

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ALESSANDRA VACCARI

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ADESÃO

Porto Alegre

2008

ALESSANDRA VACCARI

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ADESÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Vera Catarina Castiglia Portella

Porto Alegre

2008

Dedico este estudo à:

*MEU PAI: pelo amor e princípios
que construíram minha
personalidade;*

*MINHA MÃE: pela atenção e
orientação voltada para o caminho
da intelectualidade;*

*MEU IRMÃO: pela compreensão e
esforço para fazer dos meus sonhos
realidade;*

*MINHA CUNHADA: pelo apoio e
exemplo na arte da Enfermagem;*

*MINHA ALMA GÊMEA: pelo amor
e companheirismo que torna meus
dias mais felizes;*

*MINHA VIDA: por fazer tudo
valer à pena e ter sentido.*

Agradeço a todas aquelas pessoas que de uma maneira ou de outra contribuíram para a formação do profissional que sou hoje.

Em especial à professora, orientadora, exemplo de Enfermeira e amiga Vera Portella.

“A Enfermagem é uma arte; e como arte requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor.

Mas o que é tratar da tela inerte ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo de espírito de Deus?

É uma das mais belas artes, eu quase diria, a mais bela de todas”.

(Florence Nightingale - 1860)

RESUMO

Buscou-se compreender a importância da comunicação no processo de adesão do paciente ao tratamento. Trata-se de um estudo com delineamento de pesquisa bibliográfica e abordagem qualitativa. O *processo de adesão* é um conjunto de passos ordenados, cujo objetivo é atingir uma meta: o comprometimento do paciente ao tratamento proposto. Esses passos são propostos ao paciente que deve compartilhar a responsabilidade de seu tratamento com o profissional de saúde. Um dos passos desse processo envolve a comunicação, a qual engloba uma série de fatores a ela relacionados que podem interferir de forma significativa na adesão. O estudo utilizou como fonte as bases de dados do LILACS, BENF e SCIELO, além de livros. Após organização dos dados foram identificadas três categorias: *“Profissional orienta paciente entende”*, *“Entre a emissão e a recepção da mensagem”* e *“Adesão como um processo”*. Ao final do estudo, que envolveu apenas “uma fatia” do processo pode-se perceber mais claramente a magnitude de fatores envolvidos, e o quanto deve ser difícil para o indivíduo que está vivendo a situação de doença assumir mudanças em seu estilo de vida.

Descritores: Enfermagem, Cooperação do Paciente, Conhecimento, Comunicação, Comunicação em Saúde.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento, Processo de Adesão ao Tratamento, Comunicação em Enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação do processo da comunicação.....	18
Figura 2: Representação da janela de johari.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO GERAL.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Adesão ao Tratamento.....	11
3.2 Conhecimento e Aprendizado.....	13
3.3 Processo de Comunicação.....	17
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de Estudo.....	29
4.2 Fonte de Dados.....	29
4.3 Coleta de Dados	30
4.4 Organização e Análise de Dados	31
4.5 Aspectos Éticos.....	31
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
5.1 “Profissional orienta paciente entende”	32
5.2 “Entre a emissão e a recepção da mensagem”	37
5.3 “Adesão como um processo”	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

A aparente falta de adesão ao tratamento proposto por profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, é um problema significativo em saúde pública no país; apesar das medidas tomadas a aderência em geral fica em torno de 50% (KURITÁ; PIMENTA, 2003; AGUIAR, 2006).

Certamente as pessoas são diferentes, as motivações têm um tom particular e o relacionamento profissional-paciente assume faces distintas nos vários cantos do mundo. De qualquer forma, a falta de adesão ao tratamento, é grande e torna-se um fator importante na evolução dos pacientes e na maneira como os profissionais encaram os resultados alcançados em seu dia-a-dia (AGUIAR, 2006).

Diante desse contexto, pode-se perceber a importância da atenção aos pacientes a fim de oferecer-lhes suporte suficiente para a tomada de decisão de cooperarem com o tratamento proposto pelos profissionais de saúde.

Henderson (1988), em sua definição de enfermagem, registra que o paciente para realizar o seu cuidado de saúde precisaria ter a força, o desejo e o conhecimento necessário para fazê-lo independentemente (HARMER; HENDERSON¹, 1955 *apud* HENDERSON, 1988). A partir deste conceito entende-se que a adesão ao tratamento é uma forma de comprometimento com o cuidado.

Durante a realização das experiências acadêmicas, tanto em área hospitalar como comunitária, pôde-se perceber o papel do enfermeiro como educador em saúde e como comunicador. Suas orientações podem colaborar para a compreensão das orientações de saúde e conseqüentemente ocorrer à aquisição do conhecimento para o paciente acatar seu tratamento.

Conforme Du Gas (1984), o conhecimento tem relação com a comunicação. E Taylor (2007) mostra que o entender a mensagem comunicada está ligada ao processo cognitivo.

O ato de comunicar constitui um instrumento capaz de proporcionar meios para que uma pessoa compreenda, entenda a outra; aceite e seja aceita; transmita e receba informação; proporcione e aceite orientação; ensine e aprenda. Comunicação é vista como um processo de trocas de informações, de geração e

¹ HARMER, B.; HENDERSON, V. **Textbook of the principles and practice of nursing**. 5. ed. New York: MacMillan, 1955. p4-5. [esgotado]

transmissão de significados entre duas ou mais pessoas (DU GAS, 1984; TAYLOR, 2007).

A partir do conceito de Henderson (1988) sobre o cuidado de saúde, e do conceito de Taylor (2007) sobre a aquisição de conhecimento pelo paciente; pode se ver que o entendimento das orientações recebidas (mensagem comunicada) ajuda a tomada de decisão dos pacientes para a adesão.

Processo, no latim *procedere* é verbo que indica a ação de avançar, ir para frente (*pro+cedere*). É conjunto sequencial e peculiar de ações que objetivam atingir uma meta. É usado para criar, inventar, projetar, transformar, produzir, controlar, manter e usar produtos ou sistemas (PROCESSO, 1993). Assim, pode-se pensar o *processo de adesão* como um conjunto de passos ordenados, cujo objetivo é atingir uma meta: a cooperação do paciente ao tratamento proposto.

Entretanto parece ocorrer dificuldade de adesão ao tratamento pelos pacientes, embora tenham recebido orientações do enfermeiro e demais profissionais. Daí surgem questionamentos: O enfermeiro está desempenhando eficazmente a sua função de educador? A comunicação entre o enfermeiro e o paciente é efetiva? O enfermeiro tem formação e habilidade como educador? Qual a responsabilidade do paciente em seu tratamento? Como ocorre a adesão ao tratamento? Quais elementos são necessários para uma comunicação efetiva? Ocorrem falhas nas etapas da comunicação? Em qual etapa?

Partindo dos três fatores propostos por Henderson (1988) como condições para que o indivíduo possa se comprometer com o seu cuidado. Este estudo teve como foco de partida o fator conhecimento, um dos fatores para que o indivíduo se cuide e por extensão, se comprometa com seu tratamento. Na delimitação do problema a preocupação foi o processo de comunicação, e mais especificamente a relação entre a comunicação e a adesão ao tratamento. Pois, acredita-se que se ocorrer problemas numa das etapas da comunicação o entendimento ficará prejudicado e conseqüentemente a aquisição do conhecimento. Assim, pretendeu-se compreender a importância da comunicação no processo de adesão do paciente ao tratamento.

Acredita-se que o estudo poderá oferecer subsídios para novas reflexões dos profissionais de saúde sobre a temática e a partir de novos estudos compreender as repercussões da adesão ao tratamento, e na eficácia das orientações em saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Compreender a importância da comunicação no processo de adesão do paciente ao tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O conhecimento é um dos fatores que Virgínia Henderson (1988) define para que o paciente realize o seu cuidado e a adesão ao tratamento é uma variável que se apresenta importante na decisão do paciente em realizar o seu cuidado. O enfermeiro é acima de tudo um educador, e um de seu instrumento de trabalho é a comunicação e esta deve ser utilizada inteligentemente pelo profissional para assegurar a boa qualidade da assistência (RAMOS, 1983).

3.1 Adesão ao Tratamento

Segundo o dicionário de Língua Portuguesa adesão significa o ato ou efeito de aderir. E aderir é estar ou tornar-se intimamente ligado, colado; ser aderente; colar; unir; juntar (ADESÃO, 1993, p. 11). Logo, entende-se que aderir a um tratamento é estar intimamente ligado com ele e para que isso ocorra espera-se ter uma boa interação com os profissionais que fazem parte dele.

Adesão, do latim *adhaesione*, significa, do ponto de vista etimológico:

[...] junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação de vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura entre uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre o profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive o cuidado (SILVEIRA; RIBEIRO, 2004-2005, p. 94).

No campo da saúde, a adesão corresponde ao grau de seguimento dos pacientes à orientação da equipe de profissionais de saúde (FLETCHER² *et al.*, 1989 *apud* SILVEIRA; RIBEIRO, 2004-2005).

² FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E. **Epidemiologia clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Silveira e Ribeiro (2004-2005) mostram que por tratar-se de um processo no qual os atores estão em contato com uma variedade de fatores que influenciam sua continuidade ou a descontinuidade no tratamento. Para o paciente, aderir ao tratamento não é tarefa fácil; pois enfrenta desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua da equipe de enfermagem, para que possa auxiliar o paciente manter sua parte do tratamento.

As evoluções dos tratamentos e o avanço na descoberta de novas drogas não implicam necessariamente na melhora do paciente e na alteração do curso da doença, pelo simples fato de que, por vezes, o profissional da saúde não consegue fazer com que suas orientações sejam seguidas conforme o planejado (AGUIAR, 2006).

A adesão ao tratamento pode ser apresentada como um complexo de fenômenos que podem influenciar a decisão do paciente de seguir a prescrição médica e os procedimentos do tratamento. Diferentes métodos foram utilizados no estudo da adesão, mas não foi encontrado um consenso sobre os conceitos de adesão e não adesão (CARDOSO; GALERA, 2006).

Também, a adesão ao tratamento representa a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios: primeiro estágio é a concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde, existe, freqüentemente, uma boa supervisão assim como uma elevada eficácia do tratamento; segundo estágio é a adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte; terceiro estágio é a manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos (SORAES³ *et al.*, 1997 *apud* URSINE, 2007)

O profissional da saúde tem um papel importante no processo de adesão, já que atua como agente facilitador através da conscientização, mudança de

³ SOARES, M.C., *et al.* O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. **Actas do 2.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, 1997.

comportamento e desenvolvimento da capacidade e da habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente. Para isso, os profissionais de saúde necessitam ter um conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, sendo responsáveis por propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças comportamentais por parte do indivíduo. Além disso, o entendimento pelo indivíduo da prática educativa e as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam à mudança no estilo de vida (TAKAYANAGUI; GUIMARÃES⁴, 2002 *apud* URSINE, 2007).

A informação é um fator chave para que os pacientes possam tomar a decisão de participar ativamente nas etapas de seu tratamento de saúde. Para tal, estes necessitam trocar informações com o profissional de saúde, sobre as quais farão a respectiva integração, compreensão e avaliação. O fornecimento de informação é um aspecto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que esta enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua autonomia máxima. Embora a adesão ao tratamento dependa da absorção da informação, o conhecimento ou informação sobre a doença não funciona por si só como um preceptor da adesão (URSINE, 2007).

3.2 Conhecimento e Aprendizado

A relação estabelecida entre um sujeito que conhece ou deseja conhecer algo e o objeto a ser conhecido ou que se dá a conhecer é o que pode se chamar de conhecimento. Portanto, para que ocorra o conhecimento são necessários dois elementos essenciais: o sujeito que quer conhecer e o objeto a ser conhecido (ROSAS, 2003; OLIVEIRA, 2007).

Oliveira (2007) mostra que o conhecimento também é utilizado como verbete para a nomenclatura do saber acumulado pelo homem através das gerações, experiências e aprendizados. Assim, pode se utilizar a palavra conhecimento para

⁴ TAKAYANAGUI, A.M.M.; GUIMARÃES, F.P.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Nutr.** v.15, n.1, 2002.

indicar o resultado adquirido pelo sujeito durante ou após o processo de ensino-aprendizagem.

O conhecimento pode ser adquirido de diversas formas, mas para que essa aquisição ocorra é primordial que a informação seja disponível de forma clara e acessível ao indivíduo. Este é um processo através do qual a pessoa transmite, a uma ou mais pessoas, pensamentos, idéias, sentimentos, conhecimento entre outros. A comunicação é parte inerente ao trabalho diário do enfermeiro, pois esse profissional além de comunicar-se com os pacientes ainda se comunica com a família, os amigos, os acompanhantes do paciente; com pessoas que visitam o seu local de trabalho; com outros membros da equipe de saúde e com outras pessoas necessárias. Mostra ainda que a motivação e orientação do paciente para aprender as atividades que ele necessita saber ou ser capaz de realizar para promover seu bem-estar ótimo é papel do enfermeiro em suas atividades diárias. A aprendizagem é um processo ativo que continua do nascimento até a morte. Durante toda a sua vida o indivíduo está continuamente aprendendo à medida que obtém informações, desenvolve habilidades e aplica-as na adaptação às novas situações de vida. Ela ocorre basicamente de duas formas seja informalmente através das atividades diárias, ou formalmente através de uma série de experiências com objetivos específicos (DU GAS, 1984).

A comunicação do enfermeiro com o seu paciente é fundamental para o planejamento e efetivação do ensino. Considera-se que os elementos da comunicação, como o contexto, os canais, a mensagem, o conteúdo, o efeito da resposta no receptor, são, também, essenciais para o ensino e a aprendizagem (ZAGO; CASAGRANDE, 1997).

Quando ocorre, a aprendizagem ocasiona mudança no processo de pensamento, ações, atitudes do aprendiz. A evidência dessas alterações pode, geralmente, ser observada no comportamento do aprendiz. Contudo, o processo interno de aprendizagem, aquilo que realmente permanece no interior do aprendiz, não se presta a uma observação direta. A aquisição do conhecimento ocorre na área cognitiva do aprendiz e a incorporação de atitudes é a área afetiva do aprendiz (DU GAS, 1984).

A aprendizagem tem alguns princípios que devem ser observados no momento das orientações de enfermagem, como nos mostra Du Gas (1984): a aprendizagem é mais eficaz quando é uma resposta a uma necessidade de parte do aprendiz; é

essencial a participação ativa de parte do aprendiz, caso se deseje que ocorra a aprendizagem; grande parte da aprendizagem ocorre através do mecanismo de associação; a aprendizagem é facilitada quando o aprendiz compreende os conceitos fundamentais sobre os quais se baseiam os assuntos aprendidos; também é facilitada quando o aprendiz obtém uma recompensa extrínseca ou intrínseca, como resultado de seu comportamento; a aprendizagem é facilitada quando o aprendiz pode visualizar o assunto a ser aprendido como parte de um todo; também quando o assunto é relacionado ao que ele já conhece e/ou quando o assunto é significativo para ele. A aprendizagem é retida por tempo mais prolongado quando se coloca imediatamente em execução e também precisa ser reforçada para ser retida.

O ensino e a aprendizagem são processos recíprocos. O papel do profissional consiste em ajudar o indivíduo a adquirir o conhecimento, habilidades e atitudes que necessita aprender. O ensino facilita a aprendizagem, mas não é uma questão apenas de transmitir as informações, é necessário que ocorram todas as alterações de comportamento de uma maneira eficaz. Alguns fatores podem afetar os processos recíprocos de ensino e aprendizagem como: as características do aprendiz, as características do professor, a natureza do assunto a ser aprendido, o clima social da situação em que esses processos estão ocorrendo (DU GAS, 1984).

Para que um indivíduo adquira conhecimento é necessário que a informação seja disponível de uma ou outra forma. Ela pode ser apresentada na forma de uma preleção, de um diálogo ou no curso de uma conversação. Existem estratégias de ensino que podem ser utilizadas para que o paciente adquira o conhecimento, como: discussão das informações e orientações entre o profissional e o paciente, utilização de ilustrações ou gráficos para esclarecer pontos mais difíceis, utilização de materiais audiovisuais para apresentar uma informação, matérias escritas com tópicos de saúde sobre o assunto a ser trabalhado e para as crianças ou idosos pode ser utilizado o ensino em forma de estórias ou teatros (DU GAS, 1984).

Transformar conhecimento em conduta humana relevante depende da capacidade do indivíduo em construir conceitos e utilizá-los no exercício profissional. Dessa forma, o conhecimento é experimentado por meio de uma atividade cognitiva de criação de sentido pelo aprendiz e não transmitido. Nesse sentido, a percepção do indivíduo é importante para que ele possa construir representações mentais sobre os fenômenos. A aprendizagem acontece pela interação que o aprendiz

estabelece entre os diversos componentes do seu meio ambiente, que inclui as informações disponíveis (saberes científicos e saberes práticos). A natureza e o tipo de interações agilizadas dependem da percepção que o indivíduo tem dos diversos componentes (STEDILE; FRIENDLANDER, 2003).

A educação do paciente é uma experiência de aprendizagem planejada, que se utiliza da combinação de métodos como o ensino, o aconselhamento, a comunicação, e que influenciam a modificação de comportamentos cognitivos, psicomotores e afetivos. Com o conhecimento desenvolvido, o paciente pode alterar o seu comportamento de saúde (BARTLET, 1985⁵ *apud* ZAGO; CASAGRANDE, 1997).

O estudo da cognição significa a construção de respostas sobre como o homem aprende, as estruturas cognitivas formam a base sobre quais novos conhecimentos são construídos. A construção de significados na mente é um processo mental personalizado e individualizado, envolvendo diferentes habilidades cognitivas que, por sua vez, dependem da interação de fatores individuais e ambientais. Os processos cognitivos são desenvolvidos na criança a partir das interações concretas que realiza, permitindo o fortalecimento de operações mentais, mediadas pelo pensamento, as quais, gradualmente, ampliam-se no aspecto da complexidade. Com o passar do tempo, não há mais necessidade do concreto, e as abstrações permitem ampliar, ainda mais, o desenvolvimento cognitivo. Os desdobramentos dessas habilidades cognitivas dependem, ainda, das interações subjetivas do próprio sujeito com o ambiente (STEDILE; FRIENDLANDER, 2003). Os autores ainda mostram, que embora as pesquisas estejam bastante desenvolvidas em relação ao estudo da cognição, esses parecem ainda não dar conta de esclarecer os variados e complexos mecanismos que integram e interagem na construção do conhecimento. Também, grande parte dos pesquisadores aceita a idéia de que o conceito de cognição inclui processos mentais superiores: conhecimento, inteligência, pensamento, imagem, criatividade, planejamento, geração de estratégias, raciocínio, classificação, inferência, conceituação, simbolização, linguagem, entre outros, os quais precisam ser muitas vezes associados para responder às exigências de um ambiente complexo. As teorias existentes não proporcionam isoladamente uma explicação satisfatória sobre como uma pessoa

⁵ BARTELET, E.E. At last, a definition. **Patient Edc. Couns.**, v.7, p.323-4, 1985.

pensa e aprende isto porque cada uma focaliza aspectos diferentes do desenvolvimento cognitivo e, em conjunto, podem dar respostas mais completas a essa questão.

Numa dada situação, o indivíduo resgata certo número de elementos que lhe permitem construir uma representação daquela situação a ser gravada cognitivamente na memória. Essas representações podem servir para inferir aspectos de novas situações encontradas ou simular situações (GREENO, 1991⁶ *apud* STEDILE; FRIENDLANDER, 2003). A aprendizagem realiza-se pela construção de modelos mentais e pela sua negociação; suas propriedades são verificadas ou corrigidas por meio da simulação ou interação social (STEDILE; FRIENDLANDER, 2003).

3.3 Processo de Comunicação

Para Taylor (2007) a base da sociedade é o processo de comunicação e assim, o principal aspecto de interação entre o enfermeiro e o paciente.

Ao se parar para pensar no momento atual de vida, dificilmente será lembrado alguma coisa que não esteja associado a um ato comunicativo, que começa a partir de idéias, pensamentos ou sentimentos, ou seja, um estímulo que desencadeia o processo comunicacional (STEFANELLI, 2005c). É a comunicação que permite aos seres humanos afirmar que existem como tais. A capacidade de o ser humano comunicar-se com outras pessoas são inerentes ao comportamento humano (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Stefanelli (2005c) mostra que para o processo comunicacional ter início:

[...] há sempre alguém (emissor) com uma curiosidade, necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (mensagem) que precisa ser esclarecido, dito para outra pessoa. O emissor sente-se, então, estimulado a iniciar um contato interpessoal e pensa em como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal) a fim de tornar comum o conteúdo de sua informação ou

⁶ GREENO, J.G. Environments for situated conceptual learning. *In*: BIRNBAUM L, editor. International Conference on Learning Sciences; 1991. Charlottesville: Association of the Advancement of Computing Education; 1991. p.211-9.

idéia para outra pessoa (receptor). Este por sua vez, reagirá à mensagem recebida apresentando sua reação (resposta) (STEFANELLI, 2005c, p. 26).

Portanto, comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e o modo que ocorre esse intercâmbio pode exercer influência no comportamento das pessoas envolvidas a curto, médio ou longo prazo. Essa influência pode ser observada tanto quando os envolvidos estão isolados, distantes uns dos outros ou no mesmo ambiente em que a comunicação ocorre. Isso permite afirmar que as pessoas estão constantemente envolvidas por um campo interacional (STEFANELLI, 2005c).

A figura 1 mostra a relação entre os conceitos descritos à cima.

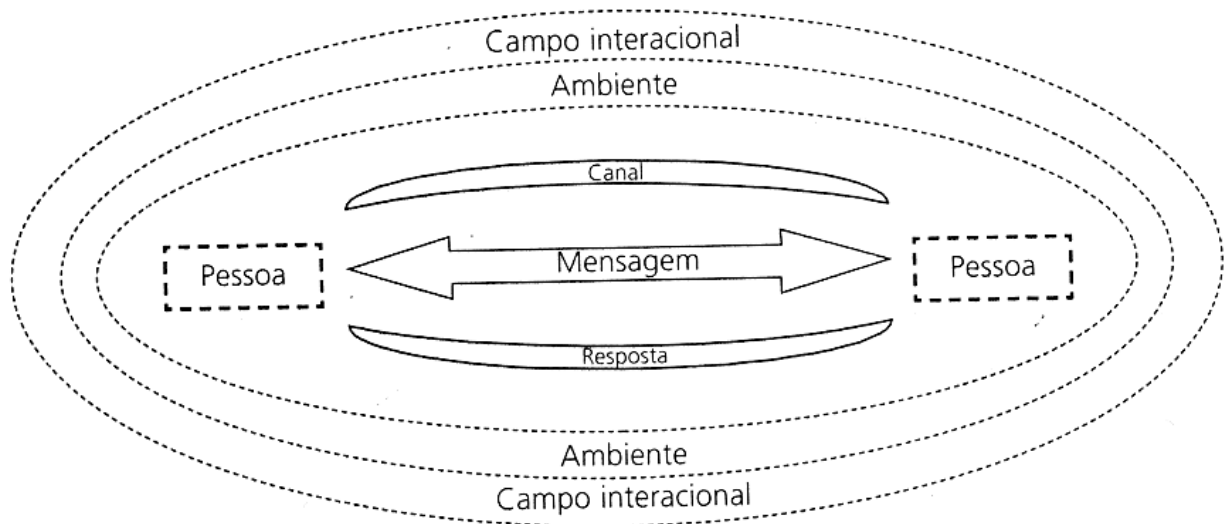


Figura 1: Representação do processo da comunicação (STEFANELLI, 2005c).

A comunicação eficaz significa que a mensagem transmitida pelo emissor atingiu o receptor visado, e que essa foi recebida por ele e foi interpretada corretamente e que o receptor foi capaz de responder, de alguma forma significativa, para indicar que recebeu a mensagem (DU GAS, 1984).

A comunicação pode ser considerada um sistema aberto com as seguintes propriedades, é um processo complexo, cujos elementos estão concatenados e os comunicadores interagem entre si simultaneamente, não em seqüência; é um processo interdependente, os comunicados afetam-se mútua e simultaneamente e apresentam variáveis interdependentes. É um processo adaptativo, que envolve *feedback*; é um processo padronizado de comportamento, governado por regras. A

comunicação deve funcionar continuamente, para sustentar padrões de relacionamento e as regras apoiadas no uso de símbolos; é um processo hierarquicamente ordenado que inclui subsistemas. É um processo orientado para a interação entre duplas, muitos, grupos, organizações e sociedade (CARVALHO e BACHION, 2005).

Existem quatro processos básicos da comunicação: codificação, significado e pensamento, persuasão e mudanças e informação. O processo de codificação implica a compreensão de códigos (ou signos) verbais e não-verbais que são utilizados na comunicação. Ao longo do crescimento e desenvolvimento as pessoas aprendem o uso da fala e da linguagem, isto é, um processo de emissão e recepção de mensagens codificadas. A compreensão básica do processo de significado e pensamento é que os signos têm significância para as pessoas, e o conjunto de signos expressos nas mensagens é produto do pensamento. No processo de informações, as mensagens fornecem informações que podem ser medidas quantitativamente. As informações ocorrem em três níveis: o teórico, voltado para a correta transmissão da informação; o semântico, que trata dos significados para a fonte e para o receptor; e, o de eficiência, que aborda a informação sobre o receptor. O processo de persuasão e mudança refere-se aos efeitos da comunicação, ou seja, como as mensagens alteram as atitudes, ações e valores dos receptores (LITTLEJOHN, 1982⁷ *apud* CARVALHO; BACHION, 2005).

A comunicação verbal refere-se às mensagens escritas e faladas que ocorrem na forma de palavras como elementos da linguagem que se utiliza para se comunicar. A linguagem é uma maneira estabelecida de usar as palavras, inclui definição comum destas e um método de organizá-las em uma determinada ordem. A linguagem é fortemente influenciada pela cultura, e é o recurso que a pessoa adota para expor suas idéias, experiências, sentimentos com outras pessoas. Sem a linguagem a pessoa limitaria sua capacidade de classificar e dar informações de modo a ser compreendida, ou seja, de comunicar-se (STEFANELLI, 2005c; TAYLOR, 2007).

Stefanelli (2005c) diz que comunicação não-verbal se caracteriza pelas mensagens emitidas através da linguagem corporal, como expressões faciais, postura do corpo, gestos. Essa forma de comunicação merece uma atenção

⁷ LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

especial, pois não se tem controle consciente sobre ela. Também, junto com a comunicação paraverbal, informa como as mensagens podem ser compreendidas.

Na medida em que o enfermeiro acumula experiência percebe que o paciente não consegue verbalizar todas as suas necessidades; assim, ele deve ser detentor da arte de cuidar das pessoas, de perceber até mesmo o que não é verbalizado, mas que está expresso no modo de ser do outro (SILVA, 2005). O autor nos mostra que o estudo e o ensino da comunicação não-verbal são ações que transformam o conceito e a percepção do profissional de saúde de sua relação com o paciente. Com essas pesquisas, quando se dá “voz” aos pacientes, fica claro que a base das relações terapêuticas é a comunicação efetiva.

Ainda se pode ter um terceiro tipo de comunicação, a paraverbal, que são manifestações do tipo: presença de rubor, sudorese, tremores, lacrimejamento, palidez, tom da voz, ritmo da fala, entre outros, embora essas necessitem ser validadas pela comunicação verbal. Alguns autores classificam esse tipo de comunicação dentro da comunicação não-verbal (STEFANELLI, 2005c).

No desempenho das funções pertinentes ao enfermeiro a comunicação está intrinsecamente presente e tem importante papel. Na função de educador, o enfermeiro utiliza-se da comunicação para desenvolver programas de educação para a saúde em grupos de pacientes e famílias e de educação continuada em serviços. Na função técnica que a competência em comunicação deve estar associada com a mesma importância da competência clínica para que o paciente possa se beneficiar com um cuidado de alta qualidade científica e humanitária, lhe proporcionando o direito de saber o que está sendo realizado com ele. Na função de gerenciamento o enfermeiro deve se valer da comunicação o tempo todo, para interagir com a equipe de enfermagem e demais profissionais, na rede organizacional e no exercício da liderança (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Segundo SILVA (1996), a tarefa do profissional da saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia para, só então, estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas percepções e necessidades. Ressalta, ainda, que o enfermeiro por interagir diretamente com o paciente, precisa estar mais atento ao uso adequado das técnicas de comunicação interpessoal.

As funções da comunicação geralmente são apresentadas como investigação, transmissão de idéias, persuasão e entretenimento, conhecimento de si mesmo e do outro, estabelecimento de relacionamento significativo, mudança de atitude e comportamento, satisfação das necessidades de inclusão, controle e aferição. Dentre essas o estabelecimento do relacionamento significativo com o paciente é uma das principais funções da comunicação na assistência de enfermagem. É por meio desse relacionamento que o enfermeiro acolhe o paciente, colhe dados fidedignos sobre ele, sua doença, suas necessidades, sentimentos e pensamentos, e oferece elementos para que ele desenvolva sua capacidade de autocuidado e para a satisfação de suas necessidade em algum grau, bem como seu potencial para a participação no tratamento, em sua recuperação e reintegração à família e comunidade (STEFANELLI, 2005c).

A enfermagem como vocação, arte, técnica e profissão, em qualquer que seja o contexto sócio-cultural considerado, depende sempre da comunicação entre seres humanos. O enfermeiro poderá como comunicador em potencial, interferir em uma dada situação, tornando-a efetiva através do seu conhecimento dos elementos que atuam como adjuvantes ou oponentes ao processo de comunicação (ENOKI *et al*, 1987).

Segundo Stefanelli (2005c), os elementos do processo de comunicação são: emissor, mensagem, canais, receptor, percepção, resposta e ambiente. O emissor é a fonte original da mensagem, é quem codifica, produz e emite as informações (mensagem) para o outro. Isso não é característica apenas da comunicação verbal, mas também da não-verbal. Também a emissão da mensagem envolve a articulação das palavras, o aparelho fonador. O receptor é quem vai receber a mensagem, é para quem a mensagem foi enviada e esse irá emitir a sua resposta. Somente após a existência da resposta do receptor, podemos considerar que o processo de comunicação realmente ocorreu. A mensagem é o conteúdo transmitido por meio das variadas formas de comunicação (verbal, não verbal ou escrita). Consiste em um estímulo produzido pelo emissor e deve ter ou passar a ter significado comum para ele e para o receptor. O propósito da mensagem para o emissor é de partilhar informações com o(s) receptor(es). As mensagens são transmitidas através de canais. Geralmente, na comunicação interpessoal os canais se referem aos órgãos dos sentidos visão, audição, tato e também devemos considerar o paladar e o olfato. Em um ato comunicativo, usa-se um ou mais canais associados. O uso efetivo de

nossos sentidos durante a comunicação assegura a percepção com qualidade da mensagem.

A percepção da mensagem é seletiva e abrange processos mentais. Refere-se ao processo de como uma pessoa desenvolve seu conhecimento e pensamento a respeito de outra: suas características, suas manifestações de comportamento. É a percepção que dá o significado a interação das pessoas com os outros e tem uma influência muito forte de suas crenças, valores, atitudes e expectativas, bem como de sua linguagem e experiências. Diante dos múltiplos estímulos que o receptor recebe ele focaliza sua atenção em um ou alguns dos aspectos apresentados, formando a sua impressão. Isso explica porque diferentes pessoas podem descrever o mesmo fato de maneiras e com características diferentes (STEFANELLI, 2005c).

As orientações de saúde fornecidas pelo enfermeiro devem fazer sentido para o paciente, em termos de sua percepção leiga dos problemas de saúde, além de reconhecer e respeitar a experiência e a opinião do mesmo sobre sua condição. O profissional deve refletir sempre sobre o papel de seu próprio *background* social, sua cultura, *status* econômico, religião, educação, gênero, preconceitos pessoais e poder profissional no sentido de melhorar a comunicação com o paciente e no alcance de uma assistência à saúde efetiva (HELMAN, 1994).

A resposta envolve a decodificação da mensagem recebida e sua interpretação. Durante a comunicação o indivíduo recebe mensagens em reação as que enviou e vice-versa, mas a resposta indicará se o significado da mensagem foi interpretada da maneira correta, tornou-se comum ou foi entendida. Se a resposta oferece um apoio ou estimula o comportamento do outro, ela é considerada positiva. Em comunicação as características positivas ou negativas estão relacionadas com o fato de ter ou não provocado um efeito sobre as pessoas envolvidas no processo. Esse efeito pode ser emocional, físico ou cognitivo, pode ainda ser sobre dois ou três desses domínios (STEFANELLI, 2005c).

Uma estratégia que pode ser utilizada na comunicação terapêutica é pedir para o paciente repetir o que lhe foi orientado, servindo assim tanto para ajudar na validação da mensagem por ele expressa como para verificar se ele compreendeu a mensagem emitida pelo enfermeiro. Ao partilhar a percepção da mensagem, o enfermeiro oferece a oportunidade ao paciente de corrigir percepções ou informações inadequadas. Isso evita que se prossiga o cuidado com base em falsas

premissas e, conseqüentemente, com a assistência inadequada (STEFANELLI, 2005a).

A validação da compreensão da mensagem é uma técnica importante para que ocorra a comunicação efetiva. O enfermeiro deve repetir a mensagem e pedir para o paciente também repetir, para verificar se a compreensão está correta, pois cada um recebe e interpreta a mensagem de acordo com a sua própria vida (SANNA, 1983).

Pode-se falar que a comunicação é efetiva ou eficiente quando o outro oferece uma resposta ou mudança de forma consciente ao demonstrar compreensão da comunicação havida. Isso ocorre quando se oferece ao outro os elementos para que ele entenda as vantagens e desvantagens de um procedimento, de tratamento e ele tem a oportunidade de tomar decisões com base em informações adequadas. Para atingir esses estágios, o enfermeiro vale-se de sua competência interpessoal no uso do conhecimento sobre comunicação humana e das estratégias que tornam a comunicação terapêutica. Desse modo, mesmo que o paciente decida por não fazer o tratamento ou submeter-se ao procedimento proposto, a comunicação é considerada bem sucedida, pois houve esclarecimento sobre o assunto em questão, clarificação e validação da compreensão da comunicação ocorrida (EDWARDS; BRILHANT, 1981⁸ *apud* STEFANELLI, 2005c).

O ambiente em que as pessoas interagem tem influência decisiva na qualidade da comunicação entre elas e o resultado. Ele pode influenciar as condições emocionais e físicas dos envolvidos, interferindo na expressão e percepção das mensagens. Como cada ato comunicativo é único e não passível de repetição, o ambiente deve ser propício para que ocorra a comunicação do enfermeiro com o paciente, este deve ter as melhores condições possíveis dentro de cada realidade vivida, tentando manter a segurança, o conforto e a privacidade deste. O ambiente é um dos componentes do processo de comunicação, mas também uma variável que tem forte influência sobre o êxito ou não do processo comunicacional. O ambiente engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as pessoas que interagem, sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço. Quando um paciente é interrogado em um ambiente não familiar e/ou próximo a outras pessoas suas respostas são diferentes daquelas

⁸ EDWARDS, B.J.; BRILHANT, J.K. **Communication in nursing practice**. Saint Louis: Mosby, 1981.

em que a comunicação ocorre em um ambiente familiar e/ou com privacidade entre o paciente e o profissional (STEFANELLI, 2005c).

Para o estabelecimento de um ambiente no qual o sentimento de confiança possa ser desenvolvido, o enfermeiro deve seguir alguns princípios básicos, segundo Stastny (1965)⁹ *apud* Teixeira (1985): ouvir atentamente as queixas do paciente, mesmo quando sua conversação se torna repetitiva e negativista; desenvolver o sentimento de empatia e demonstrar interesse pelos sentimentos do paciente, mesmo que estes não sejam lógicos para o enfermeiro; ser consciente e constante na sua conduta em relação a ele; compreender que as manifestações de hostilidade do paciente ou sua agressividade não são dirigidas contra o enfermeiro e sim fruto da comunicação inadequada.

O processo de comunicação não é estagnado, é dinâmico e pode sofrer a ação de vários fatores que são denominados variáveis na comunicação. Esses podem trazer tanto benefícios quanto prejuízos para a compreensão das mensagens. As variáveis da comunicação são: o enfermeiro e o paciente, a linguagem usada, o ambiente ou contexto, já discutido anteriormente, a disponibilidade de ambos e o senso de oportunidade do profissional (STEFANELLI, 2005c).

As condições em que o enfermeiro se encontra no momento da comunicação com o paciente têm influência no processo de comunicação, pois tudo que o enfermeiro é, diz ou faz, ou seja, seu comportamento comunica alguma coisa e pode afetar o comportamento do paciente. Tanto enfermeiro quanto paciente são seres humanos e únicos, e como tais têm suas particularidades. O profissional necessita conhecer suas características e como elas interferem em sua competência comunicacional para qualificar sua comunicação com o outro. Também, deve estar atento as características do paciente e como elas interferem o modo de ser e comunicar-se do mesmo. Ambos paciente e enfermeiro, também estão sujeitos a influências emocionais, físicas, intelectuais, culturais, sociais e ainda de suas condições de saúde. Como por exemplo, pode ser citado raiva, cansaço, dor, nível de instrução e escolaridade, origem étnica, entre outros. A preocupação com o problema de saúde muitas vezes faz com que o paciente fixe sua atenção nele, prejudicando a compreensão de informações importantes para seu tratamento e recuperação. Nem sempre essas situações têm a ver diretamente com o processo

⁹ STASTNY, J.P. Helping a patient to trust. **Perspect. Psychiatr. Care**, Hillsdele, v.3, n.7, 1965.

comunicacional em si, mas influenciam-no e pode tornar inefetiva a experiência vivenciada (STEFANELLI, 2005c).

O enfermeiro pode ser o agente de troca ou terapeuta e a comunicação o meio pelo qual o relacionamento se estabelece então a competência em comunicação é a função ou a habilidade do prestador de assistência para desenvolver e manter um relacionamento adequado com o paciente (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

A linguagem deve ter significado comum para que a mensagem seja apreendida e compreendida por ambas as pessoas envolvidas no processo comunicacional. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de avaliar qual o vocabulário mais adequado para cada paciente ou ainda para cada ato comunicacional; buscando com que a mensagem emitida não perca seu valor (STEFANELLI, 2005c).

Com freqüência, os profissionais de saúde pressupõem que o paciente compreendeu as mensagens. A própria formação dos enfermeiros e outros profissionais da saúde contribuem para essa forma de agir. Pois os profissionais recebem uma gama de informações sobre saúde e doença e quando vão orientar os pacientes sobre algo supõe que a pessoa que está ouvindo entende tudo o que está sendo dito, não necessitando de mais explicações. O profissional deve se esforçar para utilizar um linguajar comum com o paciente evitando assim essa barreira da comunicação (STEFANELLI, 2005b).

A disponibilidade das pessoas envolvidas no processo de comunicação necessita ser considerado atentamente, pois dela depende boa parte do êxito desse processo. O enfermeiro deve colocar-se a disposição para atender ao paciente quando esse necessitar, caso isso ocorra num período onde o enfermeiro não está disponível este deverá providenciar atendimento ao paciente. Se durante o atendimento ao paciente disser que está disponível, mas mostrar-se atento a outras coisas, o paciente poderá sentir-se rejeitado e sua auto-estima diminuir, influenciando decisivamente no ato comunicativo que se desenvolvera naquele momento. A recíproca também é verdadeira, então o profissional deve ter o bom senso e fazer um acerto entre seu tempo disponível e o do paciente para estabelecer o atendimento, a comunicação. O senso de oportunidade do profissional é saber se o paciente está pronto para receber informações e orientações. Pois nada adianta orientar um paciente se a sua preocupação está centrada em outra coisa ou outro aspecto de sua vida (STEFANELLI, 2005c).

Os ruídos na comunicação referem-se à energia presente durante o processo, que não são relacionados aos interesses das pessoas envolvidas. Ele pode ser prejudicial ao envio ou à compreensão da mensagem e à resposta. O ruído se interpõe ao canal de comunicação, podendo alterar a estrutura da mensagem. A interferência ocorre em qualquer das etapas da comunicação. Comumente, o ruído é associado a sons, desconforto físico e psicológico dos interlocutores ou, ainda, ao próprio ambiente ou repertório das pessoas envolvidas. O receptor poderá perceber a mensagem distorcida e produzir respostas inesperadas em função dos ruídos presentes durante o processo comunicativo, e esses, dependendo da sua intensidade podem ser classificados como barreiras à comunicação. O enfermeiro, ao pensar em tornar efetiva a comunicação com o paciente ou utilizá-la da forma mais benéfica possível deve levar em conta as barreiras a ela relacionada. Contudo se o profissional não estiver consciente delas poderá acarretar prejuízos não só para o paciente como para si mesmo, como pessoa e como profissional. As barreiras à comunicação são fatores que podem impedir limitar ou retardar o desenvolvimento do processo de comunicação entre as pessoas, bem como entre os profissionais. A limitação do emissor ou receptor pode se localizar em quaisquer dos elementos do chamado “aparelho de comunicação”, que inclui o aparelho fonador, capacidade de escrutínio, memória e tomada de decisão. A causa ocorre, geralmente, por deficiência orgânica, da memória, da atenção ou raciocínio. A limitação pode então estar na incompreensão da mensagem, assim o paciente poderá ter dificuldade em apreender e compreender toda a informação dada (STEFANELLI, 2005b; STEFANELLI, 2005c).

A falta da capacidade de concentração da atenção pode surgir como barreira em consequência do desvio da atenção do receptor por qualquer ruído que ocorra no ambiente no qual ocorre à comunicação. O grau de limitação da capacidade de concentrar a atenção varia de uma pessoa para outra. Existem fatores que levam a esse comportamento, como problemas orgânicos, tensão ambiental ou subjetiva e desconhecimento do linguajar utilizado. Também estímulos ambientais como o frio, o calor, os ruídos, dependendo de suas intensidades são geradores de desconfortos que podem contribuir para essa limitação. A questão cultural também pode fazer-se presente como barreira na comunicação efetiva. A imposição de esquemas de valores aos pacientes é uma delas. Crenças, valores, atitudes e padrões de comportamento são determinados ou adquiridos de acordo com a cultura de cada

povo. Quando os valores entre o emissor e o receptor são discrepantes, pode-se dizer que se está diante a uma barreira. Ambos, como seres humanos únicos, têm direitos de ter as próprias crenças, mas deve haver respeito mútuo, cabendo ao profissional a responsabilidade de sua manutenção. O enfermeiro deve se conhecer para não correr o risco de mesmo que inconscientemente imponha seus valores ao paciente. Outras barreiras existentes na comunicação efetiva são a falta de linguajar comum entre o enfermeiro e o paciente e a influência de mecanismos de defesa inconsciente ou parcialmente conscientes por partes tanto do enfermeiro quanto do paciente (STEFANELLI, 2005b).

Dentre as teorias humanistas que se dedicam à revelação e compreensão dos indivíduos, durante a comunicação, para que culminem numa compreensão mútua está a que utiliza a Janela de Johari (CARVALHO; BACHION, 2005).

A Janela de Johari é um modelo conceitual com o objetivo de auxiliar no entendimento da comunicação interpessoal e nos relacionamentos com um grupo. Foi desenvolvida por Joseph Luft e Harrington Ingham em 1955, de seus nomes foi composta a palavra Johari (Jo de Joseph e Hari de Harrington) (FARIA, 2006).

Este modelo mostra, segundo Faria (2006), que há áreas do nosso comportamento e atitudes que conhecemos do nosso comportamento; e atitudes e outras que não conhecemos. As pessoas que se relacionam conosco também enxergam nossos comportamentos e atitudes, da forma deles, tendo também uma área conhecida para eles sobre a nossa pessoa e uma área desconhecida, como mostra a figura 2.

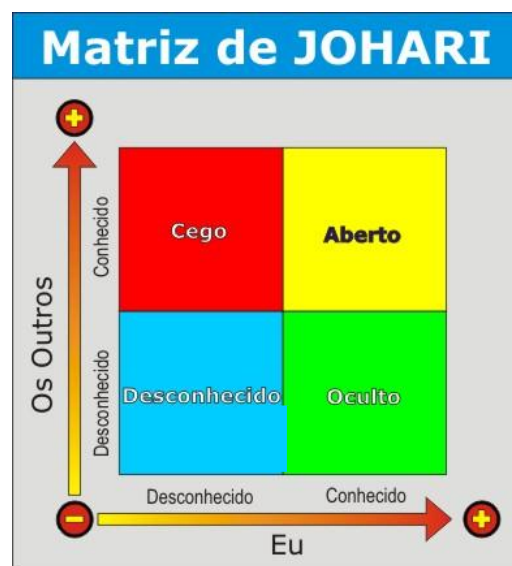


Figura 2: Representação da janela de Johari (FARIA, 2006).

Ainda Faria (2006) nos explica que a área do “Eu Aberto” significa as qualidades que a própria pessoa sabe que tem e os outros não; é uma espécie de retrato onde a pessoa se identifica assim como os outros a identificam. A área do “Eu Oculto ou Secreto” são as qualidades que só a própria pessoa sabe que tem, mas os outros não sabem; é o que a pessoa realmente é, mas esconde das demais. A área do “Eu Cego” são as qualidades que a própria pessoa não sabe que tem, mas os outros sim; é a percepção dos outros sobre a pessoa. A área do “Eu Desconhecido” são as qualidades que nem a própria pessoa nem os outros sabem que a pessoa possui; é o que está presente no subconsciente, difícil de ser analisado e percebido.

4 METODOLOGIA

Está apresentado a seguir o tipo de estudo, fonte de dados, coleta de dados, organização e análise de dados e, os aspectos éticos envolvidos no estudo.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo foi desenvolvido de acordo com o delineamento de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científicos, teses e dissertações. A principal vantagem deste tipo de pesquisa reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia ser pesquisada diretamente.

A abordagem qualitativa, para Lüdke e André (1986), consiste em analisar os dados trabalhando com todo o material adquirido durante a pesquisa. Esta análise deve estar presente nos vários estágios da pesquisa, tornando-se mais sistemática e formal após a finalização da coleta de dados.

4.2 Fonte de Dados

As fontes devem fornecer as respostas adequadas à resolução e/ou entendimento do problema proposto (GIL, 2002).

Foram utilizados como fontes livros, periódicos, artigos científicos e bases de dados (MEDLINE; SCIELO; LILACS; BDENF) que contemplaram o tema desenvolvido na pesquisa.

4.3 Coleta de Dados

Após a identificação, localização e obtenção das obras tidas como suficientes para a realização da pesquisa, seguiu-se a leitura do material. Esta leitura foi realizada para a obtenção de respostas ao problema proposto e seguiu essas etapas: identificação das informações e dos dados constantes no material impresso, estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto e realização da análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores (GIL, 2002).

A leitura seguiu o proposto pelo autor, que considerou quatro tipos de leitura, as quais ocorrem conforme o avanço da pesquisa bibliográfica. Primeiramente desenvolveu-se a leitura exploratória, que teve por objetivo verificar o quanto a obra consultada interessava à pesquisa; em seguida procedeu-se a leitura seletiva, isto é, a determinação do material que de fato interessou à pesquisa, evitando a leitura de textos que não contribuam para a solução do problema. Logo, seguiu-se a leitura analítica, para ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de maneira que estas subsidiem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa. Por último ocorreu à leitura interpretativa, que objetivou relacionar o que os autores afirmavam com o problema para o qual se propusera uma solução (GIL, 2002).

Os livros, periódicos e artigos pesquisados foram do período de 1990 a maio de 2008; entretanto, por não existir publicações mais recentes de algumas das fontes integraram a pesquisa livros e artigos com suas publicações a partir de 1983, conforme citados nas referências deste trabalho.

Os descritores utilizados para a busca bibliográfica foram enfermagem, cooperação do paciente, conhecimento, comunicação, comunicação em saúde. Ainda para completar essa busca foram utilizadas as palavras-chave adesão ao tratamento, processo de adesão ao tratamento e comunicação em enfermagem.

4.4 Organização e Análise de Dados

Os dados foram organizados e categorizados para análise seguindo o modelo Lüdke e André (1986).

O material coletado das fontes utilizadas foi examinado no intuito de aprofundar o conhecimento, descobrindo assim diferentes pontos de vista e ampliando a visão acerca do tema estudado.

O primeiro passo da análise foi à construção de um conjunto de categorias descritivas. Para a formulação destas foi preciso ler e reler o material até chegar a uma espécie de impregnação do seu conteúdo. Estas leituras possibilitaram a diferenciação do material em seus elementos componentes. É importante lembrar que nesta etapa deve ser considerado tanto o conteúdo manifesto quanto o conteúdo latente do material (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A categorização por si só não esgota a análise, é preciso que o pesquisador ultrapasse a mera descrição e faça um esforço de abstração, estabelecendo conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações. Foram estabelecidas ligações entre os autores, relacionando-os e fazendo associações com a prática do pesquisador, a fim de elucidar os questionamentos propostos pela pesquisa. É preciso acrescentar algo ao já conhecido (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

4.5 Aspectos Éticos

O pesquisador respeitou a autoria das fontes pesquisadas, referenciando os autores citados no texto e nas referências bibliográficas conforme a lei vigente que rege os direitos autorais no país (BRASIL, 1998).

A citação das fontes utilizadas foi realizada conforme as normas da ABNT, que atualmente estão vigentes no país.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao iniciar o estudo tinha-se a idéia que a adesão ao tratamento estaria relacionada à teoria de Henderson (1988) remetendo-se à idéia que para o paciente cuidar-se necessitaria de conhecimento, força e vontade. Também, se acreditava que o enfermeiro como profissional graduado em saúde e como educador, deteria o conhecimento e seu papel estaria condicionado a repassar as informações ao paciente, que então estaria apto a aderir ao tratamento. Assim, a adesão ao tratamento estaria ligada à transferência de conhecimento do enfermeiro para o paciente e, embora se soubesse que esta também passaria fortemente por fatores psico-emocionais, não se imaginava que as orientações fornecidas estariam suficientemente claras para que o paciente tivesse entendido e, portanto, iria acatar todas as orientações para seu tratamento, e se não assumisse seu papel era porque não tinha vontade de se tratar. Porém, não se observava este curso na prática diária. Então, se decidiu estudar o fator conhecimento e este ligado à comunicação, pois se acreditava que este era o fator de maior interferência na adesão ao tratamento pelo paciente. Entretanto, não se imaginava que a adesão ao tratamento tivesse a complexidade encontrada.

Ao concluir a coleta de dados e após as leituras do material, que possibilitou a diferenciação do mesmo em seus elementos componentes, formularam-se três categorias que são: ***“Profissional orienta paciente entende”***, ***“Entre a emissão e a recepção da mensagem”*** e ***“Adesão como um processo”***.

5.1 ***“Profissional orienta paciente entende”***

A primeira categoria identificada foi ***“Profissional orienta paciente entende”*** essa compreende todos os fatores da comunicação que dependem do enfermeiro (emissor) e do paciente (receptor).

No dia a dia dos profissionais da saúde, incluindo os enfermeiros, pode-se observar a relação de poder com que esses agem com seus pacientes. Muitas vezes, se espera que o paciente assuma uma atitude passiva em relação ao seu

tratamento acatando todas as orientações e informações transmitidas, e o profissional uma atitude de que detém o saber e o poder em relação à saúde e vida do paciente. Normalmente, esse profissional não tem a preocupação se o paciente entendeu as orientações, pois é considerado que o seu trabalho foi realizado a partir do momento em que repassou as informações. Considerando que as pessoas chegam ao consultório como caixas vazias a qual o profissional enche de orientações importantíssimas ao final da consulta ou conversa a caixa é fechada e o paciente retorna a sua casa para por em prática tudo o que lhe foi dito. A vivência mostrou que essa atitude de poder para com o paciente é contrária a qualquer tentativa de adesão ao tratamento por parte do indivíduo.

Não se pode esquecer que os pacientes são humanos e devem ser tratados como tais. Todos querem ser bem recebidos e ter suas solicitações atendidas. A humanização do atendimento tão enfatizada durante a academia mostra isso, ou seja, é gente tratando de gente.

Certa vez, uma senhora do interior do estado estava em uma consulta de enfermagem e o enfermeiro estava exaustivamente lhe orientando quanto ao seu tratamento; enquanto esta falava somente do incêndio que tinha acontecido em sua casa, pois foi um momento muito triste e com muitas perdas. Naquele momento a necessidade da paciente era conversar sobre o incêndio, provavelmente após essa conversa a paciente estaria mais tranqüila, pois alguém a escutou e sanou a sua necessidade, então o profissional poderia lhe orientar para o seu tratamento. Na situação descrita acima não ocorreu o processo de comunicação, pois o enfermeiro como não conseguiu mudar seu plano prévio para a consulta de enfermagem e atender a prioridade da paciente, para depois, se esta estivesse mais tranqüila abordar assuntos de sua saúde, ficou parte da consulta questionando a paciente sobre o problema da dislipidemia e ela sobre seu incêndio, a situação estava caracterizada como uma “Torre de Babel”, pois a linguagem entre os dois era significativa.

Deve-se perceber também o que não está verbalizado e, sempre que possível e necessário, dar “voz” ao paciente, como mostram Stefanelli (2005c), Taylor (2007) e Silva (2005). Buscando que a mensagem transmitida seja uma resposta coerente com a necessidade do paciente naquele momento, fazendo sentido para o receptor, e esse participe do processo de comunicação de forma ativa, segundo Du Gas (1984) e Helman (1994). O processo de comunicação depende de o enfermeiro estar

atento também às manifestações não-verbais e paraverbais do paciente, para assim adaptar a mensagem conforme as necessidades momentâneas.

O atendimento deve ser realizado olho no olho com o paciente, e não atrás de uma mesa. Sem a preocupação máxima nos registros ou no computador, mas sim na pessoa que está necessitando de orientações em saúde. A primeira atitude profissional com o paciente deve ser a formação do vínculo profissional-paciente. O enfermeiro deve repassar segurança em suas atitudes para formar um elo de confiança entre os sujeitos da comunicação. Também é necessário que haja empatia entre enfermeiro e paciente para ocorrer à comunicação efetiva. Assim, o enfermeiro deve transmitir o conhecimento de maneira que ocorra a aprendizagem no paciente para que consiga ocasionar mudanças em seu estilo de vida, como mostra Du Gas (1984).

Durante uma consulta de enfermagem ou um atendimento ao lado do leito em uma internação o enfermeiro além de todo o conhecimento científico deve ter a sensibilidade e o senso de oportunidade para efetivar a comunicação com o paciente. Em uma manhã de trabalho na internação clínica de um grande hospital a pesquisadora já atendeu em um mesmo quarto um senhor semi-analfabeto com problemas cardíacos e um jovem universitário com problemas renais. Nesse caso as orientações fornecidas para os dois pacientes eram diferentes, mas a linguagem utilizada com cada um era oposta. Para o senhor utilizou-se uma linguagem mais simples e objetiva; já para o jovem, as informações foram mais complexas, pois o paciente já conhecia muitos aspectos sobre a sua doença. Além disso, a cultura dos dois pacientes também era diferente e o profissional teve que saber adequar as orientações para cada um deles, pois se não ocorresse essa moldagem individual a adesão ao tratamento seria muito mais difícil de acontecer. Claro que somente isso não de certeza que o paciente vai aderir, mas facilita as coisas para ele. Portanto, de acordo com Du Gas (1984) a comunicação entre os sujeitos só será efetiva quando o enfermeiro emitir uma mensagem clara para o paciente e esse receptor fornecer uma resposta adequada. Para que isso ocorra é preciso que os sujeitos validem e ponham em prática alguns fatores importantes.

A complexidade da linguagem é uma dificuldade existente na comunicação e é responsabilidade do enfermeiro decidir qual o vocabulário adequado para cada paciente. Somente assim suas orientações poderão ser compreendidas e depois aprendidas pelo paciente, como concordam Stefanelli (2005c) e Du Gas (1984).

O enfermeiro ainda deve estar atento as questões culturais do paciente para que essas não comprometam durante o entendimento das orientações. Concordando Stefanelli (2005b) relata que cada indivíduo tem direito de ter suas crenças e valores e cabe ao profissional manter o respeito mútuo, para assim manter adequadamente a relação de confiança e segurança entre os sujeitos da comunicação.

Após dois anos de vivências da pesquisadora em consultas de enfermagem viu-se que ao final das informações e conversa com os pacientes uma estratégia eficaz que surte um efeito positivo sobre o processo comunicacional é a realização do *feedback* com o paciente das orientações recebidas, pois nesse momento de retomada se pode corrigir as percepções ou informações inadequadas, evitando uma terapêutica errônea. Concordando Stefanelli (2005a) e Sanna (1983) mostram que o enfermeiro deve utilizar a estratégia de pedir para o paciente repetir o teor da mensagem fornecida. Assim verifica-se a compreensão destes sobre as informações, pois cada um interpreta a mensagem de acordo com a sua cultura e sua vida.

Também o enfermeiro deve ter consciência que durante o seu atendimento seja em uma consulta de enfermagem com duração de uma hora ou um procedimento de dez minutos o seu tempo é do paciente, deve estar totalmente disponível para o processo de comunicação que está acontecendo naquele momento. E ter sempre a tranquilidade e a paciência necessária para orientar as pessoas, pois geralmente é necessário repetir algumas vezes as informações para que o paciente entenda a mensagem.

Outro fator importante para que a comunicação seja efetiva entre o profissional e o paciente é o enfermeiro ter capacidade de identificar os mecanismos de defesa do inconsciente utilizados pelo paciente no momento da conversa.

Em outra consulta de enfermagem uma mulher de aproximadamente 45 anos colocava toda sua expectativa de melhora em cima de outros fatores nunca na realização do tratamento por ela: era a nova cirurgia ou a fisioterapia iniciada que seriam a solução dos seus problemas, mas ela sofria de dor crônica então somente estes procedimentos não resolveriam suas dores. O profissional teve que buscar elucidar essa transferência da responsabilidade do tratamento para outros fatores antes de orientar a paciente quanto ao seu tratamento. Lembrando do conceito do “Eu Desconhecido” da Janela de Johari trazido por Farias (2006), o enfermeiro deve estar apto a identificar os mecanismos de defesa do inconsciente no paciente como

negação, transferência, racionalização, projeção, deslocamento, compensação, fantasia, entre outros, para através do senso de oportunidade adequar suas orientações de acordo com o que o paciente necessita naquele momento.

Não se pode esquecer que o paciente, como receptor da mensagem, contribui para que o processo comunicacional seja efetivo. As pessoas devem estar abertas e com vontade de aprender no momento em que recebem as orientações de enfermagem e acreditar no profissional enfermeiro para que ocorra recepção adequada da mensagem. Sperber e Wilson¹⁰ (1995) *apud* Costa (2005) mostram que *“as pessoas se entendem, porque são dirigidas a uma avaliação recíproca de suas intenções, cujo roteiro é construído pela idéia cognitivamente compartilhada de relevância”*, ou seja, o paciente somente irá compreender a mensagem se essa for relevante para sua vida. Assim o indivíduo tem o dever de estar aberto para receber as informações e o enfermeiro tem a obrigação de tornar as informações importantes e necessárias para ele. E como diz Helman (1994) às orientações do enfermeiro devem fazer sentido para o paciente. Concordando com isso Stefanelli (2005c) mostra que a percepção da mensagem é seletiva e tem influencia forte da cultura, crenças e valores; ainda relata que o paciente deve conseguir mostrar ao enfermeiro seus sentimentos, medos e dúvidas para que o profissional consiga adaptar a mensagem a situação vivenciada, pois a comunicação somente será efetiva quando houver esclarecimento sobre o assunto em questão. Então, ficou claro que o processo de comunicação é complexo, e por isso, o enfermeiro ou qualquer outro profissional deve ver no paciente um ser que tem vontade, preocupação com seu futuro. E, para concluir esta etapa da análise pensa-se que o profissional de saúde deve ter um pouco de humildade em relação ao seu saber e o suposto desconhecimento do paciente, pois esta é uma condição importante para ser ouvido.

As características mostradas na categoria **“Profissional orienta paciente entende”** somente acontecem se o enfermeiro acreditar em seu trabalho, gostando de interagir com a pessoa por trás do paciente, e muitas vezes com a família e amigos. Também o enfermeiro deve fazer a comunicação acontecer para que possa colocar em prática todo o conhecimento adquirido durante a academia e prática profissional. Deve-se ainda acreditar que cada paciente, de seu modo, seja capaz e responsável por seu tratamento, pois somente o enfermeiro acreditando em si e no

¹⁰ SPERBER, D.; WILSON, D. **Relevance**: communication and cognition. 2. ed. Oxford: Blackwell, 1995.

paciente conseguirá ser sensível, ter senso de oportunidade, criar o vínculo necessário, adaptar a linguagem e assim realizar um cuidado humanizado.

5.2 “Entre a emissão e a recepção da mensagem”

A segunda categoria identificada foi **“Entre a emissão e a recepção da mensagem”** que são fatores extrínsecos ao enfermeiro e ao paciente durante o processo da comunicação.

O que acontece entre o enfermeiro emissor e o paciente receptor? Como é esse espaço existente entre a emissão da mensagem por uma pessoa e a sua recepção por outra? Nessa viagem a mensagem sempre chega intacta? Ou ela poderá sofrer mudanças? Como a mensagem viaja do emissor até o receptor? E o que está ao redor das pessoas interfere nesse processo?

Em outra situação vivenciada, questionou-se uma paciente sobre o que havia entendido da consulta de enfermagem que ela acabara de realizar. No primeiro momento ela relatou vários elogios à equipe, mas durante a conversa mais prolongada ela confessou que não se sentiu bem pelo grande número de profissionais que estavam presentes na sala, eram quatro pessoas, sendo dois enfermeiros e dois acadêmicos de enfermagem, alguns aspectos que haviam lhe perguntado. Agora, somente entre duas pessoas, sentia-se mais segura para responder o solicitado sobre a sua infância, que havia sido bem difícil. Naquele momento a paciente começou a relatar os fatos e concomitantemente começou a chorar. Essa vivência mostra a importância de um ambiente adequado para a prática profissional, onde tanto o paciente quanto o profissional sintam-se seguros.

De acordo com o fato descrito acima Stefanelli (2005c) mostra que *“cada ato comunicativo é único e não passível de repetição”*, assim, o ambiente que o processo comunicacional ocorre deve ser adequado. Muitas vezes na prática profissional do enfermeiro o ambiente não é propício para a comunicação, seja por presença de pessoas estranhas ao paciente, falta de privacidade, mobiliário, iluminação inadequada ou ruídos. Cabe ao enfermeiro solucionar essa dificuldade criando um ambiente seguro e confiável para o paciente. Embora isso dependa também da realidade local de cada ato comunicacional. Entretanto cabe salientar

que na maioria das instituições existem salas privativas disponíveis ou ainda biombo que poderão auxiliar o profissional na criação do ambiente adequado. Também sondar o paciente sobre a presença de pessoas pode ser uma técnica útil. Contudo se mesmo utilizando as opções disponíveis o ambiente não for totalmente o almejado, o enfermeiro deve ter bom senso profissional para dirigir o processo de comunicação de forma a não intimidar o paciente.

Durante as informações fornecidas a uma puérpera sobre sua alta e cuidados com o bebê, seu filho começou a chorar desesperadamente. O enfermeiro parou suas orientações pegou o recém nascido nos braços e o alcançou ao colo de sua mãe. Após alguns minutos o bebê já estava bem posicionado ao seio materno e a puérpera pode voltar a escutar as orientações do enfermeiro. Se inadequadas, as condições emocionais e físicas do enfermeiro ou do paciente, no momento da comunicação, podem estabelecer uma barreira ao processo de comunicação; pois os dois sujeitos devem estar disponíveis, para que o ato comunicacional ocorra de maneira efetiva. Se um dos sujeitos estiver com sua atenção voltada a outro fato ou um dos sujeitos estiver abalado emocionalmente a comunicação não será positiva; e as orientações do enfermeiro não serão compreendidas pelo paciente ou o enfermeiro não conseguirá orientar adequadamente o paciente. Para solucionar essa dificuldade é necessário que as pessoas estejam disponíveis para o processo de comunicação, nesse aspecto é importante o profissional deter de senso de oportunidade para saber quando e como deve proceder com seu atendimento.

Durante o atendimento das pessoas tudo que está em volta pode surtir efeito positivo ou negativo sobre o processo que se está tentando estabelecer. Por exemplo, o mobiliário pode deixar o paciente mais tranquilo e atento às orientações ou ao contrário pode dispersar a sua concentração. São os móveis, cadeiras, quadros na parede e até a cor da parede que podem chamar a atenção do paciente ou do profissional evitando que a comunicação seja efetiva. Ainda podemos ter outros fatores que interferem como os ruídos presentes no ambiente e a passagem de muitas pessoas pelo lugar. Uma música pode ajudar ou estragar o ato comunicacional. Certa vez, na sala de pré-parto uma música suave ajudou a paciente a ficar mais tranquila para receber as orientações do enfermeiro. Já em uma consulta de enfermagem com um senhor idoso, bastou um celular tocar com uma música agitada para dissociar o vínculo que estava se formando entre o profissional e o paciente, pois esse perdeu totalmente a concentração. Após o fato

solucionado e o celular desligado o enfermeiro teve que retomar todas as orientações já fornecidas.

Os ruídos podem ser encontrados com facilidade nos ambientes de encontro entre o enfermeiro e o paciente para realização do processo de comunicação. Essa dificuldade pode ocasionar prejuízo no envio e recebimento da mensagem, podendo até alterar a estrutura das informações fornecidas pelo enfermeiro. Os ruídos ainda podem exercer influência negativa durante as orientações, pois podem desfazer a concentração do paciente da fala do enfermeiro. O profissional deve estar atento a essa dificuldade e eliminar os ruídos possíveis para que a comunicação com o paciente ocorra de maneira efetiva.

Essa categoria por si só poderia ser abordada em um trabalho exclusivo sobre ela. São muitas questões que envolvem o ambiente e os canais da comunicação, aqui foram analisados apenas alguns.

5.3 “Adesão como um processo”

A terceira categoria identificada foi **“Adesão como um processo”**. Nela incluem-se os elementos já citados nas duas categorias anteriores, pois a situação da adesão ao tratamento é muito mais complexa do que se pensa e fala no dia a dia profissional. Além dos fatores que interferem diretamente no auto cuidado do paciente, como os apontados por Henderson (1988); ainda a adesão é fortemente influenciada pelos fatores que envolvem **“Profissional orienta paciente entende”** e **“Entre a emissão e a recepção da mensagem”**.

Durante as vivências profissionais a experiência mais frustrante citada pela pesquisadora ocorreu quando após ter orientado o paciente de diversas maneiras em um ou mais encontros, o próprio paciente relatava a outra pessoa que nunca haviam lhe orientado para aquele cuidado, ou que nunca havia escutado tal informação. Essas situações foram alguns argumentos que motivaram este estudo. Os resultados encontrados, só fizeram fortalecer o desejo de mais esclarecimentos sobre o processo de comunicação como um todo. Qual a dimensão dessas interpretações? O enfermeiro sabe realmente o significado desses “diagnósticos de

enfermagem”? Quando registrado que o paciente não adere ao tratamento, qual a atitude do enfermeiro?

A adesão ao tratamento não deve ser utilizada simplesmente como uma atitude isolada do paciente, pois quando a pessoa sai de sua casa e procura um serviço de saúde se imagina que ela tem vontade, tem desejo de solucionar o seu problema, entretanto nem sempre isso é determinante que a pessoa vai praticar as orientações recebidas. Concordando o Brasil (2007) em suas Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para Pessoas que vivem com HIV e AIDS enfatiza que a adesão ao tratamento transcende à simples utilização de medicações ou realização de exames, deve ser compreendida de forma mais ampla incluindo: o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde com o paciente. Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado. A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa, a equipe de saúde e a rede social. Então se entende a adesão como um processo, o *processo de adesão ao tratamento*.

O *processo de adesão ao tratamento* tem início quando o paciente procura um serviço de saúde para tentar solucionar seu problema, nesse momento ele receberá um diagnóstico e a partir deste, um tratamento. O tratamento pode ser tanto para problemas de saúde agudos ou crônicos. o *processo de adesão* será semelhante nos dois casos. Entretanto se compreende que é mais fácil para o paciente aderir a um tratamento para problemas de saúde agudos do que para um tratamento de problemas crônicos, que, geralmente, influencia em alterações nos seus hábitos de vida. Portanto, nesse estudo se preferiu dar ênfase para os tratamentos de problemas crônicos de saúde.

No momento em que inicia o *processo de adesão ao tratamento* o paciente vai acreditando que existe um milagre para o seu problema de saúde, como uma cirurgia, a pílula que cura tudo, a fisioterapia que em quinze dias irá lhe deixar novamente saudável, entre outros. É função do enfermeiro, e outros profissionais de

saúde, trazer o paciente para a realidade e sem desrespeitar suas crenças, mostrar que o principal milagre está em seguir as orientações de saúde do seu tratamento.

No *processo de adesão ao tratamento* se pode determinar como um segundo passo a construção de um contrato terapêutico entre o profissional e o paciente, compartilhando assim a responsabilidade pelo tratamento. A partir desse momento se estabelecem metas para o tratamento, e que o paciente as alcance na medida em que seu tratamento for evoluindo. Em suas consultas de enfermagem, com adultos portadores de dor crônica, a pesquisadora sempre atribuiu ao final da consulta, o “tema de casa”, que se refere às orientações que devem ser postas em prática até a próxima consulta; e na próxima consulta é de responsabilidade do profissional verificar com o paciente se conseguiu realizar o “tema de casa”. Quando ele é realizado com sucesso o paciente recebe elogios e força para continuar realizando o tratamento, dando um passo mais adiante na evolução de seu cuidado. Quando o paciente não consegue realizar o “tema de casa”, o profissional deve investigar qual foi o motivo do insucesso e reavaliar se as orientações de saúde estão coerentes e adequadas com o paciente. Entretanto, nunca se deve desanimar o paciente para que ele não se sinta sem ânimo para continuar o *processo de adesão*.

Para problemas de saúde agudos o *processo de adesão ao tratamento* poderá ter fim com a cura do paciente, com a solução de seu problema. Entretanto, na doença crônica o profissional e o paciente devem estar conscientes quanto ao prolongamento do *processo de adesão* para o resto da vida do paciente; então nesse caso pode-se falar como último passo a evolução no *processo de adesão* até que o paciente consiga realizar o seu autocuidado ou com pouca interferência do profissional de saúde (SORAES¹¹ *et al.*, 1997 *apud* URSINE, 2007).

Durante a realização dos passos do *processo de adesão ao tratamento* existem estratégias que devem ser colocadas em prática que auxiliam e facilitam o processo para o paciente. São elas: as atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de forma a facilitar o *processo de adesão* dos usuários não só ao tratamento, mas ao próprio serviço, oferecendo alternativas diversificadas e estabelecendo fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades; garantia

¹¹ SOARES, M.C., *et al.* O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. **Actas do 2.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, 1997.

de cuidado multidisciplinar; a atitude acolhedora do profissional possibilitando a criação do vínculo do usuário com o enfermeiro, a equipe e o serviço de saúde; a participação do usuário nas decisões de seu tratamento e nas ações da própria equipe é um elemento que colabora para a adesão ao tratamento. Essas estratégias também são priorizadas pelo Brasil (2007).

Na adesão ao tratamento, compreendido como um processo dinâmico, as pessoas estão sujeitas a uma variedade de fatores que influenciam sua continuidade ou interrupção. Promover a adesão é um desafio que sofre oscilações e demanda atenção contínua (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005¹² *apud* BRASIL, 2007). Dessa forma, adesão não é uma característica das pessoas, mas um processo, em que a pessoa não “é aderente”, mas “está aderente”, exigindo contínuo acompanhamento.

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, da provisão de métodos, ferramentas e incentivos específicos e, especialmente, do grau de envolvimento do paciente e do cuidador no desenvolvimento do plano terapêutico e na compreensão da sua importância. É fundamental que no acompanhamento os profissionais de saúde considerem as necessidades e singularidades socioculturais apresentadas pelas pessoas. Neste sentido, o apoio psicossocial é uma variável fundamental na promoção da qualidade de vida (REMOR, 2002¹³ *apud* Ministério da Saúde, 2007).

O *processo de adesão ao tratamento* pode agora ser relacionado à teoria de Henderson (1988) compreendendo que para o paciente cuidar-se necessita de conhecimento, força e vontade. Esses três fatores têm interferência igual na adesão do paciente, pois são necessários os três juntos para que o paciente esteja apto a realizar o *processo de adesão*. Cansi (2007) comprovou essa relação ao pesquisar os fatores que interferiam na adesão dos pacientes com fibromialgia após orientações recebidas na consulta de enfermagem. Em suas considerações finais verificou que quando um dos três fatores estava ausente a adesão não ocorria.

Ao final desta análise viu-se que para ocorrer o *processo de adesão ao tratamento* é necessário que além do papel de educador o enfermeiro tenha o papel de comunicador bem definido e consiga colocar em prática todos os fatores que influenciam a boa comunicação com o paciente, transmitindo além do conhecimento,

¹² SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, B.V.M. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

¹³ REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. **Psicothema**, v.14, n. 2, 2002.

força e vontade; para assim o paciente estar apto a desenvolver o *processo de adesão*.

Assim, reforçando o conceito de *processo de adesão* um conjunto de passos ordenados, cujo objetivo é atingir uma meta: a cooperação do paciente ao tratamento proposto. Esses passos são propostos ao paciente dividindo a responsabilidade com o profissional de saúde. Os passos do *processo de adesão ao tratamento* são: definição do tratamento adequado para cada paciente a partir de seu diagnóstico; construção de um contrato terapêutico entre o profissional e o paciente; realização das orientações de saúde moldadas a cada paciente; avaliação do sucesso das orientações de saúde; readaptação das orientações de saúde, em caso de insucesso; acompanhamento da evolução do tratamento; e realização do auto-cuidado pelo paciente sem vigilância ou com mínima vigilância do profissional de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de realizada a análise dos resultados se compreendeu a importância da comunicação no processo de adesão do paciente ao tratamento. A comunicação efetiva é primordial para que o paciente esteja apto para realizar o *processo de adesão ao tratamento*. A adesão não deve ser tratada com tanta simplicidade pelos profissionais de saúde em suas rotinas, pois, trata-se de um processo complexo que necessita muito estudo para se desvendar completamente.

Entende-se que a comunicação efetiva não é, necessariamente, um dom intuitivo, mas conhecimentos e habilidades que o enfermeiro pode e deve aprender e desenvolver. Imagina-se com este estudo que os enfermeiros necessitam de melhor preparo, conhecimento e treinamento para utilizar o processo de comunicação com maior eficácia consolidando em seu dia-a-dia profissional o *processo de adesão*.

O *processo de adesão ao tratamento* é um compromisso, é um contrato terapêutico com igualitária responsabilidade firmado com o paciente. Ou seja, o enfermeiro é tão responsável por esse processo quanto o paciente, e o sucesso do tratamento está relacionado à eficiência do mesmo e principalmente a persistência de suas partes.

O *processo de adesão* é um conjunto de passos ordenados, cujo objetivo é atingir uma meta: o comprometimento do paciente ao tratamento proposto. Esses passos são propostos a ele dividindo a responsabilidade com o profissional de saúde. Os passos sugeridos para o *processo de adesão ao tratamento* são: definição do tratamento adequado para cada paciente a partir de seu diagnóstico; realização das orientações de saúde moldadas a cada paciente e em acordo com ele; avaliação do sucesso das orientações de saúde; readaptação das orientações de saúde, em caso de insucesso; acompanhamento da evolução do tratamento; e realização do auto-cuidado pelo paciente sem vigilância ou com mínima vigilância do profissional de saúde.

Acredita-se que o enfermeiro conseguirá colocar o *processo de adesão* em prática com seu paciente quando acreditar em seu trabalho, for um comunicador e educador eficiente e acreditar nas possibilidades e potencialidades do paciente.

REFERÊNCIAS

- ADESÃO. *In*: FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 577 p. p. 11.
- AGUIAR, F.C. Dor crônica: o seu paciente aderiu ao tratamento? **Rev. Prática Hospitalar.**, ano. 8, n. 47, p. 52-54, set-out 2006.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998**: Lei do Direito Autoral. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília, 2007.
- CANSI, L.F. **Adesão ao tratamento da dor crônica**. 2007. 25 p. Trabalho de Conclusão do Curso de pós-graduação Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v.19, n. 3, jul-set 2006.
- CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 158 p.
- COSTA, J.C. A teoria da relevância e as irrelevâncias da vida cotidiana. **Linguagem em (Dis)curso**. Tubarão: v.5, n. esp., 2005.
- DU GAS, B.W. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984. 580 p.
- ENOKI, H. *et al.* A produção científica acerca da comunicação em enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v.40, n.1, jan-fev-mar, 1987.
- FARIA, C.A. **O que você não vê?** Merkatus, 2006. Disponível em: <<http://www.merkatus.com.br>> Acesso em: 5 jun 2008.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 99 p.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HERDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. 2. ed. Brasília: Cortez, 1988. 69 p. (Cadernos de Enfermagem, 1).

KURITÁ, G.P.; PIMENTA, C.A.M. **Adesão ao tratamento da dor crônica**: estudos de variáveis demográficas, terapêutica e psicossociais. Scielo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000300017>. Acesso em: 07 nov 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 175 p.

OLIVEIRA, C.G.M. **Temas filosóficos**: conhecimento. Filosofia Virtual, 2007. Disponível em: <<http://www.filosofiavirtual.pro.br/conhecimento.htm>>. Acesso em: 15 out 2007.

PROCESSO. *In*: FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 577 p. p. 443.

RAMOS, E.S. A comunicação em enfermagem de saúde pública. **Rev. Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v.3, n.3, mai-jun 1983.

ROSAS, V.B. **Afinal, o que é conhecimento?** Mundo dos Filósofos, 2003. Disponível em: <<http://www.mundodosfilosofos.com.br/vanderlei22.htm>> Acesso em: 15 out 2007.

SANNA, M.C. A comunicação em enfermagem pediátrica. **Rev. Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v.3, n.3, mai-jun 1983.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, M.J.P. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 158 p.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**., v.9, n.16, p. 91-104, set.2004-fev.2005.

STEDILE, N.L.R.; FRIENDLANDER, M.R. Metacognição e ensino de enfermagem: uma combinação possível? **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.11, n. 6, nov-dez 2003.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. Comunicação e Enfermagem. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 158 p.

STEFANELLI, M.C. Estratégias de comunicação terapêutica. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005a. 158 p.

STEFANELLI, M.C. Comunicação não-terapêutica e barreiras à comunicação terapêutica. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005b. 158 p.

STEFANELLI, M.C. Conceitos teóricos sobre comunicação. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005c. 158 p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

TEIXEIRA, M.B. *et al.* Desenvolvimento do sentimento de confiança no relacionamento enfermeiro-paciente. **Rev. Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v.5, n.4, jan-fev-mar 1985.

URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa de saúde da família - Ventosa de Belo Horizonte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

ZAGO, M.M.F.; CASAGRANDE, L.D.R. A Comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.5, n.4, out 1997.