes. Via de regra, o relembrar e discorrer sobre esse momento mobiliza sentimentos de tristeza, que se expressam no choro e na respiração profunda. Nessa ocasião, o comportamento da entrevistadora foi de conselheira, ao interromper a conversa para proporcionar a escuta e o apoio terapêutico que o paciente requeria. Essa atitude encontra respaldo na teoria de Peplau, que ressalta o significado psicológico dos eventos e que os sentimentos devem ser incluídos nas intervenções de enfermagem<sup>(3-6)</sup>.

#### Orientação/Participação proativa no tratamento

Esta classe é composta pelos verbos vir, conseguir, tomar, fazer, melhorar, informar, associados às palavras quimioterapia, sangue, último, efeito, normal, corpo, medicação, consulta e ambulatório, que denotam a participação ativa do paciente. Essa atitude é recomendada por Peplau, que sugere, no tratamento, a ação do paciente como colaborador<sup>(3)</sup>. A adesão do paciente ao processo terapêutico está diretamente relacionada à importância que ele atribui às orientações da equipe, ao entendimento sobre a doença, à percepção de cura ou de controle dos sinais e sintomas, à maneira como lida

e enfrenta a doença, e ao lugar da equipe no seu imaginário. Portanto, a adesão à terapêutica envolve um processo multifatorial que se estabelece na parceria entre quem recebe e quem presta o cuidado<sup>(18)</sup>.

Para o paciente assumir a posição de protagonista do seu próprio tratamento e apresentar-se participativo, necessita estar bem orientado e receber informações em relação ao seu processo terapêutico, além de estabelecer vínculos de confiança e de autenticidade<sup>(18-19)</sup>. A autogestão e a tomada de decisão compartilhada são importantes ferramentas para capacitar os pacientes<sup>(18)</sup>. O compartilhamento das decisões vai ao encontro das recomendações de Peplau, que ressalta como um dos papéis da equipe, oferecer condições para que os cuidados de saúde possam ser direcionados do hospital para a casa<sup>(3-5,7,15)</sup>.

*Eu venho para consulta, o médico informa tudo o que irei fazer. No começo do tratamento, ele informou tudo, e entramos em acordo e agora só estamos cumprindo o trato. (P2).*

*Faço as minhas sessões de quimioterapia, consigo voltar para casa tranquilo. Os médicos passam remédios para gente tomar, para ajudar a melhorar. (P2).*

Nas falas, constatou-se que os pacientes compreenderam o objetivo do tratamento e os procedimentos a que foram submetidos, bem como a conduta a ser tomada em caso de intercorrências em domicílio. Percebeu-se também que a equipe adotou o papel de professor, ao incentivar a participação ativa do paciente no tratamento, esclarecer as dúvidas, os possíveis efeitos colaterais da medicação e favorecer a tomada de decisão compartilhada.

*Eu passei pelas quimioterapias e vieram os efeitos colaterais que atacaram o corpo, e eu tento passar por isso de uma forma normal, como se fosse uma pedra no meu caminho. (P2).*

*Pode colocar o tratamento que tiver. Não tenho medo. A não ser que eu não resista ao tratamento, mas eu faço. Se é para minha saúde, tenho que fazer. (P9).*

A participação ativa apresentada pelos pacientes no tratamento, está em consonância com a teoria de Peplau. Para ela, a autogestão do tratamento é resultante de uma comunicação efetiva e do relacionamento interpessoal de

confiança com a equipe<sup>(18)</sup>. Diante disso, os pacientes tornam-se autossuficientes, apresentam iniciativa e adotam atitudes apropriadas para alcançar os objetivos, visando a um melhor estado de saúde<sup>(3,5,15)</sup>.

Nos discursos dos pacientes foi possível inferir que as respostas de aceitação e atitudes diante de um diagnóstico, prognóstico e tratamento foram diretamente influenciados pelo relacionamento interpessoal e pela forma como os profissionais conduziram o processo comunicacional na transmissão das informações.

### Exploração/Enfrentamento do tratamento

Nesta classe, os verbos entender, viajar, ir, colocar fazem referência às restrições que o tratamento do câncer impõe ao paciente. As palavras atendimento, Deus, plano, assunto, tratamento remetem às diferentes estratégias utilizadas no enfrentamento desses cerceamentos. Foi possível compreender que, apesar das dificuldades e barreiras determinadas pela doença, os pacientes preconizaram o tratamento, assumiram as condições impostas pela doença e exploraram os recursos ofertados, superando as adversidades. Durante o enfrentamento de uma doença, principalmente quando há ameaça à vida, o ser humano procura encontrar significado para a sua existência e redimensionar algumas habilidades<sup>(19)</sup>.

As falas dos pacientes sugeriram que essas competências foram usadas para desvendar as soluções disponíveis. Esse comportamento configurou a fase de exploração, caracterizada pelo uso ativo dos benefícios disponíveis nos serviços, conforme os seus interesses e necessidades<sup>(3-5)</sup>.

*Passei por um tratamento e usei uma medicação, não resolveu. Estou fazendo outra, aí vêm as dúvidas [...] será que a doença evoluiu, será que vai regredir? Mas eu sei que tem outras tentativas. Tem jeito, tem outras possibilidades. (P6).*

*Estar num lugar bom. Aqui tem recursos, o atendimento e o hospital são muito bons, a comida, cama. Não é igual a outros hospitais [...] (P9).*

Na fase de exploração, o paciente utiliza as estratégias de enfrentamento diante de uma doença grave e tratamento agressivo. Isso abarca

um processo multidimensional e dinâmico que suscita uma série de respostas. Estas abrangem a interação do indivíduo com o seu ambiente e a utilização de mecanismos para manejar uma ameaça que está prestes a acontecer e administrar situações difíceis da vida<sup>(20)</sup>.

Os discursos dos pacientes possibilitaram o esclarecimento das várias estratégias empregadas para responder às necessidades do percurso do tratamento. Com o intuito de amenizar os impactos estressores sobre o estado emocional, físico e de bem-estar, destacou-se:

a) a busca de informação, com o intuito de adquirir recursos essenciais para solucionar o problema ou equilibrar a emoção<sup>(20)</sup>;

*Porque eu pergunto para o médico o que está acontecendo, e ele vai me explicando o assunto direitinho. Aí, se eu não entender, pergunto de novo, até entender. (P10).*

b) a ação direta, que tem a finalidade de solucionar o problema que está se apresentando<sup>(20)</sup>;

*Quando a enfermeira vai falar com você, tem que falar o que está sentindo: por exemplo, se estou com enjojo. Ela fala: agora eu vou colocar um remedinho. (P9).*

c) a inibição da ação, a fim de controlar as ações julgadas perigosas para o paciente<sup>(20)</sup>;

*Teve casamento, momentos familiares, que a gente deixa de participar, viajar são coisas que são inevitáveis, quando você tem algum tipo de doença grave. (P7).*

d) esforços intrapsíquicos, que asseguram re-  
futar ou evitar o problema, a fim de regular as emoções frente a uma situação ameaçadora<sup>(20)</sup>;

*Queria saber quanto tempo de vida eu vou ter, né? [...] E eu tenho até hoje essa dúvida, mas eu nunca perguntei e não quis saber também. (P6).*

e) a busca do outro, uma estratégia que visa usar o apoio para resolução do problema<sup>(20)</sup>.

*Na hora do banho, dos curativos, de fazer outro procedimento, passarem uma sonda, sempre são elas que estão lá com a gente, no atendimento. (P1).*

No percurso do tratamento, evidenciou-se que os pacientes também utilizaram o enfrentamento focalizado na emoção e no problema<sup>(19-20)</sup>. Nas estratégias de enfrentamento, o indivíduo busca controlar a emoção, a resposta emocional ao estressor, por meio de estratégias comportamentais e cognitivas<sup>(20)</sup>.

Os pacientes utilizaram o enfrentamento na emoção de distanciamento, pois procuraram manter o foco na vida, evitando pensar no tratamento. Puderam também fazer uma reavaliação positiva em relação à doença, ao referirem: “antes isso do que coisa pior”.

*Por que eu consigo viver, até mesmo esquecer às vezes o tratamento, sem ficar preocupado com a doença, mas com a vida. Também não fico perguntando: Por que comigo? Tenho que agradecer, porque antes isso do que uma coisa pior. (P5).*

Todavia, o enfrentamento focalizado no problema trabalha diretamente com o fator estressante. No proativo, busca-se prever e antecipar os estressores potenciais e agir precocemente para prevenir o seu impacto na vida. No combativo, a pessoa reage ou procura fugir ao estressor que não pode ser impedido<sup>(19-20)</sup>.

Os fragmentos a seguir ilustram o enfrentamento focado no problema proativo e combativo, respectivamente:

*Acho interessante entender o que está acontecendo no nosso corpo, né? (P10).*

*Se precisar, o melhor lugar é ficar aqui. Se eu for para casa, como vou melhorar? Você tem que tomar os medicamentos certos, não ir embora com pressa. Acho que o certo é falar para os médicos o que está se passando [...] (P3).*

Por fim, os pacientes utilizaram a espiritualidade como sustentação e energia para lutar contra a doença e as adversidades<sup>(21)</sup>. Observou-se que os pacientes, ao sentirem-se fragilizados e enfermos, buscaram recursos em suas crenças e rituais religiosos, a fim de encontrar um significado e um propósito para a sua vida. Esse recurso favoreceu o amadurecimento psicológico, auxiliando no enfrentamento das experiências adversas da vida<sup>(20-21)</sup>.

*Eu, vivo aquilo que acredito. Se eu não acreditasse, que não teria jeito, eu acho que não estaria com essa força. E eu, tenho muita fé e me apego em Deus. (P6).*

## *Eixo 2 – Aprendizado e superação/ resolução resiliente*

O aprendizado, segundo Peplau, é o resultado do comportamento da equipe para com o paciente e da relação que desenvolvem durante o percurso da doença, a fim de motivar



mudanças positivas em sua saúde e de resiliência diante do adoecimento<sup>(1-3)</sup>.

A resiliência é a habilidade de elaborar estratégias de enfrentamento ao longo da vida, apesar das circunstâncias adversas, além de se reestabelecer e prosperar após situações estressantes. Os suportes da resiliência podem ser desenvolvidos com fins terapêuticos diante de uma doença grave e com prognóstico limitado<sup>(19)</sup>. É um mecanismo que ocorre no decorrer da vida por meio de ajustes entre fatores de risco e de proteção<sup>(20)</sup>.

Foi possível apreender dois fatores de proteção, podendo ser interpretados pela vinculação terapêutica de confiança com a equipe, sobretudo da enfermeira, considerando que esta passa a maior parte do tempo interagindo com o paciente, influenciando-o e promovendo mudanças de comportamentos e atitudes. Outro fator está relacionado à personalidade resiliente do paciente diante de situações estressoras.

#### Identificação com a equipe/Vínculo terapêutico

Nessa classe, os verbos conversar, atender e procurar denotam os cuidados compartilhados. As palavras enfermeira, técnico, profissionais, tranquila, intimidade desvelam o esforço da equipe para atender as necessidades dos pacientes. Essa postura favoreceu o reconhecimento da disponibilidade da equipe em acolher a dor para encontrar as soluções capazes de proporcionar tranquilidade e intimidade.

Peplau aponta que a comunicação interpessoal eficaz oportuniza ao paciente espaço e voz, e também a identificar-se com a equipe que o acompanha<sup>(15)</sup>, pois as suas necessidades não se restringem àquelas concretas, como de beber, comer, dormir, respirar, mas abrange ainda as subjetivas, como as próprias experiências, sentimentos, crenças e atitudes. Nesse processo, o paciente determina os profissionais que possam preencher as suas necessidades, estabelecendo um relacionamento interpessoal sólido e de confiança<sup>(3-5)</sup>.

Considerando que o trabalho da enfermagem fundamenta-se em um processo interpessoal significativo e terapêutico<sup>(1-2,19)</sup>, apreendeu-se que, na perspectiva dos pacientes, a profissional disponível para maior vinculação é a enfermeira. Esse fato ratificou a teoria de Peplau, pois sinalizou que a enfermagem, de maneira empática, esteve atenta para a importância de oportunizar espaço e voz ao paciente, compreendendo-o plena e integralmente.

A proximidade da enfermeira, conforme os pacientes, permitiu o estabelecimento de afinidade e a construção de vínculos de confiança. A enfermeira atua em diferentes estágios da doença oncológica, a saber: após o diagnóstico e início do tratamento, fornecendo orientações, esclarecendo informações médicas, escutando e discutindo com o paciente e o familiar sobre as propostas terapêuticas oferecidas pelo médico<sup>(11,19,22)</sup>. Durante o tratamento ativo, escutando as preocupações, avaliando os sintomas e orientando os pacientes e familiares para compartilharem dúvidas, e sobre como agir em diferentes situações. No estágio avançado da doença, demonstra sensibilidade e atenção às preocupações do paciente e seu familiar<sup>(22)</sup>.

*Particularmente, eu gosto de conversar com as enfermeiras, acho a linguagem mais simples. O médico está ali para dar o veredito. Mas a enfermeira é muito conhecedora da área que se encontra, então opto por esse processo. (P7).*

*Eu peço ajuda para as enfermeiras. As enfermeiras estão sempre ali do nosso lado para quando a gente precisar. Elas já chegam e perguntam o que a gente está passando [...] A gente pega mais afinidade com elas. (P2).*

As falas dos pacientes referiram também a valorização dos demais membros da equipe paliativista que prestou cuidados diretos e de suportes. Ratificou-se que o trabalho em equipe pode ser compreendido como uma estratégia de atuação, de papel de pessoas de recursos, a fim de melhorar a efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, decorrentes da complexidade do processo saúde/doença<sup>(1,19)</sup>.

*É uma das melhores equipes que eu conheço. Eles estão sempre ali para ajudar [...] tudo que eu peço, independente da hora, eles já vêm, e ajudam a gente. (P2).*

*São profissionais capacitados para atenderem a gente. Humanizados, preparados para lidar com essas situações [...] Da limpeza até o médico, todos são excelentes.* (P6).

O reconhecimento da equipe pelo paciente durante a trajetória do tratamento proporcionou um relacionamento interpessoal e terapêutico, assim como a elaboração de fatores protetores para a resiliência.

#### Identificação dos próprios sentimentos/ Resolução resiliente

Nesta classe sobressaíram os verbos achar, poder, atender, fazer, pedir. Esses verbos denotaram que o paciente buscou, no percurso de seu tratamento, compreender a situação vivenciada, para, assim, conseguir suportá-la.

Peplau elucida que a equipe deve estimular o paciente a reconhecer os seus sentimentos e elaborar estratégias utilizando as suas potencialidades para adaptar-se à situação problema, ressignificar a doença e alcançar, dentro de suas limitações, a sua autonomia. Dessa forma, esses pacientes elaboram metas realistas quanto ao seu estado de saúde, visando melhor qualidade de vida<sup>(3,15)</sup>.

Nessa perspectiva, a personalidade resiliente busca modificar uma experiência pessoal desagradável em competência pessoal, pois interpreta e maneja, de forma positiva, as situações estressoras como fatores de superação<sup>(23)</sup>. Os pacientes resilientes, geralmente, tomam a experiência vida como um aprendizado e são protagonistas do meio em que estão inseridos<sup>(20)</sup>. Sendo assim, facilmente identificam os recursos disponíveis e os utilizam como fatores protetores.

A enfermeira e demais profissionais, segundo Peplau, devem proporcionar um clima de aceitação e de apoio, para que o paciente seja autoconsciente, utilizando pontos fortes para minimizar as fragilidades<sup>(3)</sup>.

Deste modo, os fatores denominados protetores contribuem para identificar estratégias úteis para vencer as situações adversas, sendo estruturados em três grupos<sup>(20)</sup>:

a) suportes externos, caracterizados como “Eu tenho”, são aqueles que os pacientes têm

e utilizam a seu favor ajudando-os a se tornarem resilientes<sup>(20)</sup>. No discurso do paciente, o suporte “Eu tenho” referiu-se à ajuda da equipe e dos familiares;

*A equipe toda atende a gente bem e tem boa relação com a gente.* (P4).

*Meu familiar cuida de mim com atenção [...]* (P4).

b) suportes internos da pessoa, definidos como “Eu Sou”, são suportes internos do paciente, aqueles comportamentos que reforçam a confiança e o comprometimento frente à adversidade<sup>(20)</sup>. Para o paciente, acreditar na vida e ter força denotaram esperança no futuro e sinalizaram um aspecto da personalidade resiliente;

*Eu, eu vivo naquilo que eu acredito, na vida. Se eu acreditasse que não teria jeito, eu acho que não estaria com esta força.* (P6).

c) suportes interpessoais conceituados como “Eu Posso”, são os meios utilizados pelo paciente para enfrentar as adversidades devido à situação<sup>(20)</sup>. Apesar da incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença e de sentirem-se incapazes de preverem os resultados com precisão, os pacientes mantiveram a disposição de luta;

*Porque tem o tratamento e não sei como vai ficar, mas, assim, com relação ao meu modo de pensar, correr atrás das coisas, mesmo sem o membro eu não pretendo parar.* (P6).

Pode-se inferir que a doença representou uma oportunidade de aprendizado e crescimento. “O sofrimento que provoca a doença é matéria-prima para a renovação da vida; da doença que gera saúde quando desperta a consciência do poder interno de superação<sup>(19:87)</sup>”. Nessa perspectiva, o processo de adoecimento foi usado como “trilha para emersão da luz”. E a personalidade resiliente foi capaz de ressignificar a doença e usar os fatores protetores a seu favor. Como resultado desse processo, segundo Peplau, profissionais e pacientes tornam-se mais fortes e amadurecidos<sup>(3)</sup>.

Sugere-se ampliação de estudos utilizando a Teoria das Relações Interpessoais em diferentes contextos vividos pelos pacientes oncológicos, a fim de oferecer aos profissionais subsídios para aprimorar o relacionamento interpessoal com

o paciente e estabelecer um cuidado humanizado, integral e cientificamente fundamentado.

Como limitações do estudo, é preciso considerar que foi realizado em apenas um local, em período e cenário historicamente datados, com pacientes hospitalizados sob cuidados paliativos em condições clínicas satisfatórias e que apresentavam a linguagem preservada. Sugere-se entender o estudo em diferentes cenários e com foco em pacientes com perda da capacidade e das habilidades de linguagem falada e escrita.

## Conclusão

A leitura das vivências dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos à luz da teoria de Peplau apontou que o processo de comunicação interpessoal entre paciente e equipe iniciou-se na fase de orientação, por meio da resposta a uma necessidade sentida – diagnóstico e esclarecimento da doença e seu devido tratamento.

Considerando que as fases do relacionamento enfermeira-paciente de Peplau entrelaçam-se e sobrepõem-se, aprendeu-se que a autogestão do tratamento, o vínculo de confiança – identificação –, a utilização dos recursos disponíveis – exploração – e a mobilização de recursos internos – resolução resiliente – foram resultantes de competências interpessoais e comunicacionais da equipe de cuidados.

Nessa linha de pensamento, os resultados da pesquisa permitem concluir que as necessidades sentidas pelos pacientes foram atendidas por meio de uma comunicação eficaz, e a equipe mobilizou as melhores capacidades e potencialidades do ser humano para enfrentar as situações estressoras e preservar a autonomia e a dignidade de pessoas sob seus cuidados.

Reafirma-se a prioridade das competências comunicacionais relacionadas ao uso de protocolos e técnicas adequadas para a comunicação e a necessidade de atentar-se para os sentimentos do outro, as atitudes empáticas durante o tratamento, as estratégias que facilitem a participação ativa do paciente no processo terapêutico e no enfrentamento do câncer, para que

o paciente torne-se resiliente frente à doença e ao tratamento.

Por fim, afirma-se que a oportunidade de correlacionar a teoria das relações interpessoais de Peplau ao contexto atual da comunicação dos pacientes em cuidados paliativos permitiu constatar a sua contemporaneidade. Embora ela tenha sido criada na década de 1950, sob outra ótica histórica, permanece atualizada, pois se baseia em premissas que transcendem o foco doença e avançam para o mundo subjetivo do outro, que sempre foi e será a essência do cuidado de enfermagem.

## Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Ireni Zapalowski Galvão e Moema da Silva Borges;
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Ireni Zapalowski Galvão, Moema da Silva Borges e Diana Lúcia Moura Pinho;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Maria Ireni Zapalowski Galvão, Moema da Silva Borges e Diana Lúcia Moura Pinho

## Referências

1. Silva MJ. Comunicação tem remédio: comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9a ed. São Paulo: Loyola; 2013.
2. Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2a ed. São Paulo: Manole; 2012.
3. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
4. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5a ed. Portugal: Lusociência; 2004.
5. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer Publishing Company; 1991. Reprint. Originally published: Houndmills, Basingstoke, Hampshire Macmillan; 1988.
6. Oliveira CN, Nunes EDCA. Caring for family members in the ICU: challenges faced by

- nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto contexto-enferm* [internet]. 2014 [cited 2017 Mar 14 ];23(4):954-63. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400954](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400954)
7. Silva JPG, Costa KNFM, Silva GRF, Oliveira SHS, Almeida PC, Fernandes MGM. Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. *Rev Esc Anna Nery* [internet]. 2015 [cited 2017 Mar 14];19(1):154-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0154.pdf>
  8. Epstein AS. Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: patients' need to know and need to feel known. *J Clin Oncol* [internet]. 2014 Nov [cited 2017 Apr 10];32(31):3474-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25267758>
  9. Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Nursing concepts and theories. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 Feb [cited 2016 May 18];48(1):141-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>
  10. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Use of the Alceste in the analysis of qualitative data: contributions to researches in nursing. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2013 Jul [cited 2016 Apr 12];7(esp):5014-22. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3297/pdf\\_3092](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3297/pdf_3092)
  11. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol* [internet]. 2012 Apr [cited 2016 June 18];30(11):1242-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22412145>
  12. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2015. [cited 2016 July 18]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
  13. Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nurs Stand*. 2014 Jul 15 [cited 2016 June 25];28(45):51-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005417>
  14. Borges MS, Freitas G, Gurgel W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus – Actas Saúde Coletiva* [internet]. 2012 ago [cited 2017 Jan 12];6(3):113-26. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>
  15. Freire MSS, Nery IS, Silva GRF, Luz MHB, Rodrigues IDC, Santos LNM. Nursing care for women with breast cancer based on the theory of interpersonal relations. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Jan 12];7(spe):7209-14. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5052/pdf\\_4328](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5052/pdf_4328)
  16. Monden KR, Gentry L, Cox TR. Delivering bad news to patients [internet]. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2016 Jan [cited 2017 May 8];29(1):101-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677873/>
  17. Baile WF, Buckmanb R, Lenzia, R, Globera G, Bealea EA, Kudelkab AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000 [cited 2016 Dec 18];5:302-11. Available from: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>
  18. Lustosa MA, Costa JC. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral [internet]. *Rev SBPH*. 2011 dez [cited 2017 May 8];14(2):27-49. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004)
  19. Camarotti MH. Resiliência: o poder da autotransformação da neurociência à evolução humana. Brasília: Kiron; 2013.
  20. Rodrigues FSS, Polidori MM. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. *Rev bras cancerol*. 2012 [cited 2017 Mar 22];58(4):619-27. Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf)
  21. Pinto AC, Marchesini SM, Zugno PI, Zimmermann KG, Dagostin VS, Soratto MT. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Rev Saúde Com* [internet]. 2015 [cited 2017 Feb 10];11(2):114-22. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/263/303>
  22. Kozłowska L, Doboszyńska A. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *Int J Palliat Nurs* [internet]. 2012 Jan [cited 2016 Dec 20];18(1):40-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.1.40>

Recebido: 19 de maio de 2017

Aprovado: 14 de setembro de 2017

Publicado: 1 de novembro de 2017