

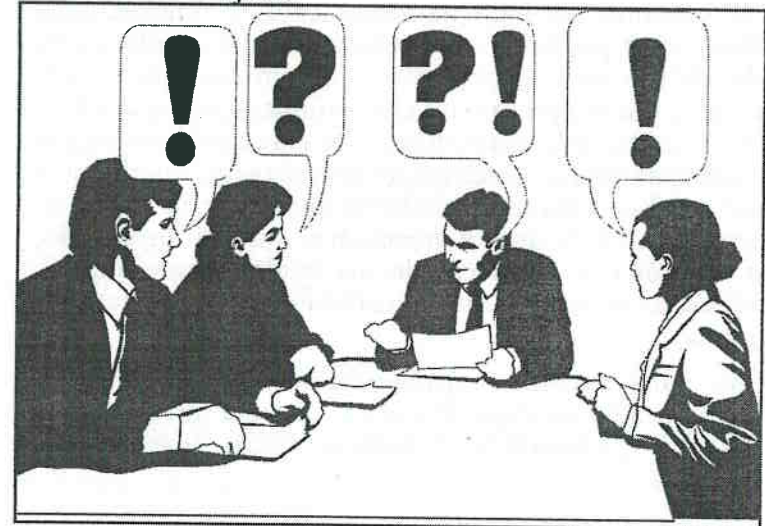
# CAPÍTULO 2



## Conceitos Básicos de Comunicação

### INTRODUÇÃO

Uma vez que a comunicação permeia toda a ação da enfermeira, além de ter consciência do fato ela tem de conhecer como se dá o processo e todos os elementos a ele pertinentes, como utilizá-los na sua prática para que o paciente a considere um elemento de ajuda, um outro ser humano, capaz e eficiente, com quem ele pode interagir, partilhar suas idéias, seus anseios, seu sofrimento e necessidade de ajuda.



## PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

### Conceito de Comunicação

A comunicação é entendida aqui, como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo; esta mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram isoladas, distantes umas das outras ou do contexto. Isto permite afirmar que as pessoas se encontram constantemente envolvidas por um campo interacional.

É dentro deste campo interacional que as pessoas se percebem, partilham o significado de idéias, pensamentos e propósitos, modificando-os neste processo de interação com os outros; o ser humano não pode existir sem se comunicar e atribui significado às coisas ou o altera em função desta comunicação com seus semelhantes, o que lhes permite alcançar seus objetivos de vida.

É, portanto, por meio da comunicação vivenciada pela enfermeira e paciente, ao interagirem, que a enfermeira pode definir metas, objetivos a serem atingidos, pelo paciente, por ela própria ou em conjunto, para ajudá-lo a sentir-se como ser humano digno e pessoa capaz de encontrar soluções para seus problemas, de ser útil a seus semelhantes e de contribuir para a sociedade em que vive e, também, de aceitar destes o que é necessário para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde física e mental. Estabelece-se, assim, um intercâmbio entre o homem e o seu meio.

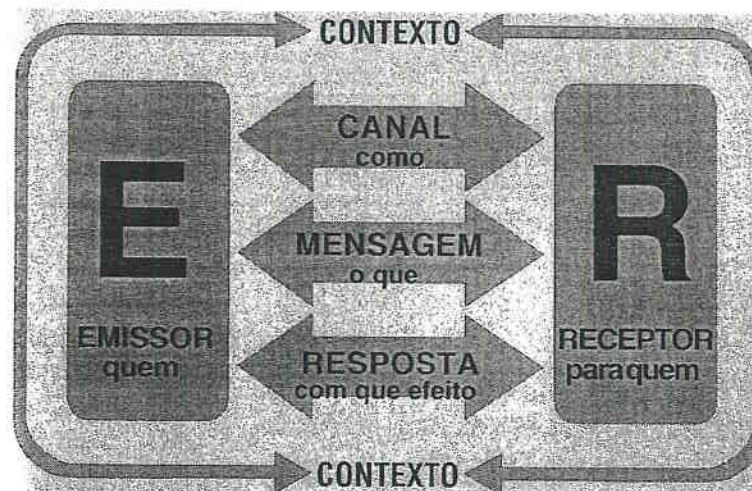
As considerações apresentadas até aqui foram fundamentadas na experiência da Autora e nos conceitos de Mead (1972), Ruesch (1964), Sullivan (1953a, b) e Watzlawick et al. (1981).

O partilhar idéias, o torná-las comum, ou seja, comunicar-se, pode ser realizado por meio das formas verbal e não verbal, havendo neste processo inúmeros elementos que precisam ser estudados e avaliados.

Entre outras facetas do processo de comunicação, tem-se de considerar que cada momento da comunicação é único e não se repete; por exemplo, uma enfermeira que realiza um mesmo procedimento há anos, com um mesmo paciente, nunca o faz da mesma forma, por mais que ela se esforce; há sempre condições diferentes tais como humor, local, tempo, espaço, modo de perceber os sentimentos do paciente, entre outros.

Há no processo de comunicação um fluxo contínuo e circular de energia por ser ele um processo dinâmico, no qual seus elementos interagem e, continuamente, há influência de uns sobre os outros. Tais elementos são esquematicamente apresentados na Figura 1, a seguir.

Poderíamos resumir o processo de comunicação em: quem diz o que, com que intenção, como, em que condição ou contexto, para quem e com que efeito. Este efeito seria a resposta, das pessoas envolvidas no processo, às mensagens recebidas (Lasswell, 1948).



## Elementos do processo de comunicação

### Emissor ou remetente

É a fonte da emissão da mensagem, é quem a codifica, a produz e a emite para o outro.

### Receptor ou destinatário

É aquele que recebe a mensagem; é para quem a mensagem é enviada e este deve emitir uma resposta para que se considere que o processo de comunicação realmente ocorreu.

### A mensagem

É aquilo que é transmitido. Consiste em estímulo físico, verbal ou não verbal, produzido pelo remetente e deve ter um significado comum para ele e para o destinatário.

Tem de ficar bem claro que os papéis do emissor e receptor se alternam de modo contínuo e circular.

As mensagens são enviadas e recebidas, tanto nas formas verbais como nas não verbais, por meio de canais; estes correspondem aos recursos por meio dos quais as mensagens são transmitidas. Em geral, na comunicação interpessoal, os canais referem-se aos órgãos dos sentidos, principalmente à visão, audição e tato, embora o olfato e paladar tenham de ser considerados. Em um ato comunicativo usamos um ou mais canais associados. O uso efetivo dos nossos sentidos é que assegura a percepção acurada da mensagem.

Para a pessoa aprender a comunicar-se adequadamente ela precisa ser capaz de perceber o significado da mensagem em todos os aspectos — se é comum aos comunicadores; como e quando as mensagens enviadas afetam as outras pessoas; e como seus próprios sentimentos afetam a comunicação que está ocorrendo.

Segundo *Blondis; Jackson (1982)*, é a percepção que dá significado às nossas interações com o outro; afirmam que é

a nossa habilidade para decifrar manifestações não verbais de comportamento que nos capacita a identificar se estas confirmam ou negam a verbal. É imperioso, portanto, que a enfermeira seja hábil na percepção dos indícios verbais e não verbais contidos na mensagem.

A resposta consiste na mensagem enviada pelo destinatário ao remetente. No caso da comunicação entre um profissional e aquele que necessita de sua assistência, a responsabilidade no processo de observação e percepção da resposta é do profissional, que deve adquirir capacidade para tal, tendo sempre em mente que o outro também o observa. Pode-se dizer que a resposta é positiva quando encoraja o comportamento de quem a recebe. Se for negativa, poderá, segundo *Gamble; Gamble (1987)*, servir para mudar o comportamento atual. Dependendo da situação pode ser considerada mais como corretiva do que como reforço. Os autores deixam claro que “positivo” e “negativo” não significam “bom” e “mau”, simplesmente refletem o modo como a resposta afeta o comportamento das pessoas envolvidas no processo de comunicação. Para estes autores o efeito da experiência de comunicação sobre as pessoas que interagem, pode ser emocional, físico ou cognitivo, ou uma combinação dos três.

A fim de que seja efetivo o intercâmbio de mensagens, é necessário que estas, isto é, as palavras usadas, tenham significação comum; para que isto ocorra é necessário que o profissional conheça o repertório do paciente, ou seja, seu grau de conhecimento, linguagem, vocabulário, expectativas, crenças, portanto, sua bagagem cultural e experiência de vida.

A enfermeira precisa esforçar-se por conhecer o repertório do paciente a fim de poder partilhar com ele suas idéias, torná-las comuns, e compreendê-lo. Só assim, poderá ajudá-lo no seu processo de mudança e de recuperação da saúde, oferecendo-lhe elementos ao nível de sua compreensão, a fim de que ele possa também reestruturar sua vida.

## FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

De modo geral as funções da comunicação têm sido citadas como investigação, informação, persuasão e entretenimento (Ceccio; Ceccio, 1982).

A *investigação* é a procura de dados sobre paciente, assistência e serviços para a prestação da assistência. *Informação* consiste no envio de mensagens ao receptor de acordo com a necessidade deste ou do emissor, dependendo de cada situação. *Persuasão* é motivar o receptor a adotar comportamento sobre o qual ele não havia pensado anteriormente. *Entretenimento* é um misto de persuasão e informação, em geral, para aliviar a ansiedade, divertir e criar clima favorável à interação entre o emissor e o receptor da mensagem.

Arnold; Boggs (1989) enumeram as funções da comunicação de forma um pouco diferente, que estão mais próximas do pensar da Autora, a saber: *conhecer a si mesmo e ao outro, estabelecer relacionamento significativo, examinar e estimular mudança de atitude e de comportamento.*

A primeira delas é de fundamental importância para a enfermeira, pois, para ajudar e prestar assistência ao paciente, precisará conhecer-se bem, isto é, como pensa, sente, age e reage diante dos fatos, o que lhe facilitará, em grande parte, o conhecimento do outro e a compreensão do porquê ela reage de maneiras diversas a um mesmo estímulo.

Quando a pessoa conhece a si mesma e sabe que pode ser afetada pelo comportamento do outro, ela terá mais consciência da recíproca, isto é, de que seu comportamento também poderá afetar o do outro.

O emissor precisa constantemente da resposta do receptor, assim como o receptor precisa de reação do emissor para se conhecerem mutuamente como pessoas.

Para se estabelecer satisfatoriamente o processo de comunicação no relacionamento interpessoal, as

necessidades de quem precisa de ajuda o paciente têm de ser sobrepostas às de quem a pode oferecer, no caso, a enfermeira.

Isto não significa que a enfermeira deva ser um robô; se ela tiver uma necessidade não satisfeita que esteja alterando seu comportamento e sua disponibilidade de ajuda, e se não for capaz de adiar a satisfação da necessidade sentida, não terá, no momento, condições de estabelecer relacionamento significativo. Se ela conseguir identificar essa necessidade e não for capaz de adiar a satisfação da mesma, deverá analisar seus sentimentos e reações antes de iniciar o processo de comunicação com a outra pessoa.

Segundo Gamble; Gamble (1987), é através da comunicação que podemos satisfazer nossas necessidades de *inclusão, controle e afeição*. Inclusão refere-se à aceitação pelo outro, "estar com o outro"; controle ocorre quando se experimenta a sensação de ser responsável e capaz de se adaptar ao meio; afeição diz respeito à necessidade de expressar e receber amor.

Se a comunicação permite à pessoa a satisfação das necessidades afetadas esta terá condições de manter relacionamento interpessoal adequado.

## FORMAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo composto de formas verbais e não verbais, utilizadas pelo emissor com o propósito de partilhar informações. Permeando estas formas há uma terceira chamada de paraverbal ou paralinguística, que é expressa, por exemplo, pelo tom de voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, choro, pausa, entre outros. Pode-se concluir, portanto, que há três formas de comunicação a verbal ou linguística, a paraverbal ou paralinguística, e a não verbal ou não linguística (Arnold; Boggs, 1989; Edwards; Brilhart, 1981).

## Comunicação verbal

Refere-se à linguagem escrita e falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicar. É possível o envio de mensagens de forma não verbal sem utilização da verbal, mas o contrário é praticamente impossível. A comunicação verbal, que se dá por meio de palavras, depende da linguagem que é fortemente influenciada pela cultura. Podemos citar a linguagem usada pelos índios e a nossa, a falada em algumas regiões interioranas do Brasil e a utilizada por quem mora na cidade de São Paulo, por exemplo.

A linguagem é o recurso que a pessoa usa para expor suas idéias, partilhar experiências com outras pessoas e validar o significado simbólico da percepção sobre o assunto e o lugar que ocupa nele. Sem a linguagem a pessoa teria limitada sua capacidade de classificar e dar informações de modo a ser compreendida.

O conhecimento da comunicação verbal foco deste estudo será mais aprofundado a medida que formos apresentando os outros aspectos do processo de comunicação e da comunicação terapêutica.

## A comunicação não verbal

Envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras.

Apesar de se manifestar continuamente, nós nem sempre estamos conscientes de que a comunicação não verbal ocorre, nem de como acontece. *Ruesch (1964)* afirma que este é um importante aspecto da comunicação porque não temos controle consciente sobre ela. Quando ela ocorre associada a palavras, confirmando o expresso verbalmente pela pessoa, podemos dizer que há coerência entre a comunicação verbal e a não verbal. A coerência entre ambas denota efetividade na comunicação.

Muitas vezes é por meio dela que identificamos se a pessoa está com dor, com medo, irritada, ansiosa ou

preocupada. Entre estas manifestações destacamos a expressão facial e a corporal (cinésica ou postura física e gestos), ou seja, os movimentos do nosso corpo e, ainda, outras que poderíamos chamar de fisiológicas, como rubor, sudorese, tremores, lacrimejamento, palidez.

Na expressão facial temos de considerar, principalmente, movimentos da cabeça, do globo ocular e das pálpebras, modo de olhar, sorriso, movimentos da boca, dos lábios, bucal, sobrecenho.

Temos de estar atentas à percepção correta da comunicação não verbal. Nem sempre a mensagem não verbal tem o mesmo significado para diferentes pessoas e situações; o que exige validação verbal da compreensão dos sinais não verbais percebidos.

A comunicação não verbal só pode ser examinada no contexto em que ocorre porque a sua significação está diretamente vinculada a este. Exemplos: bocejar durante uma conferência tem sentido bem diferente do bocejar quando nos deitamos para dormir; tamborilar na mesa com os dedos tanto pode significar impaciência, como acompanhamento do ritmo de uma música.

O modo como a pessoa paciente, membro da equipe de saúde ou familiar executa determinada atividade, dispõe seus objetos ou seu material de trabalho pode nos dar mais informações sobre seu estado físico, emocional e atitude do que aquilo que ela expressa em palavras.

Damos o exemplo de um paciente internado em uma clínica cirúrgica, que seria operado no dia seguinte; ele já havia recebido todas as informações sobre a cirurgia e a havia aceitado tranquilamente; disse à enfermeira da manhã que tudo estava bem. Quando chegou a enfermeira da tarde ele a informou de que não queria mais ser operado e que ninguém iria fazê-lo mudar de opinião. Esta, após completar seu turno de trabalho, sentou-se ao lado do paciente e disse-lhe: "Não vou embora enquanto não souber o que houve"; após uns dez minutos de silêncio ele olhou para a porta da enfermaria. A enfermeira disse-lhe

que iria fechar a porta para que ele se sentisse mais à vontade e ao fazê-lo, viu uma cadeira de rodas, fechada, atrás da porta, fato que estranhou; voltou para o paciente e disse: “É a cadeira que o incomoda? Eu mesma não sei porque ela está aqui, já estava cansada de procurá-la”; retirou a cadeira da enfermaria e voltou. O paciente olhou para ela e com um sorriso perguntou: “Não era para mim? Não vou ficar aleijado?” A partir daí, continuaram a conversar; a enfermeira expressou compreender o que havia acontecido e que ela, se fosse o paciente, talvez sentisse o mesmo. Retirou-se só após perceber que a ansiedade do paciente havia diminuído.

Segundo *Edward; Brillhart (1981)*, a comunicação não verbal pode suplementar uma informação verbal (completando ou repetindo-a), contradizer, enfatizar, substituir, oferecer indícios sobre as emoções ou mesmo controlar ou regular um relacionamento.

O toque, outro aspecto da comunicação não verbal, é, talvez, uma das mais importantes facetas da comunicação não verbal, pois, através deste podemos, por exemplo, indicar para a pessoa que fique onde está, que se aproxime, que “estamos com ela” em uma dada situação. É um dos meios mais concretos de transmitir nossos sentimentos de empatia e confiança.

Segundo *Parkinson (1986)*, o toque pode ser usado para: obter e manter a atenção da pessoa; comunicar “cuidado” quando parecer inapropriado fazê-lo por meio de palavras; comunicar “apoio” e “cuidado” numa situação de crise; servir de modelo a alguém que evita tocar as pessoas; comunicar “calma” em face de um descontrole emocional súbito do outro; comunicar-se com pessoas com visão e audição prejudicadas.

Temos de considerar, entretanto, que, em quase todas as ações de enfermagem, nós tocamos o paciente, e que este modo de comunicação não verbal (tátil) transmite muito do nosso estado emocional e pensamentos ao paciente. Pode, também, despertar nele inúmeros sentimentos e

pensamentos, principalmente quando a enfermeira e o paciente são de culturas diferentes. O importante é estarmos conscientes deste fato e atentas para nossa atuação e seu efeito sobre a outra pessoa.

Em determinadas situações, como, por exemplo, na de paciente que não pode se expressar verbalmente, ou que está morrendo, ou em coma, este pode ser o único modo de transmitirmos que “estamos com você”, “estamos tentando ajudá-lo”, “você não está sozinho”.

Outro aspecto que temos de levar em conta na comunicação com o paciente é o seu espaço pessoal e território, chamado por alguns autores de comunicação proxêmica (*Carvalho, 1977 e 1987; Hall, 1986*).

A territorialidade da pessoa diz respeito ao espaço em volta dela, inclusive objetos de uso próprio e do ambiente. A pessoa tende a considerar o espaço à sua volta como extensão de seu corpo; define-o como se pertencesse a ela, luta por este espaço e o defende; quer manter seus objetos neste espaço que reconhece como seu. A enfermeira deve estar atenta para não aumentar a ansiedade do paciente removendo seus objetos ou transferindo-o de leito, a não ser quando absolutamente necessário. O paciente leva certo tempo para aprender a “existir neste mundo” que não é o seu habitual, e mudá-lo pode fazer com que se sinta perdido, como se lhe faltasse o chão para pisar.

Não nos devemos esquecer de que o espaço pessoal, também, tem influência na comunicação. O espaço que mantemos entre o interlocutor e a nossa pessoa pode influenciar ou mesmo definir o tipo de relacionamento que será mantido.

Há pacientes que não toleram um contato mais próximo, mas para lhes dar cuidados precisamos nos aproximar deles. Nesta ocasião devemos ter sempre em mente que ele tem seu espaço pessoal definido. Podemos perceber que o invadimos, principalmente, pela sua expressão não verbal. Neste caso, ele pode tornar-se ansioso e até mesmo agressivo.

É comum observarmos pessoas que recuam quando outras se aproximam; isto que poderia ser interpretado como rejeição, pode ser, simplesmente, uma defesa do seu espaço pessoal. A cultura tem muita influência na definição do espaço e território do indivíduo.

Permeando as formas verbal e não verbal há a chamada paralinguística metacomunicação ou, como dizem *Sundeen et al. (1985)*, é essencialmente a comunicação sobre a comunicação; é como se houvesse uma instrução sobre como compreender a mensagem emitida. Por exemplo, ao encontrar um velho amigo que nos cumprimenta sorrindo e, imediatamente depois, conta que sua esposa está com câncer. Ao dizer isto seu tom de voz muda, denotando tristeza, o que pode significar “eu estou sofrendo muito”, “isto é muito difícil para mim”.

A enfermeira tem, portanto, que estar atenta não só para as duas formas de comunicação, verbal e não verbal, como tem de detectar a paralinguagem, ou seja, os indícios que a informam sobre como compreender a mensagem.

Estudos sobre a comunicação não verbal têm despertado o interesse de enfermeiras brasileiras, como por exemplo a dissertação de *Silva (1989)* que traz em seu bojo farta revisão de literatura sobre o assunto, e sua importância para a enfermagem e a educação continuada. Na sua pesquisa *Silva (1989)* demonstra o pouco conhecimento das enfermeiras do hospital estudado sobre comunicação não verbal e paraverbal. Demonstra também, que com esforço e estudo a enfermeira pode desenvolver-se na percepção da comunicação não verbal.

Para ressaltar a importância desta *Gamble; Gamble (1987)* apontam que somente 35% do significado da mensagem é transmitido verbalmente e 65% é comunicado não verbalmente. Em face destes resultados impõe-se a consideração de que os indícios não verbais facilitam a compreensão do que está sendo dito; daí a importância da enfermeira aprofundar seus estudos nas formas verbal e não verbal da comunicação para que possa prestar assistência

holística ao paciente com base nos problemas e sentimentos deste de acordo com sua visão de mundo.

## RUÍDOS NA COMUNICAÇÃO

São elementos presentes durante o processo de comunicação; não têm relação direta com este e podem ser irrelevantes para uma ou ambas as pessoas envolvidas no processo, sendo, no entanto, prejudicial ao envio ou a compreensão da mensagem. O ruído se interpõe no canal de comunicação, podendo alterar a estrutura da mensagem.

O ruído pode interferir ou distorcer nossa habilidade de enviar ou receber mensagens. Comumente o ruído é associado a sons, mas ele pode originar de um desconforto físico, psicológico, da capacidade intelectual dos interlocutores ou do próprio ambiente.

Podemos citar como exemplo gritos de outras pessoas, sirene de ambulância, rumores, mal-estar físico.

O ruído pode levar o destinatário a perceber a mensagem inadequadamente e a produzir uma resposta inesperada ou inadequada. Ao avaliarmos a reação das pessoas às nossas mensagens temos de estar atentas ao efeito dos possíveis ruídos. Dependendo da intensidade estes podem se apresentar até como barreira à comunicação interpessoal.

## VARIÁVEIS NA COMUNICAÇÃO

Consideramos como variáveis na comunicação enfermeira-paciente os fatores que podem ter influência sobre a mesma, susceptíveis tanto de prejudicá-la como de facilitá-la. As variáveis serão aqui apresentadas resumidamente, uma vez que, no decorrer deste estudo, elas serão tratadas nas diferentes situações.



Entre outras variáveis temos as pessoas da enfermeira e do paciente, a linguagem usada, o ambiente ou contexto, a disponibilidade de ambos e o senso de oportunidade. (Hofling et al 1970)

## Pessoa da enfermeira

Esta importância vital no relacionamento com o paciente. O modo como foi definida a comunicação neste estudo, por si só, explicaria a importância do uso terapêutico de si mesmo, no caso a enfermeira, pois tudo o que ela é, diz ou faz, comunica alguma coisa e pode afetar o comportamento do paciente. A disposição e postura dos interlocutores podem variar em cada situação. A cultura, em geral, determina o significado dessas para as pessoas.

A experiência da Autora, entretanto, lhe permite afirmar que no caso da interação aluna-paciente (A-P) não tem encontrado problemas na disposição face a face (A/P) ou em ângulo de 90° (A<sup>P</sup>); o problema surge, às vezes, quando estão sentados lado a lado (A-P), em geral decorrente da proximidade excessiva que pode ocorrer.

Por outro lado, o paciente é, também, uma pessoa única com crenças, valores e cultura próprios, que recebe mensagens da enfermeira e reage de acordo com suas próprias peculiaridades.

Ambos, paciente e enfermeira, estão também sujeitos à influências emocionais, físicas, intelectuais e sociais, como por exemplo, raiva, cansaço, dor, instrução, origem étnica, entre outros.

## Linguajar

O linguajar utilizado na relação enfermeira-paciente precisa ter a mesma significação para ambos; caso contrário, o processo de comunicação não ocorrerá.

A enfermeira tem de se esforçar por conhecer o repertório do paciente a fim de expressar-se numa linguagem ao nível de compreensão deste. De nada adianta a enfermeira dizer ao paciente "ácido-acetil-salicílico" ou "antitérmico". Às vezes, ele só sabe que "está com febre" ou que está "ardendo" e que necessita de experimentar alívio destas sensações.

A cultura tem peso muito grande nesta variável. Deve-se considerar de onde vem o paciente, o que ele faz, seu nível instrucional, suas experiências com doença e saúde, entre outros.

O processo de comunicação não ocorre num vazio. Ele se dá dentro de um contexto que deve ser considerado pois pode ter influência na relação que ocorre entre enfermeira e paciente.

## Ambiente

O ambiente refere-se ao local onde se dá o processo de comunicação enfermeira-paciente e pode atuar como fator determinante de certos tipos de resposta. No ambiente ou contexto são incluídos pessoas que interagem, tempo e espaço, local, mobiliário, iluminação, aeração, temperatura e ruídos. Um simples "como vai?" dito no corredor pode provocar, como resposta, também, um simples "vou bem". Quando a pergunta é feita em lugar privado, a resposta pode ser outra, totalmente diferente.

Às vezes, o ambiente afeta o comportamento das pessoas. Estas tendem a sentir segurança em ambiente conhecido e insegurança em face do desconhecido.

A disposição e a postura dos interlocutores podem variar de pessoa para pessoa e a cultura tem sido apontada como determinante do significado da posição que as pessoas adotam em diferentes ambientes de pé, sentadas, de cócoras, eretas, curvadas, entre outras.

## Disponibilidade

A disponibilidade tanto da enfermeira como do paciente, tem de ser analisada no processo de comunicação. É comum a enfermeira dizer ao paciente que está a sua disposição; mas quanto este a procura, ela sempre diz estar ocupada ou não poder atendê-lo naquele momento. Às vezes, pára ao seu lado, mas, a todo instante, olha para o relógio ou para a porta, fazendo o paciente sentir-se alguém que não merece atenção ou que perturba o trabalho da enfermeira; isto faz com que a auto-estima do paciente tenda a diminuir.

Por outro lado a enfermeira pode sentir-se rejeitada porque, quando procura o paciente, este não a atende; pode ela até repreendê-lo por nunca o encontrar no local onde ele deveria estar ou por não querer conversar com ela quando o procurou. Às vezes, o paciente pode estar preocupado com o horário de seu banho, da visita dos familiares ou do médico, o que deve ser analisado e compreendido pela enfermeira. Esta precisa usar o bom-senso e fazer um acerto entre seu tempo disponível e o do paciente.

## Senso de oportunidade

Este é algo que algumas enfermeiras desprezam ao prestar informação ao paciente sobre rotinas, procedimentos, preparo para cirurgia ou tratamentos. A enfermeira tem de ser capaz de perceber a prontidão do paciente para receber informação e orientação.

## MODOS DE COMUNICAÇÃO

Há modos de comunicação que podem ser considerados desejáveis para o desenvolvimento do ser humano; outros são considerados patológicos. Entre os primeiros estão a

confirmação e a negação e, entre os últimos, a desconfirmação e a dupla mensagem (Watzlawick *et al.*, 1981).

## Confirmação

A confirmação ocorre quando o que é comunicado por uma pessoa sentimento, pensamento, experiência é percebido e respeitado pela outra pessoa; neste caso, conteúdo e relação da mensagem são aceitos, portanto, confirmados.

*Laing (1976)* define confirmação como todo comportamento verbal e não verbal cuja função é reconhecer e reforçar a outra pessoa.

### Exemplos

1) **Paciente :** Enfermeira, eu não gostei do modo como a senhora falou com o outro paciente.

**Enfermeira:** Eu também não gostei e aceito que o senhor o diga.

2) **Paciente pediátrico:** Enfermeira, eu gosto quando você vem aqui.

**Enfermeira:** Eu também gosto e já percebi que você também gosta.

A comunicação não verbal é fundamental para a confirmação e deve ser sempre coerente com a verbal e vice-versa. Em ambos os exemplos houve concordância em relação ao conteúdo da mensagem e o sentimento expresso foi respeitado pelos participantes do processo de comunicação.

Quando a confirmação ocorre nós estamos reforçando a identidade do paciente e promovendo seu bem-estar que são, também, objetivos da assistência de enfermagem. Quando ocorre a confirmação, o paciente percebe sua experiência com a outra pessoa de modo positivo.

## Desconfirmação

A *desconfirmação* surge quando os pensamentos e sentimentos do paciente não são considerados. *Kasch (1986)* e *Laing (1976)* relacionam este termo com despersonalização ou exclusão; é como se lhe fosse negado o direito de ser uma pessoa que tem seu próprio modo de agir, pensar e sentir. Os sentimentos do paciente não são levados em conta e faz com que ele se sinta considerado como objeto.

### Exemplo

Quando em certos casos, a enfermeira e funcionários, de qualquer turno, passam o plantão percorrendo os leitos dos pacientes; falam de tudo a seu respeito mas, em geral, suas queixas, e o modo como se sentem no momento não são percebidos e, portanto, não são considerados. Falam sobre eles e não com eles.

Outro exemplo para tornar mais claro o conceito é apresentado abaixo.

**Paciente:** Eu acho a senhora uma ótima enfermeira.

**Enfermeira:** O que? Se achasse mesmo, faria tudo direito, seguiria as rotinas e não chamaria tantas vezes a funcionária.

Neste exemplo, além de desconfirmar a mensagem do paciente, a enfermeira praticamente impõe condições para que ele seja aceito.

Tal modo de comunicação pode levar o paciente a se comportar de forma a ser aceito pelos que o cercam, e não como ele realmente é. A enfermeira, neste caso, estaria ensinando o paciente a ser um elemento passivo, e não ativo, no seu processo de recuperação, como queremos que ele seja.

Segundo *Watzlawick et al. (1981)*, confirmação e desconfirmação são conceitos vinculados ao aspecto de relação das mensagens. Estes informam sobre como a mensagem deve ser definida e recebida no relacionamento interpessoal.

## Negação

No modo negação, o conteúdo da informação não é aceito, mas a relação (comportamento e afeto) é mantida. A pessoa se sente respeitada, embora a outra não confirme sua informação; o Eu da pessoa não é necessariamente negado.

### Exemplo

**Paciente:** Eu gosto mais quando o médico prescreve soro do que comprimido.

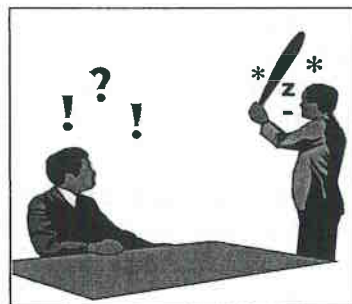
**Enfermeira:** Não é o que tenho observado, gostaria de falar sobre isto?

Este modo de comunicação leva a pessoa o paciente a refletir sobre seu comportamento, indagar o que está ocorrendo realmente, analisar seus pensamentos e sentimentos e efetuar mudança no seu comportamento. Porque o aspecto de relação foi mantido, ele sente que é aceito como pessoa, com direito de ter seus próprios sentimentos e pensamentos, mesmo que a outra pessoa não aceite o conteúdo de sua mensagem.

## Dupla Mensagem

Dizemos que há *dupla mensagem* quando nela estão implícitos conteúdos contrários e também quando a forma verbal da mensagem dá uma informação contraditória ao que é demonstrado na forma não verbal. Neste caso, a expressão verbal é invalidada pela não verbal e esta, em geral, dá indícios de como a mensagem deve ser interpretada.

No relacionamento social e familiar é mais ou menos comum este modo de comunicação. Em alguns relacionamentos ele pode tornar-se uma constante e, quando ocorre, a pessoa experimenta ansiedade e



conseqüentemente sensação de indecisão, insatisfação e insegurança. A dupla mensagem pode ser considerada como uma barreira à comunicação.

Às vezes, a pessoa recebe um convite verbal para exercer uma atividade, participar de algum evento, mas a expressão facial ou o tom de voz de quem a convida lhe indica que não deve aceitar. É a metacomunicação e a comunicação não verbal modificando o significado da verbal. O exemplo a seguir ilustra este fato.

Uma paciente internada em uma unidade dermatológica recebia visitas freqüentes de seus familiares; estes diziam estar muito saudosos e sentir muito sua falta, mas evitavam tocar na sua mão quando ela a estendia para cumprimentá-los. Permaneciam sentados, por pouco tempo, a uma distância de aproximadamente um metro da cama. Não a tocavam, nem aos seus pertences e demonstravam, pela expressão facial, que não se sentiam bem quando precisavam se aproximar dela ou pegar algum objeto que ela lhes entregava. A paciente chegou a comentar este fato com a enfermeira da unidade; esta dupla mensagem percebida pela paciente foi também manifestada por algumas pessoas

da equipe que a assistia, o que contribuiu para que ela ficasse cada vez mais deprimida e recusasse seu tratamento.

Mudar bruscamente de assunto durante a conversação e menosprezar as idéias do paciente podem ser interpretados como dupla mensagem, uma vez que a enfermeira se apresenta como a pessoa que quer e vai ajudá-lo (Stefanelli, 1985).

A pessoa que recebe uma dupla mensagem pode sentir-se incapaz de respondê-la, porque, se confirmar uma, estará automaticamente sendo contraditória com a outra. Quando a dupla mensagem é uma constante no relacionamento interpessoal a pessoa tenderá a manifestar desconfiança no relacionamento com os demais, e passará a se isolar.

Esses modos de comunicação merecem atenção porque fazem parte do nosso dia a dia; temos de tomar cuidado para não nos perpetuarmos no uso da desconfirmiação e da dupla mensagem.

## NÍVEIS DE COMUNICAÇÃO

O campo da comunicação humana pode ser dividido em quatro níveis: intrapessoal, interpessoal, grupal e de massa (Ruesch, 1965).

O nível *intrapessoal*, como o próprio nome indica, ocorre dentro da pessoa. Não é possível observá-lo, o que dificulta sua compreensão. Ele é constituído basicamente pelo repertório e experiências anteriores da pessoa. Para Ruesch (1965), as experiências anteriores da pessoa organizam-se dentro dela e a maneira como essa organização se dá tem influência decisiva no modo de ser da pessoa e de se comunicar com os outros. É neste tipo que a correção da comunicação torna-se mais difícil.

O nível *interpessoal* de comunicação é, chamado por Ruesch (1964) de "unidade social"; ocorre quando há atos comunicativos entre duas ou mais pessoas e pode ser

observado; é, portanto, passível de correção mais facilmente que a intrapessoal. Este nível será desenvolvido em capítulo a seguir.

Peplau (1952, 1962) afirma que é necessário a enfermeira utilizar a criatividade no uso da comunicação interpessoal, na prática de campo, de modo a torná-la cada vez mais terapêutica. Esta acaba sendo incorporada ao modo de ser da pessoa.

A comunicação de grupo é aquela que ocorre entre várias pessoas. É uma situação em que a enfermeira se vê frequentemente envolvida. Deve, portanto, envidar esforços para conhecer a teoria da comunicação de grupo, bem como a de massa que não são objeto deste trabalho.

## COMUNICAÇÃO NÃO TERAPÊUTICA

Assim como há técnicas, estratégias ou guias para tornarem terapêutica a comunicação, há, também, na nossa comunicação diária, social e profissional, o que podemos chamar de comunicação não terapêutica. Esta será descrita a seguir, fundamentada em Arnold; Boggs (1989), Hays; Larson (1970), Sundeen et al (1985) e em nossa experiência.

O motivo da enfermeira, às vezes, não saber ouvir o paciente de modo reflexivo pode significar que suas próprias necessidades são por ela colocadas acima das do paciente; neste caso, o paciente pode supor que a enfermeira não está interessada nele ou que ele a aborrece. Para que esta possa corrigir sua deficiência na comunicação precisará, antes de mais nada, ter consciência do fato e desenvolver-se na habilidade de ouvir reflexivamente.

É comum, em instituições de saúde, os profissionais usarem *linguagem inacessível*, como jargões e termos técnicos ou científicos quando interagem com o paciente. A não compreensão deste "linguajar hospitalar" torna-o mais

ansioso e, em alguns casos, pode causar sentimentos depressivos, ansiedade e até levá-lo ao isolamento

### Exemplo

Certa manhã, a enfermeira, ao entrar na unidade, foi abordada por uma paciente com ansiedade intensa, que pedia pelo amor de Deus para lhe explicarem o que era o exame chamado "pneu" porque lhe haviam dito para ficar em jejum a fim de fazer este exame. Tratava-se de uma pneumoencefalografia.

Às vezes, a enfermeira pensa estar ajudando quando procura tranquilizar o paciente com o uso de *argumentos nem sempre válidos (falsa tranquilização)*, como por exemplo, ao afirmar algo que pode não acontecer ou ao generalizar as queixas deste.

### Exemplo

Paciente preocupada com a cirurgia a que será submetida diz à enfermeira que não consegue dormir, que está com medo. A enfermeira lhe responde:

Não se preocupe; todo mundo fica assim. Amanhã a senhora verá como estará bem novamente.

Estas frases podem denotar falta de empatia, de consideração pelos sentimentos do paciente. São frases estereotipadas sem nenhum significado que a pessoa repete no seu dia-a-dia sem atentar para seu efeito, ou seja, reação que provoca no outro.

Outras frases comumente empregadas na tentativa de confortar as pessoas são "na vida tudo passa", "amanhã é outro dia", "eu também já passei por isto, e estou aqui", "tudo dará certo". Para Sullivan (1953 a,b) estas frases são vazias e tranquilizam quem as usa e não quem as recebe como resposta.

Dar conselho ou dizer ao paciente o que ele deve fazer impede-o de tomar suas próprias decisões.

Em geral, quando damos conselho a alguém, o fazemos com base em nosso julgamento, nosso esquema de valores.

O mesmo ocorre quando emitimos nossa opinião sobre a experiência ou questões que o paciente nos apresenta.

O ideal é que se forneça elementos ao paciente para que ele decida o que é mais adequado à situação que ele vivencia.

*Julgar o comportamento* do paciente e emitir opinião própria sobre o mesmo tira-lhe o direito de tomar decisão. Devemos evitar na comunicação com o paciente, o uso de termos que denotem que estamos julgando seu comportamento. Termos como “bom e mau”, “certo e errado” ou expressões verbais e não verbais que indiquem aprovação ou reprovação são usados com base nos valores de quem os emite. A pessoa pode transmitir ao paciente a informação daquilo que ela gosta ou pensa e, o paciente, para agradá-la, pode passar a agir dessa maneira, ocultando informações sobre si próprio e sobre seu estado de saúde.

*Manter-se na defensiva*, às vezes, é utilizado pela enfermeira quando o paciente faz certos comentários em relação à ela e esta reage como se estivesse sendo agredida, tornando-se hostil.

### Exemplo

**Paciente:** Você não sabe nada. Vá embora.

**Enfermeira:** Como o senhor diz isto? Há 20 anos que nunca ninguém reprovou o meu trabalho.

Esta reação da enfermeira, em geral, está relacionada com seu estado emocional, e pode ser causada por problemas que nada têm a ver com o que o paciente fala. Deve ser evitada, mas, quando ocorre, a enfermeira poderá procurar corrigir-se dizendo ao paciente que está preocupada com algo, mas que tentará compreendê-lo.

Segundo *Bradley, Edinberg (1982)*, quando a enfermeira faz a correção, poderá estar demonstrando ao paciente como explicar o próprio comportamento. Por outro lado, há o risco do paciente perceber isto como incompetência da profissional.

A enfermeira, de acordo com a situação, as condições de cada paciente e o contexto em que se encontra, deverá decidir sobre qual o melhor modo de ação. No exemplo citado, ela poderia ter perguntado ao paciente o que o estava levando a fazer aquele comentário.

Há termos que indicam afirmação ou negação e podem *induzir* as respostas do paciente. As perguntas devem ser feitas de modo a que a pessoa se sinta livre e estimulada a expressar os seus pensamentos e sentimentos. Ao se perguntar, ao paciente, por exemplo, se ele “gostou” de alguma coisa ou se “achou ruim” algum acontecimento, ele poderá responder simplesmente “gostei” ou “achei”.

Além da indução, temos que considerar que este tipo de questão, além de não estimular a expressão verbal do paciente, estímulo que é um dos objetivos da enfermagem, pode tolher sua iniciativa.

## Pôr o paciente à prova

Pode ocorrer quando o paciente faz afirmações, que sabemos não serem verdadeiras, seja para sua segurança, seja devido a algum distúrbio mental. Se a enfermeira não estiver atenta poderá colocá-lo à prova, o que em nada o ajudaria e estimularia a diminuição de sua auto-estima e segurança.

### Exemplo

Se o paciente diz que seu médico não o vê há 3 dias, tendo acabado de informar que este alterou sua medicação na tarde do dia anterior, a enfermeira o estará colocando à prova se disser:

Como assim? O senhor não disse que ele veio ontem?

Para evitar isto ela poderia perguntar:

Há mais alguma coisa que o senhor queira falar para ele?

Outro exemplo, este associado a distúrbio da sensopercepção:

**Paciente:** Acabei de ver minha mãe no banheiro.

**Enfermeira:** O que é isso? Você está internado no hospital e sua mãe não veio aqui.

*Mudar de assunto inadequadamente* ou intercalar, subitamente, na conversação do paciente um assunto diferente pode significar para este que menosprezamos suas idéias, que o que ele diz não é importante. Em geral, fazemos isto inconscientemente ou não, para evitar um assunto que não dominamos ou que nos incomoda.

### Exemplo

Paciente internado há 3 meses:

**Paciente:** Estou preocupado, não funciono sexualmente.

**Enfermeira:** O senhor já viu seu médico hoje?

Ao responder com outro tópico a enfermeira tolhe a iniciativa do paciente e deixa de esclarecer a real significação do que este quer expressar.

Se a enfermeira não se julgar apta, no momento, para conversar sobre determinado assunto, ela deverá ouvi-lo e dizer-lhe claramente que o assunto abordado deve ser discutido com o profissional ou colega com que conheça melhor o tema.

Em geral isto ocorre quando o paciente trata de assunto referente a sexualidade, religião ou política, principalmente quando quer saber nossa opinião a respeito.

Quando, na comunicação enfermeira-paciente, ocorre a *comunicação unidirecional*, ou seja, quando só a enfermeira fala, estamos diante de um monólogo, uma vez que não é dada oportunidade ao paciente para se manifestar.

Segundo *Bradley; Edinberg (1982)*, este modo de comunicação torna-se mais fácil para o emissor, pois este detém o controle da situação. O paciente torna-se um

elemento passivo quando recebe orientação sobre algum exame que irá fazer mas não tem oportunidade de esclarecer suas dúvidas. O resultado, em geral, é sua não cooperação durante o mesmo, mais por falta de compreensão da mensagem, a qual não foi validada.

A dupla mensagem, a desconfirmação, o uso de "bateria de perguntas" e de frases estereotipadas ou "frases feitas" são também considerados como comunicação não terapêutica.

## BARREIRAS À COMUNICAÇÃO

Barreiras são elementos que podem impedir a comunicação entre as pessoas, no caso entre enfermeira e paciente.

No presente estudo estas serão apresentadas de acordo com *Parry (1972)* e *Sundeen et al. (1985)* e experiência da autora.

A *limitação do emissor ou receptor* pode estar em qualquer dos elementos do chamado "aparelho de comunicação": aparelho fonador, capacidade de escrutínio, memória e tomada de decisões (*Ruesch, 1964*).

Basicamente seria a falta de habilidade para ouvir, ver, sentir, compreender a mensagem ou o estímulo recebido.

A causa pode ser, principalmente, por deficiência orgânica, da memória, da atenção ou do raciocínio.

Quando falamos rapidamente o paciente pode ter dificuldade em apreender e compreender toda a informação dada.

Ao interagir com outras pessoas devemos sempre focalizar as idéias principais, reforçá-las e validar a sua compreensão.

As barreiras à comunicação mais comumente encontradas são discutidas a seguir.



A *falta de capacidade de concentração* da atenção é uma delas. Há algumas pessoas que têm dificuldade em grau mais intenso que outras para concentrar sua atenção. A qualquer ruído desviam a atenção do que estão fazendo.

Podemos citar aqui fatores que levam a este comportamento, tais como tensão ambiental, tensão subjetiva e desconhecimento de linguagem utilizado.

Os estímulos para o desvio da atenção podem ser os mais variados, tais como ambiente muito quente ou muito frio, cansaço do emissor ou do receptor, barulho próximo à sala onde ocorre a interação.

A *pressuposição da compreensão* da mensagem ocorre quando enunciamos algumas frases, damos orientações ao paciente, acreditando que ele nos compreende, que não há necessidade de mais explicações.

É comum não haver entendimento de uma frase, ou mesmo de uma palavra; está pois, instalada a barreira, uma vez que a compreensão já foi bloqueada. É uma barreira

mais em nível cognitivo que, em geral, decorre por a enfermeira não conhecer o repertório do paciente. É preciso lembrar que as palavras não têm significado único.

Muitos enganos seriam evitados se o emissor se preocupasse em usar linguagem ao nível de compreensão do receptor e em validar aquilo que foi comunicado.

A *imposição de esquema de valores* é outra barreira à comunicação que podemos observar com certa frequência.

Cada pessoa é única e tem crenças e valores que devem ser respeitados; quando estes são discrepantes, entre emissor e receptor, podemos dizer que estamos diante de uma barreira. A enfermeira deve ter seu esquema de valores mas não pode impô-lo ao paciente. Tem de haver respeito mútuo.

Podemos citar assuntos polêmicos que no nosso entendimento chegam a ser um verdadeiro dilema ético, como por exemplo: 1. O paciente que necessita de transfusão sanguínea, mas sua religião não permite o emprego deste recurso. 2. "Aborto terapêutico" e "controle de natalidade" que não são aceitos por muitas pacientes, aliás, frequentemente, nem pela enfermeira.

Se há a *ausência de significação comum* para emissor e receptor não haverá comunicação efetiva. Para exemplificar podemos citar uma paciente que só fala japonês sendo assistida por uma enfermeira que só fala português. Torna-se impossível fazer histórico e diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, prestar assistência adequada.

*Influência de mecanismos inconscientes* ou parcialmente conscientes pode se apresentar tanto por parte do paciente como da enfermeira.

Há paciente que não aceita sua doença e seu sofrimento, dizendo que nunca foi ao médico, que não precisa de cuidados, que têm uma saúde de ferro. Qualquer tentativa de convencê-lo de sua doença ou da gravidade desta, se for o caso, não será compreendida porque de acordo com seu autoconceito ele é uma pessoa que não fica doente.



As enfermeiras também sofrem influência destes mecanismos. Por exemplo, enfermeira que tem familiar alcoolista, que provoca distúrbios no relacionamento familiar, dificilmente conseguirá trabalhar com paciente alcoolista sem reprová-lo, sem recriminá-lo. Muitas vezes, não consegue sequer explicar o porquê de seu comportamento.

## EMPATIA

Para que a interação com o paciente se torne terapêutica a enfermeira tem de tentar ou se esforçar para perceber a experiência do outro como ele a vivencia, estando sempre atenta para não perder seu papel de profissional ou mesmo sua identidade.

Quando esta percepção, do mundo do outro, ocorre podemos dizer que está ocorrendo a empatia que pode ser transmitida ao paciente de modo verbal ou não verbal é a chamada comunicação empática. Esta só ocorre quando conseguimos transmitir ao outro que o compreendemos tal como ele vivencia seu mundo.

Esta comunicação empática é vital para o desenvolvimento do processo de comunicação quando se tem como objetivo ajudar a alguém. Há necessidade da enfermeira possuir um nível de maturidade que lhe permita experimentar a empatia sem se deixar levar por um envolvimento emocional prejudicial aos objetivos, portanto, não terapêutico.

Estes dois aspectos empatia e envolvimento emocional são fundamentais para que a enfermeira compreenda o mundo do outro para lhe oferecer uma assistência individualizada, respeitando suas crenças, valores e cultura.

A empatia é colocada por *Sullivan (1953a,b)* como um dos primeiros sentimentos que surgem no relacionamento entre a criança e as pessoas que lhe são significativas. O

citado autor a descreve como uma sensação afetiva que a criança experimenta no relacionamento com estas pessoas.

Para *Arnold; Boggs (1989)*, empatia consiste em comunicar ao paciente as emoções subjacentes ao seu comportamento e das quais, às vezes, ele não tem consciência.

Os comportamentos da enfermeira que facilitam a empatia são classificados por *Clay (1984)* em cinco categorias: aceitar, ouvir, clarificar, informar e analisar. Para cada uma destas, apresenta uma lista de ações de enfermagem, sendo que a maioria corresponde à aspectos da comunicação em geral e às técnicas de comunicação terapêutica que serão discutidas em outro capítulo.

*Stefanelli et al. (1982)* afirmam que pesquisas têm demonstrado que a empatia tem de ser desenvolvida e pode ser aprendida.

A capacidade de empatia está intimamente relacionada ao envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal. Podemos afirmar que estes três elementos constituem a essência da união entre a arte e a ciência da enfermagem. A pessoa só consegue ser terapêutica, na relação com o outro, se possui estes três elementos como partes do seu eu. Tem de demonstrá-los, verbalmente ou não verbalmente, ao executar qualquer ação terapêutica, para que o outro a perceba como uma pessoa de ajuda.

Estar envolvido, experimentar a empatia e manter o respeito mútuo numa interação implica em gasto de energia. Temos de centrar nossa atenção no cliente e no ambiente para ouvir reflexivamente as mensagens emitidas verbalmente e "ouvir o silêncio" do paciente, ou seja, compreender o que ele expressa de modo não verbal para compreendê-lo em todas suas dimensões de ser humano e respeitá-lo como tal.