

ARTIGO ORIGINAL / RESEARCH REPORT / ARTÍCULO

A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania

The therapeutic communication in relation nurse-user of basic care:
an instrument for the promotion of health and citizenship

La comunicación terapéutica en la relación enfermero-usuario de la atención básica:
un instrumento para la promoción de la salud y ciudadanía

*Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad**
*Eliara Pilecco Machado***

*João Neves-Amado****
*Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli*****

RESUMO: Trata-se de um artigo metodológico com o objetivo de apresentar os polos teóricos da construção de um instrumento para a observação dos elementos da comunicação na Atenção Básica. Traz o Roteiro para Observação da Comunicação Interpessoal no Atendimento de Enfermagem, contendo os elementos que compõem o atendimento, como: a empatia, o respeito, a escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões. O instrumento foi elaborado para identificar esses elementos na dinâmica da comunicação estabelecida na interface da clínica enfermeiro-usuário.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Comunicação. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: This is a methodological paper aiming to present the theoretical poles of the construction of an instrument for the observation of communication elements in Basic Care. It brings the Script for Observation of the Interpersonal Communication in the Infirmary Care, containing the elements that compose care, such as empathy, respect, receptive listening and support for the patient in its reflections. The instrument has been made to identify these elements in the dynamics of contact in the interface of the clinic nurse-user.

KEYWORDS: Primary Health Care. Communication. Health Promotion.

RESUMEN: Este es un artículo metodológico que intenta presentar los polos teóricos de la construcción de un instrumento para la observación de los elementos de la comunicación en la Atención Básica. Él trae el Guion para Observación de la Comunicación Interpersonal en la Atención de Enfermería, conteniendo los elementos que componen la atención como: la empatía, el respeto, la escucha receptiva y el acompañamiento del paciente en sus reflexiones. El instrumento ha sido elaborado como para identificar esos elementos en la dinámica de la comunicación establecida en la interfaz de la clínica enfermero-usuario.

PALABRAS-LLAVE: Atención Primaria de Salud. Comunicación. Promoción de la Salud.

Introdução

A reorganização dos serviços de saúde, um dos eixos relevantes na promoção da saúde, compreende não só aspectos técnicos e estruturais, mas a complexidade das relações que se estabelecem na atenção básica, primeiro nível de assistência e porta de entrada para o sistema de saúde, quando se ini-

cia todo o processo de promoção de saúde. Consideramos que a própria estruturação do SUS, como modelo de assistência que busca na sua prática atender os sujeitos de forma integral, sendo compatível com os princípios e as diretrizes da integralidade e da equidade, exige mudança comportamental e atitudinal por parte de todos os atores sociais nele envolvidos.

Assim, é imprescindível a mudança de atitude por parte dos profissionais, de forma a identificar as necessidades do indivíduo, considerado na sua integralidade, singularidade e cidadania, vislumbrando a promoção da saúde.

O conceito de promoção de saúde vem reformular as práticas nos serviços de saúde e ampliar as responsabilidades. Implica capa-

* Professora da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá-MG. Pós-graduanda *stricto sensu* pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP.

** Enfermeira. Pós-graduanda *stricto sensu* pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP.

*** Enfermeiro. Professor do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa / Center for Interdisciplinary Research in Health (CIIS – UCP), Porto, Portugal.

**** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: elma@usp.br.

citação individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde¹, e que só é almejada por meio da criação de vínculo e de confiança.

Nessa perspectiva, faz-se necessário uma clínica ampliada, de forma a permitir uma assistência mais próxima à realidade individual e coletiva, ou seja, nos planos singular e particular do processo saúde-doença. A ampliação da clínica torna-se um pilar quando se almeja a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde das pessoas e das comunidades.

Nesse processo de ampliação da clínica, a comunicação se apresenta como recurso essencial, já que se compõe de elementos facilitadores ou dificultadores no processo das relações interpessoais. No contexto assistencial da atenção básica, a comunicação deve servir para veicular informações, valores e emoções². Enfim, gerar e manter vínculos, no intuito de promover a saúde e a cidadania.

Assim, a comunicação é essencial para a promoção da saúde e da cidadania do usuário na atenção primária e requer competências, habilidades e atitudes para ser instrumentalizada.

Então, na assistência à saúde, uma comunicação adequada torna-se indispensável, pois, além de principal meio de veiculação do processo informativo e educativo, constitui-se recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço³.

Na busca pela melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividade, a atenção à saúde tem se empenhado na implementação de políticas públicas no intuito de reorientar os serviços de saúde. Tem como foco a atenção básica, primeiro nível de assistência e porta de entrada do usuário para o sistema de saúde.

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação, do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (p. 10)⁴.

Os princípios e diretrizes que norteiam a Atenção Básica conferem complexidade a esse nível de assistência que exige uma mudança comportamental e atitudinal visto a complexidade das relações que se estabelecem nesse nível de assistência. Requer operar a densidade das relações intersubjetivas⁵. Essas, objetivadas na comunicação, percorrem todo o processo de enfermagem (ele próprio entendido como um percurso da comunicação) desde as etapas de coleta de dados e de diagnóstico até às do planejamento, implementação e de avaliação⁶.

Um dos fundamentos da Atenção Básica é o desenvolvimento de relações de vínculo entre a equipe de saúde, a família e a comunidade. A formação de vínculo pressupõe uma relação de diálogo que se estabelece entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeito⁷. Somente há construção de vínculo quando o usuário é reconhecido na condição de sujeito, que deseja, julga, valora e, principalmente falando, o manifesta. Tem espaço na relação e na instituição e autonomia, como cidadão emancipado, para falar, expressando o que sente, o que vive, em fatos e valores⁸. A criação de vínculo implica

disponibilidade, abertura ao outro, valorização do outro como interlocutor válido e isto requer humildade, escuta e solidariedade².

Com a Estratégia Saúde da Família, o espaço de intervenção comunicativa assume lugar de relevo, e, no seu conjunto e estratégia metodológica, a atuação do enfermeiro sobre a família segue os mesmos passos a percorrer na atuação sobre o indivíduo⁹.

Nas relações interpessoais, a comunicação é a base fundamental, especialmente na área da saúde, em que lidamos com pessoas que necessitam dos nossos cuidados¹⁰. Nessa relação, enfermeiro-usuário, que se estabelece na prática assistencial, estão presentes formas de comunicação e expressão, aspectos culturais, vivências, crenças e valores próprios de cada um², tendo subjacente a si, de forma mais ou menos importante, o próprio modelo conceitual de enfermagem em que se enraíza¹¹.

O enfermeiro deve estar preparado para estabelecer uma comunicação que sirva como instrumento tanto no processo de intervenção de promoção da saúde¹² como no processo cuidadoso. A melhoria da qualidade da assistência, mudança ética necessária na Atenção Básica, é almejada quando se estabelece uma comunicação efetiva com o usuário, percebendo nas formas de expressão, verbal e não-verbal, as suas necessidades de saúde. É por meio da comunicação que o outro se revela em suas diversas dimensões. Dessa maneira, é possível prestar um cuidado coerente com o princípio da integralidade. Por meio da comunicação, as relações se concretizam, e o cuidado se efetiva no cotidiano assistencial. Lugar de destaque na relação empática assume aqui, mais do que a realização da tarefa, a intenção/ação de diálogo^{11,13}.

O reconhecimento do estado da arte da comunicação na prática

da enfermagem na atenção básica é importante para estabelecer as potencialidades e limites dessa tecnologia leve na promoção da saúde, cidadania do usuário, com *empowerment* e emancipação.

Para pesquisar essa questão, propusemos a construção do *Roteiro para Observação da Comunicação Interpessoal em Atendimentos feitos pelos Enfermeiros*. O instrumento tem por objetivo identificar e investigar os elementos da comunicação na relação clínica enfermeiro-usuário em atendimentos feitos na atenção básica. Dentre os elementos, destacam-se: a empatia, o respeito, a escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões (vide Anexo A).

O artigo apresenta o polo teórico da construção do instrumento.

Método: a construção de instrumentos para mensuração de comportamentos

A construção de instrumentos psicométricos, segundo Pasquali¹⁴, inclui três conjuntos de procedimentos: *teórico*, *empírico* e *analítico*.

O *polo teórico*¹⁵ fundamenta o trabalho científico e é indispensável para a elaboração do instrumento de pesquisa. Nesse polo, o conceito, o construto ou teoria de que trata o instrumento há de ser claramente estabelecido, pois as definições assumidas no polo teórico vão nortear as decisões relativas ao conteúdo do instrumento em construção¹⁶.

No *polo teórico*, localiza-se a teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se pretende desenvolver um instrumento de medida e a operacionalização do construto em itens. Explicita a teoria do traço latente e os comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. É estabelecida a dimensiona-

lidade do construto, que pode ser entendida como os componentes da estrutura conceitual, de modo que o conceito fique o mais claro possível e que seja suficientemente preciso para a construção dos itens do instrumento de medida. Nesse polo, estão implícitas as definições constitutivas e operacionais do conceito. Definir constitutivamente um conceito significa definir os termos e a semântica do conceito. Definir operacionalmente um conceito diz respeito à construção dos itens, das expressões, da representação comportamental do conceito¹⁶.

No *polo empírico* ou *experimental*, definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento¹⁶.

O *polo analítico* ou *estatístico*, inclui os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para estimar a validade e confiabilidade do instrumento produzido e, se pertinente, para estabelecer sua normatização¹⁶.

Os três conjuntos de procedimentos (teórico, empírico e analítico) indicarão a solidez psicométrica da ferramenta construída e permitem avaliar a coerência entre conteúdo e conceito¹⁶.

Os passos propostos por Pasquali¹⁵ para a construção dos procedimentos teóricos são:

– *Sistema Psicológico (1º passo)*: destina-se a estabelecer a teoria sobre o construto ou objeto psicológico, para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida. O sistema psicológico representa o objeto de interesse que, em geral, é constituído por múltiplos aspectos¹⁶.

– *Propriedade (2º passo)*: consiste em definir as propriedades ou atributos do objeto de interesse do pesquisador, ou seja, os atributos e propriedades que o caracterizam¹⁶.

– *Dimensionalidade (3º passo)*: refere-se à estrutura interna e semântica do construto, que pode ser uni ou multifatorial, ou seja, ele possui dimensão homogênea, ou nele se distinguem vários aspectos? Deve-se obter essa resposta na teoria, ou em dados empíricos disponíveis, sobretudo dados de pesquisas que utilizam a análise fatorial¹⁶.

– *Definição (4º passo)*: dá-se pela conceitualização detalhada do construto com base na literatura específica, na análise de conteúdo feita com a colaboração de peritos e na própria experiência do pesquisador¹⁶.

– *Operacionalização (5º passo)*: representa a construção dos itens que integrarão o instrumento de medida. A operacionalização do construto constitui-se de três etapas: fonte dos itens, regras de construção dos itens e quantidade de itens¹⁶.

– *Análise teórica dos itens (6º passo)*: deve ser feita com vistas a assegurar garantias de validade. Consiste em solicitar outras opiniões sobre o construto já operacionalizado, por meio de juízes, que deverão proceder a dois tipos de análise: a análise semântica dos itens, que tem o objetivo de verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina, e a análise de validade de conteúdo dos itens, que se destina a verificar se os itens referem-se ao fenômeno em estudo, segundo a opinião de *experts*¹⁶.

O artigo apresenta um consolidado desses passos para a elaboração do polo teórico do *Roteiro para Observação da Comunicação Interpessoal em Atendimentos feitos pelos Enfermeiros*. A teoria que fundamenta o Roteiro é a comunicação terapêutica nas relações clínicas da enfermagem. Os aspectos dessa teoria que fundamentam o construto do Roteiro são apresentados e discutidos no artigo.

A comunicação como construto do roteiro

Comunicação: os elementos verbal e não-verbal

A comunicação é um sistema aberto de interações múltiplas e bivalentes¹¹.

Por meio da comunicação interpessoal, as relações se estabelecem, o ser humano se mostra como ser social e cultural e se desenvolve, conferindo dinamismo a esse processo. A comunicação é um processo de relação que envolve troca e transformação dos envolvidos, pois esses trazem consigo suas vivências, crenças e valores, que permeiam todo o processo comunicacional, revelando sua dimensão holística. É um processo cíclico, dinâmico, de moldagem e crescimento interpessoal contínuos¹².

A compreensão de que somos seres de relação nos impulsiona a buscar, no processo comunicativo, maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades¹⁷.

A comunicação verbal está representada pelas palavras, expressas por meio da linguagem escrita ou falada. A interação pode ocorrer utilizando técnicas de comunicação verbal que auxiliam na expressão, clarificação e validação da mensagem¹⁸.

Expressão: refere-se à transmissão específica da informação¹⁸.

– Permanecer em silêncio: procurar ouvir o que o outro tem a dizer, pois a tendência é falar demais e a ouvir de menos.

– Verbalizar aceitação: demonstrar que se está prestando atenção ao que o outro diz, com afirmações tais como: “Eu entendo” (p. 32)¹⁸.

– Repetir as últimas palavras ditas pela pessoa.

– Ouvir reflexivamente: incentivar o outro a continuar falando, demonstrando interesse em saber mais sobre o que está contando, por exemplo: “E depois?” (p. 32)¹⁸.

– Verbalizar o interesse: usando expressões como “continue” (p. 32)¹⁸.

Clarificação: é procurar entender o que está acontecendo naquele momento, ou seja, compreender uma ideia, um gesto ou um comportamento¹⁸.

– Estimular comparações: ajudar o paciente a se expressar: “O senhor quer dizer que é como se fosse...” (p. 32)¹⁸.

– Devolver as perguntas feitas. Ajudar o usuário a entender melhor a necessidade que gerou a pergunta: “Na sua opinião, o que o senhor acha...?” (p. 33)¹⁸.

– Solicitar esclarecimento de termos incomuns e de dúvidas: questionar o significado de um termo desconhecido: “Gastura?” (p. 33)¹⁸.

Validação: consiste em certificar-se de que a compreensão está correta e se nos fizemos entender¹⁸.

– Repetir a mensagem dita: “Lembremos que...”, “Combina-mos que...” (p. 33)¹⁸.

– Pedir à pessoa para repetir o que foi dito: “O senhor pode repetir o que conversamos” (p. 34)¹⁸.

As técnicas de comunicação verbal representam um recurso para a interação face a face. Permitem criar uma rede de conexão que torna a comunicação efetiva, possibilitando a compreensão entre as pessoas.

A comunicação não-verbal ocorre na interação pessoa-pessoa por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações de corpo, singularidades somáticas naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Segundo Silva¹⁸, a classificação dos sinais não-verbais incluem: paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacésica.

A paralinguagem consiste em qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada.

É representada pelo ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro, etc. A cinésica é a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimento dos membros, meneios de cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais.

As configurações faciais demonstram estados afetivos, tendo sido algumas descritas por Ekman (apud Silva)¹⁸: alegria, raiva, nojo, surpresa, desprezo, interesse.

As pálpebras levantadas, o sorriso, o ‘olhar brilhante’, o levantamento da bochecha com fechamento do olho e o levantamento da boca indicam alegria. A raiva pode configurar a testa enrugada verticalmente pela junção das sobrancelhas, olhos fechados e tenso ou abertos e firmes, boca tensa, mandíbula cerrada, pupila contraída. O lábio superior levantado, com acompanhamento ou não do lábio inferior e a sobrancelha acentuada, indicam nojo. A surpresa expressa-se com a abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas. O lábio superior com um dos cantos levantados ou olhar de cima para baixo denotam o desprezo. O interesse configura o olhar na direção do objeto ou da pessoa, sorriso e meneio positivo da cabeça.

A postura do corpo pode indicar acolhida e aproximação ou desafio e rejeição. A acolhida e a aproximação se manifestam quando nos voltamos para alguém com o corpo, com os ombros e “nos descruzamos” (braços, pernas, mãos); ficamos, dessa forma, com o corpo aberto para o outro. Isso pode se dar em diferentes graus. Desafio e rejeição são expressos pela postura contrária à de acolhimento.

A proxêmica é o uso que o homem faz do espaço, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. Assim, dois conceitos são importantes: espaço

pessoal e territorialidade. O espaço pessoal representa o quanto nosso corpo aguenta a proximidade de alguém. A Territorialidade é a área que o indivíduo determina como sua, defendendo-a de outras pessoas.

A tacêsica abrange tudo que envolve a comunicação tátil, pressão exercida, local onde se toca, duração do contato, velocidade de aproximação, intensidade e frequência do toque, sensação provocada, idade e sexo dos comunicadores.

Na área da saúde, temos os toques: instrumental, expressivo ou afetivo e terapêutico.

O toque instrumental constitui o contato físico necessário para o desempenho de uma tarefa específica, como verificar a temperatura. O toque expressivo ou afetivo é o contato espontâneo e afetivo com a finalidade de demonstrar carinho, empatia, apoio, segurança e proximidade em relação ao paciente. O toque terapêutico designa o uso das mãos como técnica terapêutica.

As funções da comunicação não-verbal nas relações interpessoais têm como finalidade inerente: complementar a comunicação verbal reforçando, reiterando ou completando o que foi dito verbalmente, por meio de sinal não-verbal; substituir a comunicação verbal, quando se faz qualquer

sinal não-verbal para substituir as palavras; contradizer o verbal, quando se faz qualquer sinal não-verbal não congruente com o que foi dito verbalmente; demonstrar sentimentos e emoções por expressões faciais¹⁹.

A comunicação verbal e não-verbal são elementos fundamentais no estabelecimento das relações interpessoais, consistindo em ferramentas que podem potencializar ou enfraquecer as ações no que se refere à humanização e à ética na assistência de enfermagem.

Comunicação terapêutica para um cuidado efetivo

A comunicação entre o enfermeiro e o usuário não é apenas social, mas também terapêutica.

A comunicação terapêutica ocorre numa relação de ajuda em que uma pessoa desempenha o papel de ajudar a outra, sendo uma maneira do profissional de enfermagem ver o seu papel junto do usuário como um norte para “saber estar” na relação de ajuda (p. 19)²⁰. ou como um horizonte na disponibilidade com que se lhe manifesta^{13,17}.

Constituem elementos básicos da comunicação terapêutica: o pensamento terapêutico; a empatia; a escuta; a atenção as emoções

do paciente; o respeito, o acompanhamento do paciente em suas reflexões; a ajuda ao paciente para aumentar sua dignidade; a autorreflexão; e a auto-observação²⁰.

Destacamos, a seguir, os elementos da comunicação terapêutica que pensamos ter maior influência nas questões éticas na Estratégia Saúde da Família, segundo estudos que identificam os problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos na Atenção Básica¹⁷.

Empatia – o enfermeiro demonstra na face e nas palavras (Quadro 1) que se importa com a situação e as preocupações trazidas pelo usuário e que está se esforçando para compreendê-lo²⁰.

Respeito – consiste em tratar o usuário como gostaríamos de ser tratados, com todos os direitos de um ser humano, que é sujeito de sua própria vida e centro do sistema de saúde²⁰.

Minimizar o que o paciente diz, o que vive e como se expressa é faltar com o respeito a esse paciente. Assim, demonstram falta de respeito do profissional para com o paciente expressões, às vezes, comuns na assistência de enfermagem: “Não é para tanto”; “Não é nada”; “Anime-se”; “Não é tanto assim”; “Não se adiante aos acontecimentos” (p. 54)²⁰.

Quadro 1. Exemplos de comunicação enfermeiro-usuário onde está ou não presente a empatia

O usuário diz:	Não é empático o enfermeiro responder:	É empático o enfermeiro responder:
É muito difícil para mim, fazer esta dieta e tomar a medicação.	Sim, mas você sabe que tem que fazer.	Entendo que é um grande esforço para você. Como acha que posso ajudá-lo?
Não melhora minha saúde. Não sei onde isso vai acabar.	Anime-se. Outro dia será melhor.	Sim, vejo que tem medo.
Estou nervosa pelo exame que vou fazer amanhã.	Não é para tanto, não se preocupe. É um exame de rotina.	Sim, vejo que está preocupada. Como posso ajudar?
Hoje estou um pouco pior que ontem.	Bem, há dias piores e dias melhores.	Sinto muito. O que você acha que precisa?
Estou cansado de ficar ruim.	Não deveria ficar assim.	Sinto que tenha que viver essa situação. É normal sentir-se assim.

Fonte: Valverde²⁰

Também representam falta de respeito para com o usuário dos serviços de saúde: não chamá-lo pelo nome, tratando-o por apelidos supostamente carinhosos, como “vovô” ou “amor”; não acreditar no paciente; não olhá-lo nos olhos (p. 54)²⁰.

O paciente é o centro do trabalho da enfermagem, por isso é falta de respeito fazê-lo sentir-se um incômodo com comentários como: “Outra vez por aqui?”; “Que acontece agora?”; “Tenho muito trabalho”; “Você pensa que é o único paciente?” (p. 56)²⁰.

O relato que o paciente faz de sua vivência é fundamental para prestar uma assistência que atenda às suas necessidades. Dessa forma, é falta de respeito dar a entender ao usuário que ele está exagerando. Isso ocorre quando utilizamos expressões como: “Realmente dói tanto?”; “Há pessoas que estão piores” (p. 56)²⁰.

Cada pessoa pertence a uma cultura que influencia sua maneira de ver as coisas e de agir. Por isso, não é correto fazer comparações com outras culturas ou generalizações, rejeitando o comportamento singular de cada usuário, por meio de expressões como: “Ciganos são tão barulhentos”; “Equatorianos são tão passivos” (p. 57)²⁰.

Quando durante uma consulta o enfermeiro fala sobre o paciente como se ele não estivesse ali constitui-se uma falta de respeito, que pode ser prejudicial ao relacionamento enfermeiro-paciente²⁰.

Não julgar o outro é uma atitude importante na relação de ajuda e na comunicação terapêutica. É necessário aceitar o que traz o usuário sem emitir juízo de valor ou opiniões. E convém reter que os julgamentos podem se mostrar nos olhos e na comunicação não-verbal, comprometendo a comunicação terapêutica, a relação de ajuda. O profissional tem de evitar dar

ordens, ironizar, dar conselhos e usar fórmulas prontas e, principalmente, não rotular expressões que demonstram julgamento: “Com certeza não está fazendo dieta”; “Deve fazer sua parte” (p. 60)²⁰.

O enfermeiro pode atuar como “defensor do paciente”, já que, muitas vezes, diante da complexidade do sistema seria falta de respeito abandoná-lo à sua própria sorte (p. 60)²⁰. Seriam situações que exemplificam isso: ajudar o usuário a entender as informações relativas à sua saúde dadas por outros profissionais; explicar o papel de cada profissional especialista com quem o paciente terá contato; colaborar na elaboração de um plano de autocuidado; estimular a expressar as suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamentos; verificar a situação socioeconômica do usuário e encaminhá-lo para o profissional mais apropriado para sua melhor assistência sobre essas questões; conversar com o paciente sobre seu estado emocional em relação ao seu problema de saúde; compartilhar, com o usuário, informações sobre os tratamentos e outros recursos disponíveis para sua situação de saúde; ajudar o usuário a tomar decisões sobre sua saúde para atingir uma adesão ao plano de cuidados que considere o que o paciente deseja e o medicamento indicado; ajudar o usuário a definir que necessidades terá durante a doença e como vai se organizar para atendê-las; auxiliar o paciente a identificar quais pessoas, à sua volta, poderiam ajudá-lo (p. 60)²⁰.

Escuta receptiva – a escuta é uma ferramenta importante na comunicação terapêutica, e as pessoas não têm tantas dificuldades para falar, mas muito mais para escutar.

A escuta receptiva, o respeito e a empatia por parte do enfermeiro proporcionam ao usuário dos serviços de saúde benefícios: estabelecimento de uma relação

de confiança; acompanhamento do usuário, fazendo com que se sinta menos sozinho; melhor conhecimento do paciente, por parte do profissional; expressão de suas emoções; reconhecimento, por parte do enfermeiro, o que o paciente está vivenciando na sua condição de saúde; conhecimento por parte do profissional, acerca das opiniões que o usuário tem sobre o tratamento e seus efeitos²⁰.

Ao falar de sua experiência, o usuário, por meio da escuta de sua própria narrativa, pode entender como vê o seu problema de saúde, como essa situação influencia a sua vida e a de sua família, podendo se tornar capaz de indicar um processo de adaptação às mudanças frente a essa nova realidade. Para isso, o profissional tem de estimular o paciente a falar livremente, pois, se utilizar perguntas normativas para dirigir a conversa, poderá não ter uma história tão verdadeira quanto a que terá com narrativas livres. Assim, indicam-se perguntas abertas e neutras: “Como a diabetes afeta a sua vida?”; “Como vê o diabetes?”; “Por que você acha que está com esta doença?”; “O que você pensa sobre as recomendações que são feitas?” (p. 69)²⁰.

O silêncio também tem importância na comunicação terapêutica. Não é um vazio, mas sinal de que a pessoa está dedicando um tempo para pensar e interpretar o que está sendo falado. Esse tempo é necessário para que as emoções e o sofrimento sejam expressos, sentidos e transformados²⁰.

Acompanhar o paciente em suas reflexões – o enfermeiro, em uma relação de ajuda, tem de acompanhar e propiciar à pessoa de quem cuida uma reflexão sobre a sua situação de saúde e as maneiras de melhor viver com ela. Isso não quer dizer que a sua função é tentar solucionar o problema pelo usuário e sim facilitar uma comunicação na qual

ele, com seu apoio, possa refletir sobre a questão de maneira autônoma²⁰.

Não é eficiente dar conselhos ou tentar convencer a pessoa a ter determinadas atitudes. Suas decisões têm de ser produto de seu próprio processo de reflexão²⁰.

É preciso não opinar de maneira a tentar convencer, insistindo e constringendo a expressão autônoma do usuário. É preciso ser neutro, sem que neutralidade signifique indiferença, mas sim respeito ativo das decisões dos pacientes²⁰.

No acompanhamento das reflexões do usuário, é primordial acreditar no que ele fala. Embora muitos vivenciem situações iguais, cada um tem interpretações e verdades que podem ser diferentes, pois refletem a realidade individual²⁰.

À medida que o diálogo se desenvolve, a enfermeira vai se inteirando da situação do usuário, dos significados e de suas dificuldades. Nesse momento, deve mostrar compreensão e empatia²⁰.

Isso vem reafirmar que a relação entre enfermeiro e paciente deve ser uma relação entre agentes autônomos e morais. Por isso, é importante pesquisarmos o processo de trabalho no atendimento de enfermagem, explorando os aspectos comunicacionais (Anexo A) que aprimoram ou atrapalham a interação enfermeiro-usuário,

podendo ser fonte de desumanização e de conflitos éticos na Atenção Básica.

Considerações finais

A Atenção Básica é acesso do usuário ao SUS e constitui-se em oportunidade de promoção da saúde e da cidadania.

Nos encontros entre enfermeiro e usuário, estão presentes dois cidadãos que, em dignidade, são iguais no mérito de respeito. Porém, são distintos quanto ao momento do processo saúde-doença e daí ser preciso um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar⁵.

A dimensão cuidadora presente em qualquer prática de saúde visa a produzir processos de falas e escutas, relações de intersecção com o mundo subjetivo do usuário, como ele constrói as suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, articulação de saberes para compor projetos terapêuticos, posicionamento ético, entre outros²¹.

Nas relações interpessoais presentes no cotidiano da atenção básica, a comunicação deve servir como instrumento para um cuidar que estabeleça uma relação de ajuda, participativa e coerente com os princípios do SUS. Uma assistência de qualidade, compatível com o princípio da integralidade, só é possível em uma relação em que exista espaço para a expressão de

sentimentos, valores, crenças, medos, ansiedades e vivências.

Assim, a proposta da atenção básica requer comportamentos e atitudes éticos para a sua efetivação, visto que não se limita a novas configurações e técnicas de trabalho. Implica disponibilidade, abertura ao outro, valorização do outro como interlocutor válido, escuta e solidariedade²².

Viabilizar momentos de expressão de pensamentos e sentimentos torna a comunicação uma habilidade especialmente importante, sendo o ato de falar complexo, pois influencia o relacionamento das pessoas²².

Dessa forma, utilizar um instrumento que possa nortear a observação dos aspectos da comunicação no atendimento de enfermagem permitirá avaliar essa habilidade e consequentemente a qualidade da assistência prestada.

Esse instrumento está sendo construído no bojo de pesquisas que se preocupam com a comunicação como 'tecnologia leve' para o cuidado e acolhimento na atenção básica, tendo em vista a humanização do SUS como política pública que busca a promoção de cidadãos protagonistas de sua saúde. Apresentou-se no artigo o polo teórico. Já há investimentos no polo empírico, com pré-testes, que tem mostrado a validade do construto ora exposto.

REFERÊNCIAS

1. Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. cap. 2, p. 39-53.
2. Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saúde. 2010;34(1):86-91.
3. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. Cogitare Enferm. 2006 Mai-Ago;11(2):133-42.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4)
5. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética Clínica ampliada. Mundo Saúde. 2009;33(2):195-204.

6. Carvalho EC, Bachion MM. Comunicação e o processo de enfermagem. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A Comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005. cap. 9.
 7. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. Cogitare Enferm. 2006 Mai-Ago;11(2):133-42.
 8. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2004 Nov-Dez;20(6):1487-94.
 9. Waidman MAP, Stefanelli MC. Comunicação e estratégias de comunicação familiar. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A Comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005. cap. 8.
 10. Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e unidade semi-intensiva cirúrgica. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(1):52-61.
 11. Carvalho EC, Bachion MM. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A Comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005. cap. 2.
 12. Corcoran N. Teorias e modelos na comunicação de mensagens em saúde. In: Corcoran N. Comunicação em Saúde. Estratégias para promoção de Saúde. São Paulo: Roca; 2010. cap. 1.
 13. Stefanelli MC. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A Comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2005. cap. 3.
 14. Pasquali L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília (DF): Editora UNB; 1997.
 15. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clínica. 1998;25(5):206-13.
 16. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin [Internet]. 1998 [acessado 17 Mar 2010];25(5):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/index255.htm>
 17. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Rev Acta Paul Enferm. 2007 Out-Dez;20(4):410-4.
 18. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 11a ed. São Paulo: Loyola; 2006.
 19. Silva MJP. A percepção dos enfermeiros sobre a comunicação não-verbal dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1989.
 20. Valverde C. Comunicación Terapéutica en Enfermería. Madri: DAE; 2007.
 21. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
 22. Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(3):329-35.
-

Recebido em 25 de fevereiro de 2011
Aprovado em 31 de março de 2011

Anexo A

Roteiro para Observação da Comunicação Interpessoal em Atendimento feitos por Enfermeiros na Atenção Básica

Elementos a serem observados								Presente	Ausente
EMPATIA – o enfermeiro durante a consulta:									
Demonstra que entende os sentimentos do usuário									
Demonstra que se importa com o usuário									
Tenta compreender o usuário									
Demonstra que está tentando imaginar o que o usuário vive, sofre ou sente									
Oferece ajuda para o usuário									
Sorri									
Olha nos olhos do usuário enquanto conversam									
Demonstra vontade de entender o usuário									
Usa expressões que amedrontam ou ameaçam									
Expressa, com palavras, que entende o que o usuário está passando									
Usa expressões para animar o usuário									
Faz perguntas que induzem ou impõem determinada resposta									
Faz confrontação, ajudando o usuário a identificar inconsistências entre o que diz e faz									
Empático								Não empático	
RESPEITO – o enfermeiro durante a consulta:								Presente	Ausente
Trata o usuário pelo nome									
Faz com que o usuário não se sinta um incômodo, um estorvo									
Crítica o comportamento do usuário									
Faz julgamentos acerca do usuário									
Emite opinião pessoal									
Dá conselhos para o usuário									
Ajuda o usuário a entender as informações									
Estimula o usuário a expressar suas preocupações e dificuldades com o autocuidado e tratamento									
Ajuda o usuário a tomar decisões sobre o tratamento									
Colabora na elaboração de um plano de cuidado									
Demonstra ironia ao falar ou no gestual									
Dá a entender que o paciente exagerou									
Minimiza o que o paciente diz									
Estimula o usuário expressar seus sentimentos									
Trivializa as queixas que traz o usuário									
Dúvida do usuário									
Personifica o usuário por sua enfermidade ou alguma outra característica potencialmente desumanizadora ou estigmatizante									
Respeita a intimidade e privacidade do usuário									
Demonstra respeito pela cultura do usuário									
Demonstra respeito pela crença religiosa do usuário									
Conversa com outras pessoas que estão na sala como se o usuário não estivesse presente									
Interrompe a consulta para fazer outras coisas									

RESPEITO – o enfermeiro durante a consulta:								Presente	Ausente
Atende o telefone (fixo ou celular) no meio da consulta									
Balança a cabeça como sinal de positivo									
Demonstra surpresa (abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas) (anotar o contexto)									
Demonstra desprezo (lábio superior com um dos cantos levantado, olhar de cima para baixo)									
Oferece opções, alternativas ao usuário									
Tenta fazer o usuário 'ver', impõe									
Trata o corpo do usuário com respeito									
Faz generalizações segundo a cultura, grupo ou outra característica geral do usuário									
Usa expressões de intimidade, como tio, mãe, vó, etc.									
Usa expressões de humor ofensivo, deboche									
Respeitoso								Não Respeitoso	
ESCUA RECEPTIVA – o enfermeiro durante a consulta:								Presente	Ausente
Permite que o usuário fale livremente									
Interrompe o usuário									
Permite que o usuário expresse suas emoções e sentimentos									
Permite que o usuário expresse suas preocupações e medos									
Permite que o usuário expresse suas crenças									
Permanece em silêncio, por alguns segundos, após a fala do paciente									
Acompanha com atenção a narrativa do usuário									
Oferece ajuda ao usuário para suas dificuldades									
Faz perguntas abertas									
Está sentado enquanto conversa com o usuário									
Escreve enquanto escuta o usuário									
Balança (bate) a caneta enquanto o usuário fala ou usa qualquer outro gesto adaptador									
É breve quando fala									
Olha no rosto e meneio positivo da cabeça									
Mantém tranquilidade, sem demonstrar pressa									
Tenta mudar o sentimento do usuário									
Dá falsas esperanças ao usuário									
Dá sermão									
Faz perguntas fechadas, do tipo interrogatório									
Insiste ou tenta convencer (pressiona repetindo insistentemente a informação)									
Assegura ao usuário a confidencialidade do que for falado ou identificado na consulta									
Indica, no início da consulta, o tempo do qual dispõe para o atendimento do usuário									
Coloca tempo / término da conversa, fechando-a									
Reflete antes de responder às questões e dúvidas do usuário									
Reaciona às colocações do usuário									
Pergunta sobre outras preocupações que o usuário tem em sua vida									
Dirige a conversa com uso de protocolos, roteiros ou fichas									
Completa as frases do usuário antes que ele as finalize									
Escuta com receptividade								Não escuta com receptividade	
Escuta com atenção								Fala em demasia	

ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM SUAS REFLEXÕES – o enfermeiro durante a consulta:								Presente	Ausente
Demonstra apoio de forma a facilitar que o usuário reflita de maneira autônoma									
Escuta e anota as situações difíceis em que o usuário se encontra									
Tenta entender os significados de cada componente da história do usuário									
Escuta com atenção as questões pessoais do usuário									
Permite que o usuário expresse suas dúvidas									
Inicia lentamente o diálogo da consulta									
Faz perguntas sobre as emoções e sentimentos do usuário									
Legitima e afirma a experiência do usuário para que não se sinta sozinho									
Demonstra neutralidade									
Dá ordens de maneira impositiva									
Fala de maneira defensiva e justificativa									
Facilita que o usuário prove opções									
Oferece soluções prontas									
Reforça pontos fortes do usuário (oferece reforço positivo)									
Tenta mudar o usuário e seu modo de vida									
Permite que o usuário expresse sua insatisfação ou reclamações quanto ao serviço da UBS									
Utiliza linguagem acessível ao usuário									
Demonstra atitude de acompanhamento								Não demonstra atitude de acompanhamento	
Fala ao usuário								Fala com o usuário	
Fala sobre a experiência da enfermidade								Fala sobre sintomas e tratamentos	