

Marcella Lourenço de Oliveira Morais Paiva

Estratégias de comunicação entre o enfermeiro e o utente com demência

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Marcella Lourenço de Oliveira Morais Paiva

Estratégias de comunicação entre o enfermeiro e o utente com demência

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Marcella Lourenço de Oliveira Morais Paiva

Estratégias de comunicação entre o enfermeiro e o utente com demência

Atesto a originalidade do trabalho

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

“Cada ano avança e há novos investimentos que são igualmente de prazer e reforço da identidade. Não sejamos demasiado nostálgicos, para não favorecer regressões, mas sejamos demasiados apressados para que não fiquem lacunas por preencher. O Homem é o projeto que decide por si próprio”.

(Jean Paul Sartre)

AGRADECIMENTOS

Na elaboração deste trabalho, contribuíram, para o seu desenvolvimento, várias pessoas, sem as quais não teria sido possível a sua concretização. A todos quero expressar a minha profunda gratidão.

Ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, por me ter dado o privilégio de ser orientador deste trabalho e pelo seu profissionalismo, dedicação, acompanhando, dando o estímulo necessário para que esta etapa fosse percorrida e alcançada;

À minha mãe, Idalina Teixeira, ao meu companheiro Maciel de Paiva e ao meu amigo André Oliveira, sempre disponíveis para me ajudarem e por me apoiarem e incentivaram neste percurso.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Cuidar envolve uma interação entre o enfermeiro e o doente, a qual é estabelecida através da comunicação. Assim, considera-se uma intervenção autónoma de enfermagem a capacidade/competência de comunicar de forma terapêutica com a pessoa com demência, com a finalidade de satisfazer as suas necessidades e prestar-lhe cuidados de qualidade. Neste contexto, este estudo tem como principal verificar quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar com o utente com demência.

Métodos: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Como bases de dados recorreu-se à CINAHL, MEDLINE, via EBSCO, e Google Académico pesquisando-se estudos publicados entre janeiro de 2013 e março de 2019, respeitando os critérios de inclusão estabelecidos. O *corpus* da revisão ficou constituído por 3 artigos, que reuniam critérios metodológicos de qualidade.

Resultados: A análise dos estudos demonstra que as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa com demência foram: comunicação verbal, estimulação da comunicação, distração, explicação das intervenções, estimulação, uso da comunicação não-verbal (expressão facial positiva, toque, recurso a imagens, gestos, contacto visual), escuta ativa. Saber interpretar as expressões faciais e corporais do doente, ter em conta as suas expressões faciais e corporais. Recurso a uma linguagem adaptada à fase de desenvolvimento da demência. Não infantilizar a linguagem. Usar um tom de voz baixo e que transmita calma e serenidade. Recurso a uma linguagem adequada a cada doente, empática e expressões de carinho e confiança.

Conclusão: Partindo dos resultados obtidos, poderá inferir-se a promoção de formação contínua na área, valorizando-se o cuidado holístico à pessoa singular de cada doente.

Palavras-chave: Comunicação, Estratégias, Enfermeiro, Doente com demência

ABSTRACT

Introduction: Caring involves an interaction between the nurse and the patient, which is established through communication. Thus, it is considered an autonomous nursing intervention the ability/competence to communicate therapeutically with the person with dementia, in order to satisfy their needs and provide them with quality care. In this context, this study has as main to verify what the strategies used by the nurse to communicate with the patient with dementia.

Methods: An integrative review of the literature was performed. CINAHL, MEDLINE, via EBSCO, and Google Scholar were searched for databases of studies published between January 2013 and May 2019, respecting the established inclusion criteria. The corpus of the review consisted of 3 articles, which met methodological quality criteria.

Results: The analysis of the studies demonstrates that communication strategies used by nurses to communicate with people with dementia were: verbal communication, communication stimulation, distraction, explanation of interventions, stimulation, use of nonverbal communication (positive facial expression, touch, use of images, gestures, eye contact), active listening. Know how to interpret the facial and body expressions of the patient, take into account their facial and body expressions. Appeal to a language adapted to the development phase of dementia. Do not infantilize the language. Use a low tone of voice and convey calm and serenity. Appeal to a language appropriate to each patient, empathy and expressions of affection and trust.

Conclusion: Based on the results obtained, it can be inferred the promotion of continuous training in the area, valuing the holistic care of the individual of each patient.

Keywords: Communication, Strategies, Nurse, Patient with dementia.

ÍNDICE GERAL

Introdução	9
I PARTE – Enquadramento teórico	12
1. Comunicação em saúde	12
1.1. Conceito de comunicação	12
1.2. A pragmática da comunicação humana	14
1.3. Processo de comunicação em enfermagem.....	18
1.3.1. Técnicas de comunicação não-verbal.....	25
1.3.2. Relação profissional de saúde/doente	30
1.3.3. Competências essenciais de comunicação clínica.....	41
2. Demência	47
2.1. Comunicação enfermeiro/doente com demência	49
II PARTE - Investigação Empírica.....	52
1. Justificação e pertinência do tema	52
1.1. Procedimentos metodológicos	52
1.2. Objetivos	53
1.3. Critérios de inclusão	53
1.4. Estratégia de busca e seleção dos estudos.....	54
2. Resultados.....	57
2.1. Discussão dos resultados	61
Conclusão	64
Bibliografia.....	66

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Evidência relativa ao estudo de Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon (2017)	58
Tabela 2 - Evidência relativa ao estudo de Maureen (2017)	59
Tabela 3 - Evidência relativa ao estudo de Machiels, Metzelthin, Hamers & Zwakhale (2017)	60
Figura 1: Prisma	56

Introdução

A enfermagem, nas últimas décadas, evoluiu em diversos campos e de formas muito diversas, particularmente ao nível da formação e da investigação, procurando este trabalho dar um contributo para essa evolução. Com este trabalho, para além da aprendizagem de conceitos e noções, procura ir-se ao encontro da realidade concreta das estratégias comunicação do enfermeiro com a pessoa com demência, emergindo concomitantemente a necessidade de se mobilizar o saber prático, num paradigma que valorize essas competências.

Em qualquer situação de cuidados de enfermagem, é fundamental que o seu planeamento seja centrado na pessoa (doente). Para tal, os enfermeiros mobilizam saberes devidamente organizados e sistematizados, bem como técnicas e procedimentos terapêuticos no relacionamento com o doente.

Hesbeen (2002) considera que os saberes mobilizados, no contexto da profissão de enfermagem, são fruto de uma mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente, com a experiência profissional. Assim, enuncia os tipos de conteúdos dos saberes úteis aos cuidados de enfermagem:

- *Saber-científico*: resultante de conceitos unidos entre si de acordo com determinadas regras e contextualizado num modelo teórico;
- *Saber-informação*: trata-se de um saber alcançado por meio da observação objetiva do doente/família, onde o saber questionar, analisar e confrontar são conceitos-chave;
- *Saber-ser*: tem a sua génese na natureza e na autenticidade do enfermeiro, que aprende com a prática, estando dependente dos seus valores;
- *Saber-prático*: saber que consubstancia a realização dos atos e enfermagem, onde se enquadra a destreza, a eficácia, a segurança e a capacidade de realizar ações, fatores intrínsecos à relação terapêutica.

Collière (1999) defende que o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, visando a compensação das limitações causadas pela doença e suplantá-las, caso essas capacidades sejam diminutas.

Face a uma orientação para o cuidar, a enfermagem desenvolveu a sua prática por um modelo mais ajustado ao tipo de cuidados praticados, ou seja, um modelo holístico, orientado para a experiência única de cada pessoa, onde se deseja que o enfermeiro reconheça cada pessoa no seu todo, numa perspetiva de crescimento e de desenvolvimento.

Uma comunicação efetiva entre os enfermeiros e a pessoa com demência é uma das principais funções clínicas e não pode ser delegada. As relações interpessoais neste contexto determinam em grande medida a satisfação do doente, a adesão à terapêutica, os resultados em saúde, bem como a satisfação profissional. Alves (2011) refere que as competências interpessoais habilitam os profissionais de saúde a lidar com diversas situações na relação com os doentes, aumentando o nível de satisfação e motivação profissional e contribuindo para promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem, no contexto das competências de comunicação clínica, é centrada no doente, numa relação terapêutica de qualidade. Todavia, como defendem Peixoto, Simões, Teles et al. (2012), a relação clínica não se inicia unicamente quando as questões clínicas se colocam perante o doente. Pelo contrário, a relação clínica, em analogia a qualquer outra interação humana, inicia-se no momento do primeiro contacto visual e das primeiras impressões informais. Assim sendo, é importante que os enfermeiros apresentem, desde o início, um comportamento que promova uma relação empática e de confiança com a pessoa com demência.

Os enfermeiros, no contexto das práticas clínicas, necessitam no seu dia-a-dia de utilizar e desenvolver competências de relacionamento interpessoal e de comunicação no seio da equipa de saúde e, sobretudo, com o doente. O ensino e o treino destas competências de comunicação terapêutica são fundamentais para dar segurança ao doente e promover a qualidade dos cuidados.

É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho, uma revisão integrativa da literatura, procurando dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar com o utente com demência?

Em termos estruturais, o presente trabalho está dividido em duas partes, constando da primeira a fundamentação teórica, onde se desenvolvem os conceitos-chave do tema em

estudo. Assim, começa-se por fazer uma definição concetual da comunicação em saúde, onde se define o conceito de comunicação em termos genéricos, dando destaque à pragmática da comunicação humana, aludindo-se aos cinco axiomas da comunicação. Segue-se o processo de comunicação em enfermagem, a relação enfermeiro/doente, tendo em conta as competências e as perícias de comunicação, tidas como fatores determinantes no processo de comunicação/interação entre a referida díade. Abordam-se também as técnicas de comunicação terapêutica e não terapêutica, bem como as competências essenciais de comunicação clínica. A segunda parte refere-se ao estudo empírico, onde se apresenta a metodologia utilizada, os resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, são apresentadas as conclusões deste estudo, respetivas sugestões.

I PARTE – Enquadramento teórico

1. Comunicação em saúde

Passa-se a contextualizar o tema do presente trabalho, através da realização de um quadro concetual, que inicia com o conceito de comunicação.

1.1. Conceito de comunicação

A comunicação é uma atividade humana básica sendo a necessidade de comunicar inata e universal. Pode dizer-se que a comunicação e a existência são conceitos inseparáveis, a comunicação é essencial à vida, nenhum ser pode sobreviver sem trocas (Monteiro, Caetano, Marques & Lourenço, 2008).

A comunicação hoje em dia é abordada em várias vertentes e desperta o interesse de diversas áreas (filosofia, história, psicologia, sociologia, gestão, etc.) e pode ser estudada no campo individual, institucional e de relações de poder. Apesar do termo ser utilizado por todos na sociedade, não é fácil definir o termo com precisão pela abrangência que ele engloba.

Assim, começa-se por definir “comunicar”, termo de origem latina “communicare” que significa dividir, repartir, partilhar, por em comum. Comunicar é, assim, partilhar uma opinião, um sentimento, uma atitude, um comportamento. O vocábulo comunicação, que tem origem na palavra latina *communicatio*, na qual se distinguem três elementos (*communicatio*): a raiz *munis* que designa “estar encarregado de”, que, acrescido do prefixo *co*, expressa o sentido de reunião. Por outro lado, se se tiver presente que o sufixo *tio* significa “atividade”, fica a ideia que a comunicação se cifra numa “atividade realizada em conjunto”. O termo comunicação implica um produto social, delimitado no tempo e com uma relação intencional com outrem (Vaz Freixo, 2006, p.79).

De acordo com Vaz Freixo (2006, p. 77), o seu primeiro significado foi no contexto religioso, onde o termo surgiu pela primeira vez. Segundo o autor supracitado, foi igualmente nos mosteiros e conventos que apareceu uma prática que recebeu o nome de *communicatio*, que consistia no ato de tomar a refeição da noite em comum, cuja peculiaridade não recaía sobre a banalidade o ato de “comer”, mas de fazê-lo

“juntamente com os outros”, promovendo assim um movimento de reunião de todos aqueles que se encontravam isolados. A especificidade desta prática era “romper o isolamento” e é nesta aceção que reside a dissemelhança entre a *communicatio* eclesiástica e o simples jantar na comunidade primitiva.

O significado de comunicação também pode ser expresso na simples decomposição do “termo “comum+ação”, querendo significar “ação em comum”, desde que se leve em consideração que o “algo em comum” se refere a um mesmo objeto de consciência e não a coisas materiais, ou à propriedade de coisas materiais. A “ação” realizada não é sobre a matéria, mas sobre outrem, justamente aquela cuja intenção é realizar ação de duas ou mais consciências com objetivos comuns (Vaz Freixo, 2006, p.79).

Comunicação é pôr ideias em comum por meio da compreensão e a sua finalidade é o entendimento entre os homens. Comunicação é um processo, um mecanismo através do qual se desenvolvem relações humanas, de forma dinâmica, complexa e em mudança constante em que se enviam mensagens verbais e não-verbais (códigos com significado).

Vaz Freixo (2006) esclarece que se pode também distinguir comunicação de outros termos. Um deles é o de “participação”, no sentido platónico. Luiz Martino, conforme argumenta o autor citado, escreve que “o termo comunicação não se aplica nem às propriedades ou ao modo de ser das coisas, nem exprime uma ação que reúne os membros de uma comunidade. Ele não designa nem o ser, nem a ação sobre a matéria, tão pouco a praxis social, mas um tipo de relação intencional exercida sobre outrem”.

Tendo em conta os pressupostos expostos por Vaz Freixo (2006), o vocábulo “comunicação” difere do vocábulo “participação”, uma vez que o primeiro aponta para um processo de partilha de um mesmo objeto de consciência, ou seja, expressa a relação entre consciências e não somente uma simples característica ou propriedade em comum. Por conseguinte, não é por um grupo de pessoas terem as mesmas semelhanças que se pode dizer que esse mesmo grupo tem uma relação comunicacional.

Pela comunicação aprende-se e ensina-se acerca de si próprio e pode ajudar-se o outro a reconhecer-se. Isto é verdade quando a comunicação comporta um sistema de sinais ou um código socialmente compartilhado, uma vez que numa sociedade multicultural, os símbolos e as palavras nem sempre se interpretam de igual modo, pois consoante a

diversidade cultural, social, religiosa e afetiva de cada um, assim aumenta a complexidade e as dificuldades na comunicação (Monteiro et al., 2008).

A comunicação é uma experiência diária onde há partilha de informações por duas ou mais pessoas e não pode deixar de existir em nenhum momento. É um processo estabelecido entre emissor/recetor, entre indivíduos no campo do relacionamento de pessoa para pessoa (Figueiro-Rego, 2003).

A interação interpessoal está envolvida na comunicação em pequeno grupo, organizacional e de massas. A comunicação interpessoal é um processo complexo de interação simbólico, ocorrendo em contexto da interação face-a-face, consistindo em eventos de comunicação oral e direta (Figueiro-Rego, 2003).

Dean Barnlund, referenciado por Vaz Freixo (2006, p. 158), menciona que “o estudo da comunicação interpessoal ocupa-se (...) da investigação de situações sociais relativamente informais em que as pessoas em encontros face-a-face sustentam uma interação concentrada através da permuta recíproca de pistas verbais e não-verbais”. Esta definição subentende cinco princípios elementares: devem existir duas ou mais pessoas em proximidade física e que percebam a presença umas das outras; a comunicação interpessoal envolve “interdependência comunicativa”, ou seja, por outras palavras, o comportamento comunicativo de uma pessoa é uma consequência direta do de outra; a comunicação interpessoal envolve a troca de mensagens; as mensagens são codificadas de várias formas verbais e não-verbais; a comunicação interpessoal é relativamente carente de estrutura; ela é marcada pela informalidade e pela flexibilidade.

1.2. A pragmática da comunicação humana

Neste âmbito da pragmática da comunicação humana importa salientar o papel de Watzlawick que, em 1967, referenciado por Vaz Freixo (2006), elabora o seu estudo sobre a pragmática da comunicação humana, defendendo a ideia de que as relações decorrem de uma interação entre as pessoas e que estas formulam regras de interação que passam a guiar os seus comportamentos comunicativos. A escola de Palo Alto nos Estados Unidos, impulsionada por Gregory Bateson nos anos 50, procurou estudar a comunicação em termos globais, ou seja a comunicação deixou de ser vista como um

sistema linear do emissor para o recetor (tipo relação causa e efeito) e passou a ter uma visão “orquestral”, sistémica, das transações efetuadas. A comunicação passou a ser vista como um processo complexo, de canais múltiplos em que o ator social participa a todo momento, a partir dos seus gestos, da sua visão e até do seu silêncio, na qualidade de um indivíduo participante de uma certa cultura - **todo o comportamento é comunicação.**

De acordo com Watzlawick, esta teoria da comunicação vista numa perspetiva sistémica assenta numa abordagem interdisciplinar que levou à formulação de cinco axiomas de comunicação:

Primeiro axioma: Não se pode não comunicar

O autor fundamenta a sua teoria no primeiro axioma, referindo que não existe um não comportamento, pois todo o comportamento é uma situação de interação, que tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação, por muito que o indivíduo se esforce, é-lhe impossível não comunicar. Desta forma, qualquer comportamento que seja percebido por um recetor – enfermeiro/doente – é comunicação, logo a comunicação não se restringe apenas à vertente linguística ou intencional. Watzlawick (1967) define a comunicação humana como uma atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem. Qualquer comportamento que seja apreendido por um recetor pode ser por este entendido com um significado, sendo portanto uma forma de comunicação. A simples presença de uma pessoa pode ser uma forma de comunicação, mas a sua ausência inesperada será ainda uma mensagem com marçor significado

Desta forma, de acordo com o mesmo autor, a impossibilidade de não comunicar é um fenómeno de interesse mais do que simplesmente teórico, porquanto “não se pode não comunicar”. No mínimo uma pessoa comunica que não quer comunicar.

Segundo axioma: Metacomunicação

Significa esta metacomunicação que toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo (os dados, factos, opiniões, sentimentos) e um aspeto de relação (compreensão dos dados), de tal modo que o segundo classifica o primeiro.

O segundo axioma apresentado para fundamentar a sua teoria, refere-se a que qualquer comunicação implica um compromisso e, por conseguinte, define a relação entre duas pessoas. Esta é outra maneira de dizer que uma comunicação não só transmite informação, mas ao mesmo tempo, impõe um comportamento. O significado das mensagens usadas na comunicação varia de acordo com a relação entre os interlocutores. Os significados das mensagens podem ser diferentes quando se muda de tipo de relação (ex: relação familiar amistosa e relação hierarquizada de trabalho). A metacomunicação é a comunicação a propósito da própria comunicação a qual pode ser não-verbal (o tom utilizado, os gestos, o ritual, o lugar escolhido para falar). Pode acontecer haver contradição do significado das mensagens veiculadas por cada um dos níveis tornando-se a comunicação paradoxal.

Terceiro axioma: contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicadores

Outro axioma (terceiro) aludido por Watzlawick (1967, cit. por Vaz Freixo, 2006) refere-se à pontuação da sequência de acontecimentos. Este diz respeito à interação, ou seja, à troca de mensagens entre os comunicantes (ex. enfermeiro/doente). Explica o autor que, para um observador externo, uma série de comunicações pode ser vista como uma sequência ininterrupta de trocas. Desta forma, as mensagens adquirem significados diferentes, de acordo com a sua sequência e com as pontuações feitas pelos interlocutores.

Qualquer sequência comunicacional, ou mensagem, tem significado diverso de acordo com os cortes, ou pontuações, que nela se executarem: separação entre palavras e frases, a extensão do gesto... Apesar de haver códigos que acordam as pontuações, podem não ser suficientes, e podem ser diferentes entre os interlocutores. Em caso de conflito, a pontuação, e portanto a interpretação da mensagem, é privilégio de quem recebe e pode haver diferentes visões dos acontecimentos (distorções comunicacionais).

Quarto axioma: os seres humanos comunicam digital e analogicamente.

A linguagem digital tem uma sintaxe lógica e sumamente complexa e poderosa mas carente de adequada semântica, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica,

mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não ambígua da natureza das relações.

O quarto axioma, relativamente à comunicação humana, assenta no pressuposto de que os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A comunicação digital caracteriza-se pela utilização de palavras/códigos (linguística, símbolos e /ou escrita. A comunicação analógica é toda a comunicação não verbal, visível (ex: numa comunicação face a face onde os participantes utilizam gestos, expressões faciais, experiências sensoriais).

Sendo a comunicação digital, feita por mensagens discretas adaptadas aos conteúdos, em que as palavras são sinais arbitrários que se manipulam de acordo com a sintaxe lógica da linguagem. A comunicação analógica é também importante na relação de ajuda, uma vez que se refere virtualmente a toda a comunicação não-verbal, abrangendo a postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, sequência, ritmo e cadência das próprias palavras, e qualquer outra manifestação não-verbal que o organismo seja capaz (Watzlawick, 1967, cit. por Vaz Freixo, 2006).

O ser humano comunica, simultaneamente, de um modo analógico e digital. Estas formas completam-se, sendo a comunicação analógica mais adequada ao nível da relação, e a digital (verbal) mais adequada ao nível do conteúdo.

Quinto axioma: as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, uma vez que se baseiam na igualdade e/ou na diferença

O mesmo autor faz referência a um quinto axioma no que se refere às permutas comunicacionais, sendo estas simétricas ou complementares, baseando-se na igualdade ou na diferença. Watzlawick (1967) refere que o paradigma da simetria e/ou complementaridade é talvez o que se aproxima mais do conceito matemático de função, sendo as posições dos indivíduos variáveis, com uma infinidade de valores possíveis, cujo significado, se manifesta unicamente em relação de reciprocidade. Generalizando, pode dizer-se que a simetria está relacionada com interações de igualdade, imitação, compreensão e identificação, enquanto a complementaridade está relacionada com as diferenças, com a adequação e com o recurso aos outros, como forma de cada um se completar. Se à agressividade de uma pessoa, a outra responder com passividade, ou se à dominância responder com submissão – trata-se de complementaridade; e à

agressividade se responder com agressividade e se a submissão despertar submissão – trata-se de um comportamento simétrico.

Tanto umas como outras podem originar disfuncionalidades na comunicação se forem rígidas: Nas interações simétricas os agentes tendem a refletir o comportamento um do outro (semelhantes), levam à igualdade ou minimização das diferenças dos interlocutores, que se relacionam pela partilha de aspetos comuns - mas se forem rígidas tendem a competir e a romper a relação; Por outro lado nas interações complementares em que o comportamento de um completa o de outro, ajustando-se um ao outro. Levam à cooperação entre os interlocutores, mas se forem rígidos estes tendem a tornar-se diferentes e a separarem-se por não terem coisas em comum (quebra de relação).

Sendo a enfermagem ciência e arte de cuidar, então, cuidar significa ajudar o Homem a ser, isto é, a reconhecer/utilizar o seu potencial humano, que lhe permite lidar com os problemas da vida no contexto em que se insere, ou seja, no aqui e agora.

1.3. Processo de comunicação em enfermagem

A comunicabilidade é importante para que a interação em enfermagem assuma grandes proporções, tendo em conta que os objetivos desta são saber lidar com gente e contribuir para a preservação e recuperação da saúde. A enfermagem é um processo terapêutico e interpessoal. Funciona de forma cooperativa com outras pessoas humanas para assim promoverem a saúde dos indivíduos e das comunidades (Bastos, 2002).

Riley (2004) refere que a capacidade de compreender é fundamental no processo de relacionamento interpessoal. Honoré (2004) menciona que a comunicação é um processo que pode permitir ao enfermeiro estabelecer uma relação humana e, por conseguinte, ajudar os doentes e as suas famílias à superação da experiência da doença, bem como do sofrimento e ajudá-los a encontrar o significado da mesma experiência. A mesma autora sugere que a interação é, então, todo o contacto durante o qual se exerce uma influência mútua através da comunicação verbal e não-verbal.

A expressão interação enfermeiro/doente engloba todo o contacto entre um enfermeiro e um doente e caracteriza-se pelo ato de que ambos os indivíduos percebem o seu interlocutor de maneira estereotipada (Melo, 2005). A ajuda evidencia-se pelo calor

humano, paciência, gentileza, compaixão, companheirismo e através da habilidade do enfermeiro para construir um relacionamento e constituir um nível de comunicação com o doente e a sua família e um ambiente de intimidade que possibilitem a conservação dos assuntos, por mais sensíveis que sejam.

É ao enfermeiro que cabe a habilidade de “criar” uma atmosfera de “segurança psicológica” e ambiente confortável para assim poder identificar as necessidades particulares de cada doente. Para que exista interação, é necessário e fundamental haver empatia. Esta consiste num processo mediante o qual um indivíduo é capaz de interpretar corretamente o estado psicológico do outro (Riley, 2004).

A função do enfermeiro é tentar satisfazer as necessidades humanas fundamentais do doente, mediante uma boa comunicação/interação com ele. É no decorrer da fase de prestação de cuidados de enfermagem que se estabelece que o enfermeiro está colocado numa situação privilegiada, pois está com o doente, toca-lhe, escuta-o, responde às suas perguntas compartilhando com ele durante pequenos momentos, a cargo da doença (Hesbeen, 2005).

Neste sentido, o enfermeiro ajuda o doente com o seu estado de saúde. Quando o enfermeiro atende as necessidades de vida diária, um processo de interação ocorre. Acrescenta ainda que a comunicação verbal e não-verbal é um fator essencial no estabelecimento de relações interpessoais e a díade enfermeiro/doente é um tipo de sistema interpessoal (Riley, 2004). Segundo a mesma autora, o enfermeiro deve ter grande conhecimento de si mesmo, ter capacidade de se autoanalisar para poder ser um elemento terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento da sua personalidade. Refere ainda que os fatores que norteiam a interação enfermeiro/doente são inúmeros e complexos e não há fórmulas para os enfrentar, dado que cada situação interpessoal é única e nunca se poderá repetir. Daí a necessidade do enfermeiro fazer uso consciente da comunicação em toda a interação com o doente para compreender e identificar as suas necessidades.

Peixoto, Simões, Teles et al. (2012) referem que o ato terapêutico é algo em favor do doente, mas é necessário não esquecer que o doente se trata de uma pessoa que, na medida em que é livre, deve ser ouvida e respeitada a sua vontade lúcida e livremente expressa. A relação deve ser a pedido do doente em momentos de indefesa e que necessita de ajuda, devendo desenvolver-se com respeito e com confiança.

Toda a comunicação em enfermagem deve ser um processo de compreensão recíproca, permitindo uma troca de informações, opiniões e sentimentos num contexto pessoal e de profunda abertura (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012). Assim, o enfermeiro exerce influência sobre os doentes de quem cuida, devendo fazê-lo promovendo uma comunicação o mais eficaz possível, numa relação aberta e de lealdade devendo ter em conta uma conduta que, de acordo com Phaneuf (2005, p. 25), permita:

“Manter a confiança na pessoa e na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de ajudar.

Manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre.

Conservar a confidencialidade.

Criar com a pessoa cuidada, uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham confiança recíproca.

Manter-se aberto a perceções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada.

Honrar compromissos em relação à pessoa cuidada, não lhe falhando quando ela necessita de apoio.

Manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança.

Evitar desapontar por comportamentos de dominação, de neutralidade ou de falta de empenhamento”.

Na relação que o enfermeiro estabelece com os seus doentes e respetiva família, ainda na esteira da mesma autora, torna-se importante a sua competência técnica aliada a uma atitude de atenção e de respeito. Se tal ocorrer, o doente/família sentir-se-á em segurança, diminuindo a sua ansiedade, estando aberto o caminho para o diálogo e para uma boa relação comunicativa.

Como refere Phaneuf (2005, p. 24), “a comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afetiva, revelada ou oculta pelo comportamento não-verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo. Refere, ainda, que “a razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende emoções mais furtivas ou veladas” (p. 24).

Tendo em conta estes pressupostos na prática clínica, considera-se que se torna importante que o enfermeiro adquira a noção de que a comunicação se situa em dois planos, o plano cognitivo, em que a abrangência é intelectual e afetiva, relacionando factos e acontecimentos que são transmitidos por palavras. E um plano afetivo, em que há partilha de emoções e sentimentos, traduzindo-se quer na comunicação verbal, quer no comportamento não-verbal, que subentende as palavras (Phaneuf, 2005)..

A comunicação é determinada pelo contexto em que se insere e envolve as relações das pessoas que comunicam. O contexto constitui um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e rituais de interação. Neste sentido, na comunicação enfermeiro/doente assume um relevante papel no desenvolvimento da relação de ajuda. A adoção de um comportamento assertivo facilita o estabelecimento de uma relação empática com os doentes, potencializando a interação social (Pereira, 2008). De acordo com a mesma autora, o enfermeiro, ao agir de forma tranquila, procura satisfazer os seus objetivos na relação, sem ansiedade, expressando os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazendo prevalecer os seus direitos, sem negar os direitos dos outros intervenientes na relação interpessoal. Isto porque a interação social desenvolve-se com a conciliação entre o comportamento verbal e o não-verbal, estabelecendo-se, deste modo, um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, variáveis que interferem diretamente na dinâmica de relacionamento interpessoal, possibilitando ao enfermeiro ser verdadeiramente congruente no seu discurso e nas suas atitudes para com o doente (Pereira, 2008).

O doente deve ser visto como pessoa num todo, o que pressupõe que este seja respeitado como pessoa e não como corpo que é alvo de intervenções de enfermagem (Riley, 2004).

Por conseguinte, na prática diária, os enfermeiros, de modo a dar respostas às necessidades dos doentes e respetivas famílias, tem de prestar atenção à comunicação verbal e não-verbal, ou seja, é importante que se sejam sensíveis aos vários meios de comunicação e que reconheçam, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem para o doente (Andrade, 2014).

Na relação que o enfermeiro estabelece com os seus utentes, ainda na esteira da mesma autora, torna-se importante a sua competência técnica aliada a uma atitude de atenção e de respeito. Se tal ocorrer, o utente sentir-se-á em segurança, diminuindo a sua

ansiedade, estando aberto o caminho para o diálogo e para uma boa relação comunicativa (Andrade, 2014).

A comunicação em enfermagem abrange diversas componentes, sendo a expressão verbal a mais utilizada, mas nem sempre a mais eficaz. A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura de sentido, mas também a toda a vertente não-verbal, a todos os sinais corporais emitidos e ao contexto em que são emitidos. Como refere Phaneuf (2005, p. 24), “a comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afetiva, revelada ou oculta pelo comportamento não-verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo. Refere, ainda, que “a razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende emoções mais furtivas ou veladas” (p. 24).

Torna-se importante que o enfermeiro adquira a noção de que a comunicação se situa em dois planos, o plano cognitivo, em que a abrangência é intelectual e afetiva, relacionando factos e acontecimentos que são transmitidos por palavras.

A comunicação verbal é essencial para a prática de enfermagem, através do uso das palavras para a transmissão de mensagens. Pode ser conseguida também através da escrita, tornando-se eficaz desde que haja compreensão entre emissor e recetor (Phaneuf, 2005). Para a mesma autora, a linguagem torna-se o instrumento essencial da comunicação verbal, que deve ter significados compreensíveis dentro de um mesmo grupo. Entre enfermeiros e doentes uma mesma palavra pode ter diversos significados, de acordo com cada um, o que, por vezes, não garante que esse significado seja interpretado do mesmo modo por todos. Esta situação pode conduzir a falhas que se apresentam como barreiras a uma comunicação eficaz.

Torna-se de suma importância que todo o enfermeiro deva centrar a sua atenção no comportamento do doente e em toda a vertente de comunicação não-verbal. A expressão facial, a postura, os gestos, o contacto visual, a orientação do corpo do utente e a distância entre ambos, assumem grande relevo na transmissão de mensagens, no diálogo e na constituição de um ambiente de segurança psicológica, propício à divulgação e discussão de problemas (Lang, 2012). De acordo com Phaneuf (2005, p. 69), no domínio da saúde, onde “as interações enfermeiro – pessoa cuidada se fazem frequentemente num clima de tensão, de medo e de sofrimento, o comportamento não-verbal do doente, torna-se um elemento importante da comunicação, elemento que o enfermeiro deve observar”.

É através da linguagem não-verbal que, na maioria das vezes, o doente exprime as suas sensações, as emoções, os sentimentos e que complementa o que verbaliza através das palavras (Potter & Perry, 2006). Deste modo, é fulcral a aquisição de boas habilidades comunicacionais que, de forma muito sucinta, permitirá reduzir o risco de erros profissionais, assegurando melhores resultados clínicos, pois potencia a adesão ao tratamento e, simultaneamente, estimula a satisfação dos doentes (Lang, 2012). A corroborar, McCormack, Treiman, Rupert, Williams-Piehot, Nadler, Arora, Lawrence e Street (2011) referem que é indispensável que os enfermeiros, na sua prática profissional, adotem uma postura de prestação de cuidados centrados no doente, ou seja, os cuidados que prestam devem ser sensíveis às preferências individuais de cada doente, às suas necessidades e perspetivas, a fim de assegurar que os valores do doente orientam as decisões clínicas.

É que, segundo Hesbeen (2002), o cuidar é uma atenção particular que se dispensa à pessoa em situação de desequilíbrio, tendo em vista ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde. Hesbeen (2002, p.37) designa o cuidar como uma arte, “arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular”. Neste contexto, a arte pode ser considerada um meio para o contacto de humano-para-humano, em que são transmitidos sentimentos. Logo, o cuidar pode ser encarado como uma forma de expressão artística, na medida em que, através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos que, por sua vez, são também experimentados pelo recetor da interação do cuidar. “A arte de cuidar surge, então, como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos” (Watson, 2002, p. 60).

Assim, o cuidar encontra o seu verdadeiro significado pela encruzilhada da interação enfermeiro/doente, num processo de constante desenvolvimento e mudança, o que exige um conhecimento científico que deve aplicar-se segundo um modelo em que se considera o homem inteiro e a sua natureza humana (Riley, 2004).

De acordo com Phaneuf (2005), a influência do enfermeiro exerce-se de maneira responsável quando ele se apresenta aberto e leal em relação à pessoa doente, isto é, quando procede de maneira a:

- Manter a confiança da pessoa na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de a ajudar e de agir no seu melhor interesse.
- Manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre. É preciso lembrar-se que a ajuda que não provém do respeito pode tornar-se uma forma de violência.
- Conservar a confidencialidade do que lhe é revelado no quadro desta relação. A pessoa cuidada deve estar convencida que somente as pessoas da equipa de cuidados envolvidas poderão, se necessário, ser informadas.
- Criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham uma confiança recíproca.
- Manter-se aberta às perceções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada.
- Honrar os compromissos tomados em relação à pessoa cuidada e não lhe falhar quando ela tem necessidade de apoio.
- Manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança e à sua capacidade de ter em conta os seus limites.
- Evitar desapontar por comportamentos de denominação de neutralidade ou de falta de empenhamento.

Estas habilidades comunicacionais devem estar em sintonia com as necessidades dos doentes, que procuram cada vez mais cuidados de saúde personalizados, o que exige que os enfermeiros possuam as competências/habilidades para serem sensíveis às preferências e perspetivas dos seus doentes, envolvendo-os nos processos de tomada de decisão (Butalid, Verhaak, Boeije & Bensing, 2012). Assim sendo, é necessário que o enfermeiro e os doentes construam uma relação que possibilite a abertura para o aconselhamento, alicerçada em boas habilidades comunicacionais (Bechtel & Ness, 2010; McCormack, et al., 2011).

Face ao exposto, passa-se a expor as técnicas de comunicação não-verbal.

1.3.1. Técnicas de comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal desempenha distintas e relevantes funções no comportamento social do ser humano. Há uma panóplia de elementos não-verbais no comportamento comunicativo do Homem que funcionam de uma forma singularmente complexa (Monteiro, Caetano, Marques & Lourenço, 2008). Os mesmos autores esclarecem que, hoje em dia, está-se em condições de apreciar o tipo de influência que o comportamento não-verbal exerce nos outros e julgar a capacidade das pessoas para emitir sinais não-verbais ou para os interpretar; sabendo que a informação proporcionada pela palavra é, em determinados casos, contrariada e desmentida pelos sinais não-verbais que a acompanham e que, quando não é possível a comunicação verbal, as informações são transmitidas por meio de sinais não-verbais.

O signo não-verbal é todo o signo que não a língua falada ou escrita, usado para representar alguma outra coisa que não ele próprio. Tais signos seriam significativos para a pessoa ou pessoas que os usam. A gama de signos não-verbais é muito vasta (Vaz Freixo, 2006). Há muitas maneiras de dividir por categorias os diferentes tipos de signos não-verbais. Um dos métodos mais comuns foi desenvolvido por Eisenberg e Smith, referenciados por Vaz Freixo (2006), que se mantém em plena atualidade e continua a ser o alicerce de muitos estudos. A sua classificação parte de três categorias: a cinésica, a proxémica e a paralinguagem.

A comunicação humana não se limita à comunicação verbal sendo que a comunicação não-verbal revela muitas vezes fielmente sentimentos verdadeiros, porque a pessoa não controla tão bem as suas reações não-verbais (Ex: Um doente pode dizer que se sente bem e, contudo, contrair o rosto ao movimentar-se e manter o corpo rígido indicando sofrimento).

Numa relação interpessoal devemos complementar as mensagens verbais com as não-verbais, mas de modo apropriado tendo presente o significado das mensagens não-verbais em diferentes contextos. Devemos ter presente que para interpretar devidamente as emoções e mensagens dos interlocutores deve prestar-se atenção às mensagens verbais e não-verbais.

Postura e atitudes

O facto de o enfermeiro virar a cara e o corpo na direcção do doente poderá marcar um sinal de interesse. Neste sentido, Phaneuf (2005) refere que, ao mesmo tempo que se conserva uma certa descontração, uma postura levemente inclinada para o doente, ao qual o enfermeiro se dirige, mostra-lhe que, por um momento, ele se torna o centro das suas preocupações. A orientação do corpo traduz, assim, a da atenção. Nas relações humanas, a inclinação para o outro é um sinal de interesse, de procura de intimidade.

Estando perante o utente, quando se dirige a ele, o enfermeiro comunica-lhe a sua vontade de estar lá e de o escutar. Fala-se, inclusive, neste contexto, da “entrevista face a face”, expressão reconhecida para designar as trocas entre um interveniente social, enfermeiro e o doente. Contudo, é preciso não desprezar que certas pessoas podem ficar atrapalhadas por se encontrarem face ao enfermeiro, ou sentir-se invadidas pela sua posição que julgam ameaçadora. O enfermeiro deve, então, estar no alvo da expressão, das reacções ou dos movimentos de recuo do doente, a fim de ajustar a sua posição de modo a pô-lo à vontade (Phaneuf, 2005).

Os gestos

Os gestos e os comportamentos, enquanto prestadores de cuidados, espelham similarmente o estado interior. Por conseguinte, é imperioso ter-se cuidado com as atitudes e com os comportamentos suscetíveis de pôr o doente pouco à vontade, indispondo-o para se exprimir e para criar uma relação aberta com o enfermeiro (Roter, Frankel, Hall & Sluyter, 2006). Na opinião dos autores citados, é importante que o enfermeiro também observe o seu próprio comportamento e o modifique segundo as necessidades, de maneira a controlar melhor a sua maneira de estar face às pessoas cuidadas. O toque é uma forma possante de comunicação não-verbal, veicula a compreensão, mais dos que as palavras ou gestos. O toque terapêutico é uma forma especial de terapia alternativa de toque, usada pelos enfermeiros para efetuarem a avaliação e saúde, reduzir a dor e promover relaxamento, por influência nos campos de energia do doente (Edelman & Mandle, 1998, cit. por Potter & Perry, 2006).

O contacto visual

Comunicar consiste, *a priori*, na partilha de um olhar com o utente, em trocar com ele a expressão do sentido profundo que se atribui mutuamente ao que é dito. O aforismo popular diz que “os olhos são o espelho da alma” e é realmente nos olhos que, durante uma conversa, se destacam a abertura, o interesse ou a distração (Phaneuf, 2005).

Na opinião da autora citada, o olhar franco e direto do enfermeiro é o indício de uma comunicação honesta e autêntica. Significa a sua consideração pelo doente e o seu interesse em estar ali com ele. Olhá-lo, sem demasiada insistência, pode também incitá-lo a exprimir-se, porquanto o contacto visual é uma das características da atitude de escuta. É manifesto que quanto mais as pessoas são íntimas, mais se olham nos olhos, aumentando a possibilidade de que se instale entre elas uma certa compreensão. Esta é uma situação análoga na relação de ajuda. Phaneuf (2005) refere que a duração do olhar torna um significado particular ligado frequentemente ao interesse pela pessoa e pelo que ela comunica. O enfermeiro que conserva o contacto visual, durante bastante tempo no decurso de uma entrevista, pode ser percebido como estando mais aberto, mais caloroso e, profissionalmente, mais competente. Se, ao contrário, o seu olhar foge ou não se poussa, senão brevemente no seu interlocutor - doente -, pode dar a impressão de estar mais distante, menos interessado.

A expressão facial

A face humana é móvel e cheia de expressão, transmissora de reações ao que se vê, ouve e percebe interiormente. As palavras de uma pessoa têm sempre um impacte sobre o interlocutor que as recebe. O seu inconsciente interpreta-as positiva ou negativamente, segundo as circunstâncias e o “espaço” emotivo prévio (Oliveira & Gomes, 2004). Voluntária ou involuntariamente, em certos casos, a mímica e os traços da face do enfermeiro entram em jogo para comunicar a abertura, a compreensão e o interesse pelos utentes (Phaneuf, 2005). A mesma autora refere que, mesmo ao mostrar uma expressão aberta, o enfermeiro não pode estar certo do sentido que tomam as suas palavras ou os seus gestos para o doente que o escuta, se não for pela sua reação.

O tocar

No momento de entrevista com o utente, pode revelar-se útil tocar-lhe a mão, o braço ou o ombro para lhe mostrar que se está à sua escuta e que se partilha o seu sofrimento. O tocar é um comportamento não-verbal de significado muito possante. Quando a mão do enfermeiro se estende para a pessoa doente, a fim de lhe testemunhar a sua compreensão, tendo em conta que as palavras tornam-se, por vezes, mesmo inúteis (Phaneuf, 2005).

Assim sendo, o tocar intencional é parte integrante da relação enfermeiro/utente. Pode ajudar a pessoa a abrir-se a esta relação e facilitar o estabelecimento de uma convivência terapêutica entre a díade. As suas utilidades são múltiplas, de acordo com Phaneuf (2005), pode servir para chamar a atenção de um utente desatento ou um pouco confuso; permitir ao enfermeiro manifestar o seu interesse; apoiar uma palavra ou uma frase que exprime; tranquilizar um utente ansioso. Mas, é principalmente nos momentos de forte emotividade que o tocar se revela mais precioso (Gomes, Oliveira, Pires, Ramos & Alves, 2006).

O tocar afetuoso intencional fortalece a qualidade de presença do enfermeiro e acompanha a escuta atenta da pessoa, contribuindo para lhe devolver a confiança e reforçar a sua autoconfiança. O tocar é também benéfico para acalmar um utente agitado, transmitindo-lhe calma e conforto (Gomes et al., 2006). Os mesmos autores referem que os gestos de contacto e o aperto de mão são reveladores do que se é interiormente: descontraído, traduz o à vontade e a autoconfiança; enérgico e firme, é indício de uma pessoa afirmativa e dinâmica, enquanto um aperto de mão lânguido caracteriza frequentemente as pessoa tímidas e incomodadas.

Frans Veldman, referenciado por Phaneuf (2005), atribui uma função ainda mais profunda ao tocar, denominando-a de “tato” para demonstrar toda a delicadeza que este termo sugere. O autor considera que o contacto tátil possibilita confirmar a pessoa na sua existência afetiva, ou seja, transmitir-lhe a “afetividade partilhada”, o respeito tranquilizador e segurizador que considera ser um direito e uma necessidade para o desenvolvimento da sua individualização e da sua autonomia.

Como sublinha Jacques Chalifour, também referenciado por Phaneuf (2005), o tocar é muito influenciado por dimensões culturais e sociais. Contudo, é também tributário da personalidade de cada ser humano, em certos casos, das suas perturbações emotivas. O

significado do contacto para o utente tocado revela-se pelo seu comportamento não-verbal: se ele retira a mão quando a do enfermeiro avança, se parece desconfortável quando tocado, é melhor que o enfermeiro se abstenha. A observação revela que este comportamento traduz muito frequentemente o espanto. Também é preciso evitar tomar utente de surpresa e falar-lhe antes de o tocar. Pode, mesmo, pedir-se-lhe permissão, dando-lhe a oportunidade de aceitar ou recusar.

De acordo com a autora supracitada, tendo-se estabelecido a relação de confiança, por norma, o utente não se opõe ao toque. Mesmo utentes autotélicos, esquizofrénicos ou confusos, consentem este contacto quando se torna previsível. É preciso, todavia, abrir exceções para os utentes frios, os que são muito agressivos, agitados, violentos ou em estados de confusão e agitação. A mesma autora recomenda ser-se circunspeto com um utente que sofre de perturbações psiquiátricas. Para estes últimos, o contacto do enfermeiro pode ser percebido como um sinal de agressão contra o qual é preciso defender-se.

A Proxémia

A proxémia é a disciplina que estuda a perceção e a gestão das distâncias (espaços) entre os interlocutores: proximidade e territorialidade. A distância entre duas pessoas pode ser empregada como comunicação não verbal por parte de uma ou das duas e transmite mensagens acerca do relacionamento entre elas.

O ângulo com que alguém se coloca relativamente a outro comunicador também emite mensagens acerca do relacionamento. Fitar alguém de frente pode significar intimidade, frontalidade, profissionalismo. Mas também pode denotar uma postura agressiva ou desafiadora. Uma colocação a 90° revela uma atitude mais cooperativa, aberta.

Hall (1980) definiu 4 distâncias (que variam entre culturas)

Espaço Intimo – Até cerca de 40 a 46 centímetros. É também chamada “bolha de privacidade” e é uma distância tolerada com quem se mantém uma relação de intimidade: é fisicamente acessível a um gesto, a respiração é perceptível, tal como o calor e o odor. Se a distância transgride este espaço, a situação torna-se instável, há alterações fisiológicas no organismo e existe tendência para a aproximação e afastamento (tango conversacional).

Espaço Interpessoal – Entre os 45 cm e 1,25 metros. Constitui o espaço ideal para se ter uma conversa ou trocar impressões amigavelmente e com alguma proximidade, sem no entanto invadir a intimidade. Pode existir ou não uma mesa interposta

Espaço Social – Entre 1,25 e 3,6 metros. Constitui o espaço ideal para um relacionamento formal, socialmente definido, ou que implique relações de poder entre os interlocutores.

Espaço Público – Para além dos 3,6 metros. Obriga a exprimir em voz alta e é adequado a um discurso ou conferência

Na prestação de cuidados são muitas as situações em que o enfermeiro entra no espaço pessoal e íntimo do outro (avaliação física, banho, massajar, vestir, mudar fralda). É essencial o consentimento por parte do doente em permitir a entrada no seu espaço próprio, devendo o enfermeiro manifestar atitudes de respeito, dignidade e empatia

Aspetos não-verbais do discurso

A entoação e acentuação afetam o significado das palavras pois as mesmas palavras ditas em diferentes tons de voz podem ter significados muito distintos. O tom de voz, o volume, os ritmos, os silêncios traduzem informação sobre o estado emocional do falante e até sobre a personalidade e a classe social.

1.3.2. Relação profissional de saúde/doente

No âmbito da relação enfermeiro/doente, as competências e as perícias de comunicação assumem-se como fatores determinantes no processo de comunicação/interação e, por tal, é relevante que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e, especialmente, implementem nas suas práticas perícias de comunicação nas interações comunicativas mais complexas e delicadas. Deste modo, pensar nas práticas de enfermagem, “numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico”, abarca “o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais” (Briga, 2010, p. 15).

Neste sentido, “o estabelecimento de uma relação significativa entre enfermeiro/doente é uma das principais funções da comunicação nos cuidados de enfermagem”. É através deste meio que “o enfermeiro acolhe o doente, pesquisa dados fidedignos acerca do mesmo, da sua doença, das suas necessidades, sentimentos e pensamentos, e oferece-lhe elementos para que desenvolva a sua capacidade de autocuidado e para a satisfação das suas necessidades” (Stefanelli, 2005, cit. por Briga, 2010, pp. 23-24).

A comunicação interpessoal acontece em todo o momento no desempenho do profissional de enfermagem, podendo, todavia, ser terapêutica ou não terapêutica.

Segundo Riley (2004), há um conjunto de regras e de expectativas que regem o desenvolvimento da relação enfermeiro/doente, tendo-se como premissa que esta relação visa ajudar o doente a alcançar e manter um nível ótimo de saúde. Uma relação de ajuda, enfermeiro/doente, bem-sucedida, representa uma diferente ordem de interações daquelas que ocorrem numa relação de amizade. Este facto não se deve a qualquer superioridade do enfermeiro, todavia, à confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros, o que caracterizam a verdadeira relação profissional.

Estando-se de acordo com Collière (2003), considera-se também que o cuidar se revela como um processo capaz de garantir uma melhor e efetiva qualidade de vida do indivíduo são ou doente. Todo o processo do “cuidar” deve ser considerado numa perspetiva dinâmica, em que o enfermeiro se assume como gerador/facilitador de bem-estar, bem como de educador na procura de comportamentos que favoreçam a saúde e/ou previnam outros, que facilitem o desenvolvimento da doença.

Na perspetiva de Phaneuf (2005), a comunicação e a relação de ajuda são fatores muito significativos na humanização e na qualidade dos cuidados, na medida em que a comunicação é um instrumento de base para o estabelecimento da relação de ajuda.

Em conformidade com Briga (2010, p. 32), suportada teoricamente em Lage (1996), os enfermeiros, tendo em conta “a sua função de gestores da relação”, necessitam de refletir e ter presente que “os seus comportamentos podem ter um efeito positivo, desencadeando uma relação aberta, ou, pelo contrário, um efeito negativo, capaz de bloquear, inibir ou de distorcer toda a comunicação com o doente”. Neste sentido, Bertone, Ribeiro e Guimarães (2007, cit. por Briga, 2010, p. 32) consideram que a comunicação no âmbito da saúde necessita de ser terapêutica, porquanto tem como

finalidade o cuidado e, através deste, “favorece a tranquilidade, a autoconfiança, o respeito, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia pela pessoa cuidada”.

Na opinião de Briga (2010), não chega que os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação terapêutica nos cuidados prestados ao doente, pois há sempre a necessidade de os ouvir, ter-se mais leituras sobre o assunto e planejar as ações, tendo em consideração o cuidado holístico. Esta tomada de consciência pelos enfermeiros da importância dos conhecimentos sobre a comunicação humana, a relação de ajuda terapêutica e o uso consciente deste saber deve estar sempre presente na relação enfermeiro/doente.

Parte da comunicação entre um profissional de saúde e um utente é a chamada comunicação terapêutica: é o processo pelo qual o profissional de saúde toma conhecimento sobre o utente, uma comunicação planeada e intencional que o técnico utiliza para ajudar a identificar e atender as necessidades de assistência ao utente

A comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial que dá acesso ao princípio da autonomia, do consentimento informado, da confiança mútua, à segurança e à informação que o doente necessita para ser ajudado a ajudar-se a si mesmo.

A comunicação terapêutica contrasta assim com a comunicação social que forma a base dos relacionamentos sociais ou de amizade

Riley (2004) refere que a relação terapêutica deve ser planeada para que se promova, mantenha e restaure o bem-estar do doente. Assim, esta relação é estabelecida para o benefício do doente, sendo, no entanto, mais eficaz se for mutuamente satisfatória. Os doentes ficam satisfeitos quando as suas necessidades de saúde são satisfeitas e têm a percepção de ter sido bem cuidados. Por sua vez, os enfermeiros sentem-se realizados quando as suas intervenções têm um efeito positivo no estado de saúde do doente e quando sentem que foram competentes a cuidar. A mesma autora salienta ainda que a relação terapêutica “pode resultar numa experiência de aprendizagem mútua, mas em geral a meta da relação terapêutica visa o progresso do cliente” (Riley, 2004, p. 26).

Numa relação terapêutica, os indivíduos que procuram ajuda trazem para a relação as suas próprias experiências de vida, a sua inteligência, os conhecimentos adquiridos, os seus valores, as suas crenças e as suas motivações para mudar. Os enfermeiros trazem a sua experiência, compreensão e competências. O enfermeiro e o doente podem ser

olhados como sistemas únicos que se cruzam num terreno comum: a relação terapêutica enfermeiro/ doente (Potter & Perry, 2006).

Uma relação terapêutica não é uma relação social. Embora seja verdade que as pessoas frequentemente se ajudam umas às outras nas relações sociais, a ajuda que ocorre nessas situações é diferente da que ocorre nas relações terapêuticas. As relações sociais podem envolver uma infinita variedade de atividades de ajuda não específicas, tais como ajudar uma pessoa com muletas a atravessar a rua com segurança. Ajudas sociais semelhantes a esta podem dar maior satisfação à pessoa que ajuda do que à pessoa que é ajudada. A ajuda social é apenas uma pequena parte da relação total da ajuda (Hesbeen, 2004).

A ajuda que ocorre na relação terapêutica é razão principal para que essa relação exista. É a atividade central da relação. É centrada no utente e tem um objetivo específico. A relação terapêutica está especialmente direcionada para os sentimentos, pensamentos e valores do doente e centra-se na realização desses objetivos (Hesbeen, 2005).

Outra diferença entre a relação social e a relação terapêutica é que a relação social é mais recíproca, com ambas as pessoas partilhando crenças, sentimentos e opiniões pessoais uma com a outra. Isto não é verdade na relação terapêutica. O enfermeiro possa partilhar alguns sentimentos como doente, esta não é uma partilha recíproca e é feita somente quando daí possa advir algum benefício para o doente (Riley, 2004).

À luz do pensamento de Rogers (1974, cit. por Brigas, 2010, p. 34), “o respeito pela pessoa é denominado de aceitação positiva incondicional”. Este ato, ainda na opinião do mesmo autor, equivale “a aceitar os outros por aquilo que são e não pela maneira como se comportam ou pelas suas características especiais”. Para o referido autor, o respeito pela pessoa é possível “quando existe respeito pelas capacidades e potencialidades do outro”. Equivale a aceitar a pessoa com os seus sentimentos, emoções e pensamentos. Neste âmbito, Riley (2004, p. 111) acrescenta que “o respeito é a comunicação da aceitação das ideias, sentimentos, experiências do cliente”. A mesma autora salienta que quando o enfermeiro demonstra respeito em relação aos doentes está a enviar-lhes mensagens. A cordialidade e o respeito são, para Rogers (1961, cit. por Riley, 2004), a consideração positiva incondicional, o que significa que o enfermeiro tem de aceitar os doentes por aquilo que são e não pela maneira como se comportam ou pelas características pessoais que possuem.

“O respeito não é uma característica de relação de ajuda, porém uma qualidade basilar, é uma atitude de base que encontra a sua expressão nos comportamentos” (Lazure, 1994, cit. por Brigas, 2010, p. 34). O respeito é expresso pelo enfermeiro por meio dos seus comportamentos e atitudes, da sua maneira de estar e de agir em relação ao doente, de modo a poder ajudá-lo, vendo-o “como ser único com várias experiências, aceitando que é capaz de tomar decisões, ajudando-o a descobrir os seus recursos para cuidar de si próprio” (Lazure, 1994, cit. por Brigas, 2010, p. 34).

Na relação terapêutica também ganha destaque a aceitação, que é a abertura de espírito para conseguir ver as qualidades únicas e atributos individuais dos doentes. Significa que os doentes são aceites pelas pessoas que são, mesmo que os seus comportamentos não sejam desejados (Riley, 2004). A mesma autora acrescenta que o respeito é mais do que um comportamento de aceitação e inclui valorizar, prestar atenção ou gostar dos doentes por aquilo que eles são. A autora citada considera que a experiência demonstra que existe uma correlação positiva entre o respeito, a cordialidade, a empatia e o sucesso na obtenção de resultados positivos. Assim, realça que “o comportamento que traduz respeito consiste em reconhecer a presença do outro” (Riley, 2004, p. 112).

Empatia é a capacidade de apreender e aceitar a realidade de outra pessoa, de identificação emocional, bem como é uma forma de o profissional de saúde comunicar essa compreensão ao utente (Potter & Perry, 2006).

Riley (2004) afirma que, no momento em que um doente ou um outro profissional de saúde está magoado, confuso, perturbado, ansioso com dúvidas ou incertezas acerca do mérito próprio ou da identidade, deve haver uma atitude compreensiva. A empatia requer sensibilidade e imaginação, particularmente quando não se viveram experiências análogas. Não é possível demonstrar empatia perante todas as situações. Contudo, esta é um importante objetivo a atingir, porque é a base para se revelar preocupação e transmitir apoio emocional ao utente (Potter & Perry, 2006).

Stefanelli (2005) refere que a empatia é como uma estrutura de perceções, que faculta uma consciência do *eu* e do *outro*, amplificando a sensibilidade, bem como permite fomentar o respeito e objetivos recíprocos e a consciência social. De acordo com a mesma autora, a empatia potencia igualmente o desenvolvimento do conhecimento dos indivíduos num contexto histórico e social. As expressões de empatia refletem a compreensão por aquilo que foi transmitido e demonstram à pessoa os sentimentos e que o teor factual da comunicação foi ouvido. As expressões de empatia têm de ser

neutras e destituídas de qualquer crítica. Além disso, podem ser usadas para erigir a confiança em situações excessivamente difíceis. A empatia é a percepção exata dos sentimentos do doente. É a experiência de “estar na pele da outra pessoa”, sem, no entanto, sentir ou pensar os sentimentos ou pensamentos dela. Empatia não é simpatia, em que o enfermeiro tem pena do doente. É sim um sentimento de “estar com” o doente (Riley, 2004).

A capacidade de empatia, ainda segundo Stefanelli (2005), relaciona-se com os sentimentos de confiança, envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal, perspetivando a confiança como o sentimento que possibilita à pessoa aprender a lidar com o mundo e resolver problemas. Por sua vez, a confiança compreende o respeito, a honestidade, a consistência, a fé e a esperança. A autora salienta ainda que demonstrar congruência, consistência e empatia, ajudar o doente a aceitar-se como ele é, ser flexível, manter o contacto visual respeitar o seu silêncio, promover o alívio de sua ansiedade são fatores, entre outros, que podem fomentar o aparecimento mais célere da confiança. Acrescenta que ter respeito mútuo pela pessoa é acreditar na sua dignidade e valor, independentemente do seu comportamento. Equivale a aceitá-la sem julgá-la. Ao demonstrar franqueza e honestidade, o enfermeiro está a revelar, através da comunicação empática, que aceita o doente como pessoa.

Riley (2004) diz que a componente verbal da empatia reflete compreensão para com os sentimentos e motivos das reações emocionais dos doentes. A empatia transforma-se na ligação verbal com o doente, com o objetivo de ajudar. Esta modalidade mental, segundo a autora citada, “requer flexibilidade do ego” (p. 133). Ou seja, os enfermeiros saem do seu mundo para poderem “entrar” no mundo dos doentes, regressando novamente ao seu “processador mental para confirmar o seu conhecimento acerca dos sentimentos do doente, planeando o que dizer ou fazer no melhor interesse dos seus clientes” (Riley, 2004, p. 133).

Técnicas de comunicação terapêutica

No desenvolvimento do processo terapêutico há técnicas de comunicação terapêutica que permitem mais facilmente a interação enfermeiro/doente, que implicam que se tenha sempre em consideração o “aqui e agora”, bem como as características individuais

de cada doente. Neste sentido, Riley (2004, p. 32) refere que o enfermeiro deve fazer uso das técnicas de comunicação terapêuticas, nomeadamente:

- **Escuta ativa:** processo ativo de receber estar atento, compreender (verbal) e observar as reações às mensagens do utente (não verbal), residindo o seu valor terapêutico na comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pelo doente; Deve sentar diante do doente; observar uma postura aberta (não cruzar braços e nem pernas); levar o tronco para a frente; estabelecer e manter o contacto visual e relaxamento e conforto;

- **Silêncio:** Períodos de comunicação não-verbal entre o enfermeiro/doente e doente/enfermeiro. O seu valor terapêutico reside precisamente no facto de o enfermeiro comunicar a sua aceitação ao doente de forma não-verbal. Há uma tendência em preencher os espaços vazios com palavras, mas às vezes esses espaços são necessários para observar, classificar sentimentos, pensar em como dizer as coisas e considerar/clarificar o que foi dito. O silêncio pode ajudar a ganhar confiança necessária para partilhar uma decisão ou vergonha/constrangimento/ desconforto em contar algo e poder permitir que se preste atenção às mensagens não-verbais (expressão facial, postura, movimentos);

- **Orientação:** refere-se às instruções/orientações dadas ao doente, ou seja, instruções relativamente aos papéis, finalidade e limitações de uma interação específica, cujo fim terapêutico consiste em ajudar o doente a saber o que se espera dele;

- **Comentários abertos:** refere-se às observações de natureza mais geral para determinar a direção que a interação deverá tomar, possibilitando ao doente selecionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir;

- **Redução da distância:** diminui o espaço físico entre a díade enfermeiro/doente, consiste em comunicar de forma não-verbal que o enfermeiro quer estar próximo do doente. Atenção às distâncias entre os interlocutores para não invadir o espaço íntimo sem as devidas precauções. Ter presente a orientação e a posição que permita uma conversação face a face e mantenha algum espaço de liberdade entre eles;

- **Consideração:** reconhecimento da importância do contributo do doente na interação. Demonstra a importância do papel do doente na relação;

- **Recapitulação:** repete ao doente o que o enfermeiro pensa que foi a principal ideia expressa. Assim, o seu valor terapêutico reside na solicitação da validação da

interpretação da mensagem pelo enfermeiro por vezes pode ser necessário parafrasear ou seja, visitar a mensagem do outro utilizando as suas próprias palavras (pegar nas “deixas”). Envia-se um feedback que deixa o outro saber que se está envolvido ativamente na busca da compreensão;

- **Reflexão:** dirigir ao doente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, de modo a que este possa reconhecer a importância das mesmas;

- **Clarificação:** requer o *input* adicional por parte do doente de forma a compreender a mensagem recebida. Demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o doente. Serve para verificar se o entendimento foi preciso pode ser necessário rever a mensagem não clara ou ambígua para esclarecer a intenção do emissor (pedir para repetir, explicar, dar um exemplo);

- **Validação consensual:** demonstração do desejo do enfermeiro em compreender o significado de sinais ou conotação de palavras particulares emitidos pelo doente. Revela o desejo do enfermeiro em compreender a comunicação do doente. O doente pode não usar os códigos do médico e usa a linguagem de acordo com os códigos da sua cultura e podem ter significados diferentes. É necessário decifrar os códigos (pelo menos nos 1º encontros) e perguntar o que para ele significam certos termos, pois podem ter significados diferentes;

- **Focalização:** questões e/ou afirmações que auxiliam o doente a desenvolver uma ideia, orientando a conversa para o tópico de importância. Com a focalização pretende-se centralizar os elementos-chave ou os conceitos de uma mensagem e é útil quando a conversa é vaga e é necessário direcionar a conversa para áreas importantes. Também serve para trazer o doente de volta a um tópico anterior mas que não foi desenvolvido (fazer referência a uma frase anteriormente dita pelo doente). Demonstra interesse no que o doente está a dizer. Os doentes não se ofendem se salientarmos que aquilo que estão a dizer é muito útil e interessante mas que gostaríamos de voltar um pouco atrás;

- **Síntese /Resumo:** revisão através da qual é realizada a constatação dos principais temas discutidos durante a interação, ajudando o doente a separar o material importante do não importante. Serve como revisão concisa dos aspetos-chave, do que o doente esteve a contar. Isto indica que o compreendeu e que está interessado em obter mais informações. Um comentário sucinto irá encorajar o doente a prosseguir. É também útil

na fase de *terminus* da relação profissional de saúde-doente bem como também se pode utilizar no início da relação para relembrar os assuntos de uma anterior ajuda;

- **Planificação:** decisão mútua quanto à finalidade e direção das interações futuras, reiterando-se o papel do doente na relação.

Técnicas de comunicação não terapêuticas

Todavia, na prática diária dos profissionais de saúde, são frequentes as técnicas de comunicação não terapêuticas, que se referem àquelas que dificultam a interação enfermeiro/doente e, conseqüentemente, a implementação do processo de enfermagem.

Certas técnicas de comunicação podem impedir ou prejudicar a relação profissional levando a que os recetores hajam de forma defensiva. As técnicas não terapêuticas tendem a expor mais a expressão dos sentimentos e ideias e podem produzir respostas ou comportamentos negativos

De acordo com Riley (2004, p. 33), as técnicas de comunicação não terapêutica consistem em:

- **Não escutar:** ausência de receção da mensagem, colocando as necessidades do enfermeiro acima das do doente;

- **Colheita inadequada de dados:** evidenciada por descrições vagas, obtenção de respostas inadequadas; seguir-se rigidamente os formulários, sem exploração do doente. Assim, está-se presente nos cuidados não individualizados ao doente. As perguntas pessoais que não sejam relevantes à situação ou por curiosidade, não são apropriadas à comunicação profissional. Se o doente desejar compartilhar informações particulares, ele o fará;

- **Julgar:** processo que aprova ou reprova os relatos. Fica implícito que o enfermeiro tem o direito de aprovar ou reprovar a dependência da relação. Os profissionais não devem impor as suas atitudes, valores, crenças e padrões morais aos outros durante o exercício da sua função profissional. Deverão sim ajudar as pessoas a explorarem as suas próprias crenças e decisões;

- **Acalmar:** tentar-se proferir a palavra mágica, ou seja, o seu valor terapêutico reside na negação do medo e dos sentimentos do doente, sugerindo claramente a ausência de sentimento empático;

- **Rejeição:** ocorre quando o enfermeiro se recusa a discutir os temas com o doente, que poderá sentir que não só a comunicação, como também ele próprio são rejeitados;
- **Defesa:** decorrer quando o enfermeiro tenta proteger alguém ou alguma coisa do *feedback* negativo, impedindo o doente de expressar a sua opinião. Tornar-se defensivo em virtude da crítica de um doente faz com que as preocupações deste sejam ignoradas e faz sentir ao doente que não tem o direito de dar a sua opinião. Perante a crítica, deve-se ouvir (o que não implica concordar) para descobrir as razões da raiva ou da insatisfação. Poder-se-á neutralizar a raiva e descobrir preocupações mais profundas;
- **Aconselhamento:** dizer ao doente o que o enfermeiro julga que deve ser feito. Deste modo, está a negar-se a palavra ao doente como parceiro na tomada de decisão;
- **Responder com estereótipos:** ao recorrer a expressões verbais banais e sem significado, o enfermeiro nega o significado da comunicação do doente. Frases automáticas comunicam que não se estão a levar as preocupações a sério ou a responder atentamente. Fazer observações estereotipadas (conceitos generalizados) sobre os outros reflete julgamento precipitado e prejudica as relações;
- **Mudar de conversa:** o enfermeiro dirige a interação para áreas do seu interesse, alheando-se das do doente, estando a comunicar não verbalmente que é ao enfermeiro que compete decidir o que deverá ser discutido, podendo não haver discussão de temas importantes para o doente. Mudar de assunto quando a outra pessoa está a tentar comunicar algo importante (ou interromper quando está a falar) demonstra falta de empatia. Tende a bloquear a comunicação e o emissor pode guardar as mensagens importantes ou falhar na expressão dos seus sentimentos;
- **Paternalismo:** estilo de comunicação que evidencia condescendência em relação ao doente. Implica que a relação entre a díade não é igual, colocando o profissional de saúde num plano superior. O profissional explora toda a autoridade e controlo inerentes ao seu estatuto, enquanto o doente não sente nem exerce qualquer autonomia, não participando ativamente no tratamento aceitando apenas o que for decidido. É uma situação que poderá ser correta em situações de emergência, mas desadequada em situações de recolha de dados e tratamento.

Poderíamos acrescentar outros comportamentos que também são por vezes utilizados:

Falsas garantias - quando o doente procura compreensão, as falsas garantias podem desencorajar uma comunicação aberta. Embora possa ser gentil e se pretenda evitar a

angústia do doente, dar garantias que não se baseiam na realidade pode trazer mais prejuízo que benefício;

Dar opiniões pessoais - ao dar-se uma opinião pessoal afasta-se a tomada de decisão do doente. Inibe a espontaneidade e pode gerar dúvidas. O profissional não deve julgar nem contar os seus problemas pessoais. As opiniões pessoais diferem do aconselhamento profissional. Pode ser necessário dar sugestões e ajuda para fazer escolhas. As sugestões são apresentadas como opções sendo a decisão final do doente;

Pedir explicações - Perguntar o porquê (de sentir ou agir de determinada maneira) pode ser interpretado como acusação ou pensar que o profissional sabe a verdadeira razão e os está a testar;

Aprovação ou desaprovação - Os profissionais não devem impor as suas atitudes, valores, crenças e padrões morais aos outros durante o exercício da sua função profissional. Deverão sim ajudar as pessoas a explorarem as suas próprias crenças e decisões;

Importa salientar que segundo Peixoto, Simões, Teles et al. (2012, p. 7), na relação terapêutica “saber ouvir de uma forma ativa é ouvir de modo atento, disponível e comprometido, num esforço de compreensão do que é dito e de quem diz, de empatizar antes de analisar, para que o locutor se sinta não só compreendido, mas igualmente “sentido”. Isto equivale a entrar no mundo do outro. “Saber entrar neste mundo, na forma singular de perceber o Eu, o Outro e o Mundo, particularmente a doença e o sofrimento, a afetividade e a finitude, é a única possibilidade de ajuda, de poder apelar aos recursos internos e externos do doente, de fomentar a aliança e o suporte que traz consigo a segurança e a adesão terapêutica e, sobretudo, de respeitar o Outro na sua diferença e dignidade” (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012, pp. 7-8).

Ao admitir-se, como Watson (2002, p. 96), que a enfermagem é “a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do Homem, que se realiza em transações humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas”, então, a prática de enfermagem assume-se como o cuidado que dá prioridade à pessoa e não a uma lógica da organização do trabalho. Isto implica várias componentes, entre as quais se destacam a interdisciplinaridade, a atenção acrescida à imprevisibilidade, a singularidade do ato de cuidar e a adoção de uma atitude profissional que se apoia no saber fazer, no saber estar e no saber ser.

1.3.3. Competências essenciais de comunicação clínica

É consensual que uma boa comunicação entre enfermeiro/doente influencia positivamente os cuidados prestados. Enfermeiros com boas capacidades comunicacionais identificam os problemas dos doentes com mais eficácia e estes ficam mais satisfeitos com os seus cuidados (Leite, 2013). A mesma autora refere que a boa comunicação entre a díade suprarreferida beneficia a atenção recebida, a decisão terapêutica, o grau de seguimento dos planos e reduz as reclamações por má prática. O bem-estar do enfermeiro aumenta significativamente, resultando numa maior satisfação profissional.

As habilidades de comunicação do enfermeiro estão associadas à maior satisfação do doente, melhores resultados de saúde, uma maior adesão ao tratamento e autogestão mais ativa de doenças crónicas (Schoenthaler, Chaplin, Allegrante et al., 2009). Daí que é necessário que os enfermeiros possuam habilidades de comunicação, abrangendo a formação e a avaliação em comunicação, bem como as habilidades interpessoais como um dos domínios de competência (Joyce, Steenbergh & Scher, 2010).

Melo (2005) refere que obter informação para fazer um diagnóstico e transmitir informação para facilitar a compreensão do doente em relação ao seu problema é um fator primordial da prestação de cuidados de saúde.

Uma comunicação clínica eficaz é a base da relação enfermeiro/doente. As competências clínicas de comunicação devem e podem ser aprendidas, treinadas e aperfeiçoadas, validadas e aferidas (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012, p. 12). De acordo com os mesmos autores, alguns estudos indicam que existe uma associação positiva entre o uso de boas competências de comunicação clínica e os seguintes parâmetros:

- Maior satisfação com o ato clínico;
- Melhoria do sofrimento psicológico e da forma de lidar com o mesmo;
- Melhoria dos sintomas físicos;
- Maior regularidade e adesão terapêutica;
- Adoção de estilos de vida mais saudáveis;

- Melhoria de alguns marcadores biológicos;
- Diminuição do tempo de internamento.

Peixoto, Simões, Teles et al. (2012) salientam que quando se utiliza a entrevista clínica, verifica-se:

- maior informação disponível para planejar o tratamento;
- menor número de questões de última hora;
- maior facilidade na discussão de temas delicados;
- maior satisfação com a entrevista.

Os mesmos autores acrescentam que no denominado “diálogo clínico”, o enfermeiro fornece ao doente temas e orientações para posteriormente escutar atenta e ativamente a sua narrativa. Assim, deve fazer perguntas abertas, clarificar, verificar e resumir, perguntando ao doente a sua opinião, bem como deve lidar com as emoções emergentes, ajudando o doente nos temas e nos momentos de maior dificuldades. Então, o enfermeiro procura “apoiar a narrativa, compreender a dor e construir a relação” (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012, p. 13).

Em 1999, reuniram-se em Kalamazoo, no Michigan, para o “BayerFetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education”, vários representantes de organizações profissionais e de educação de profissionais de saúde, tendo delineado um conjunto de elementos fundamentais na comunicação profissional de saúde/doente. Visava esta equipa uma abordagem de tarefas centradas no doente. Destas reuniões surgiu o Kalamazoo Consensus Statement (Makoul, 2001) e mais tarde em 2004 o Kalamazoo II Report. (Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. 2004). Assim, identificaram como tarefa basilar da comunicação, o estabelecimento de uma relação terapêutica, forte e eficaz, sendo considerada o apoio da comunicação profissional de saúde/doente (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012).

De acordo com aqueles autores, as tarefas reconhecidas consistem em:

- **Construir uma relação** (*rapport*) profissional de saúde/doente;
- **Abrir a discussão:** ou seja, possibilitar que o doente complete o seu testemunho de abertura; elencar as preocupações do doente na sua totalidade; estabelecer/manter uma ligação interpessoal);

- **Obter informação:** através do recurso a perguntas fechadas e abertas apropriadamente; estruturar, clarificar e sumariar informação; escutar ativamente, recorrendo a técnicas não-verbais, como, por exemplo, o contacto ocular, e técnicas verbais, como a utilização de palavras de encorajamento;
- **Perceber a perspetiva do doente:** isto é, explorar fatores contextuais (ex. família, cultura, fatores socioeconómicos, espiritualidade); analisar crenças, preocupações e expectativas relativamente à saúde e à doença; reconhecer e responder às ideias, sentimentos e valores do doente;
- **Partilhar informação:** através do recurso a uma linguagem que o doente possa compreender, verificar que se este compreendeu, encorajando-se perguntas;
- **Alcançar um acordo nos problemas e planos:** levar o doente a participar em decisões em conformidade com o desejado; verificar a vontade e capacidade do doente em seguir o plano; identificar e listar recursos e suportes);
- **Fornecer um fecho:** consiste em perguntar ao doente se possui outras questões ou preocupações; sumariar e demonstrar concordância com o plano de ação; discutir o *follow-up* (ex. próxima visita, plano para resultados inesperados).

De acordo com Joyce, Steenbergh & Scher (2014), estas premissas podem e devem ser ajustadas às diferentes especialidades, cenários e problemas de saúde, sendo um instrumento eficaz para ganhos de competências clínicas de comunicação para os enfermeiros, no caso concreto do presente trabalho.

As competências clínicas de comunicação englobam as competências do entrevistador que deve procurar compreender a totalidade do indivíduo (psicológico, social e cultural) num contexto específico e ter em atenção o significado das experiências vividas pelo utente, pois só assim pode tomar decisões adequadas. De acordo com Carvalho et al. (2010, p.528), o profissional de saúde deve privilegiar uma “postura atenta, disponível e compreensiva e a capacidade de ajuda desinteressada, responsável e auto consciente”.

De acordo com os mesmos autores (Carvalho et al., 2010), na comunicação enfermeiro/doente devem estar presentes competências relacionais e comunicacionais que permitam obter informação, realizar intervenção terapêutica e estabelecer uma relação de confiança e abertura que permite colher os dados numa fase inicial e depois facilita o papel de educador e o posterior o cumprimento do plano terapêutico ou adesão terapêutica. Alves (2011) reforça esta ideia quando afirma que as competências

interpessoais devem incluir o respeito pelo utente, estar atento não só à comunicação verbal como à não-verbal, demonstrar interesse e preocupação pelo utente e ser flexível na relação.

Segundo, Peixoto, Simões, Teles et al. (2012, p. 15), não é fácil estruturar uma entrevista no tempo mínimo adequado, essencialmente quando se pretende respeitar as exigências:

“não limitar a entrevista a um interrogatório e, como tal, deve fazer-se dela o local de construção partilhada de uma narrativa, cujo autor é o doente; ajudar o doente na construção desta narrativa, estruturando-a, resumindo-a, verificando a fidelidade da narrativa construída e questionando a sua completude ou incompletude, sem contudo se tornar coautor da narrativa, ou seja, acrescentar algo de seu ao que a narrativa não contém”.

Os enfermeiros devem respeitar estas exigências, de acordo com uma gestão adequada, de tempo e têm de manter o controlo da entrevista, cumprindo as suas tarefas e obedecer ao seu processual, sob a pena de perder o objetivo e resvalar para uma conversa clinicamente inútil e, muitas vezes, interminável.

As competências de comunicação que os enfermeiros devem usar durante a entrevista clínica são, segundo Peixoto, Simões, Teles et al. (2012):

- Iniciar a entrevista de maneira apropriada;
- Usar corretamente os vários tipos de intervenções, centradas no doente e focadas no enfermeiro;
- Usar corretamente os vários tipos de perguntas, desde as abertas e exploratórias a fechadas e discriminantes;
- Solicitar a expressão de ideias, preocupações, sentimentos e dúvidas do doente sobre a doença e sobre o tratamento;
- Saber usar o silêncio;
- Saber fazer perguntas difíceis, quando e como;
- Intervir apropriadamente objetivando facilitar, apoiar e encorajar o doente, criar empatia, confrontar o doente com os seus dados e contradições, clarificar e apoiar a interpretação e auto-compreensão;

- Lidar com as emoções emergentes, as situações difíceis e com o pudor do doente;
- Estabelecer uma relação empática;
- Partilhar a compreensão do problema e as decisões terapêuticas;
- Comunicar e informar de forma clara, concisa e verdadeira, bem como adequar a informação ao nível cultural do doente e ao estado de aceitação em que se encontra;
- Motivar e encorajar o doente, garantindo a sua responsabilização e adesão ao processo terapêutico;
- Manter a estrutura da entrevista e apoiar a narrativa do doente;
- Gerir adequadamente o tempo;
- Encerrar a entrevista de forma apropriada.

De acordo com Howk (2004, p. 428) a enfermagem assume-se como “um processo interpessoal, significativo e terapêutico”, constituindo-se, de igual modo, como “um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”. Assim, na relação entre enfermeiro/doente, Phaneuf (2005, p. 324) menciona que esta se desenvolve ao longo da entrevista, cujo objetivo consiste na “compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano”. A mesma autora salienta que a relação terapêutica subentende a existência de uma troca verbal e não-verbal, que propicia um clima de compreensão e proporciona o apoio ao doente.

A entrevista em enfermagem consiste num intercâmbio entre o enfermeiro, o doente e a família e para a qual se elabora objetivos “particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de problemas” (Phaneuf, 2005, p. 250).

No que respeita à natureza da entrevista, Clare (2000) refere que promotora da relação clínica é a entrevista não diretiva ou aberta. Trata-se da forma de entrevista que constitui o meio mais eficaz e eficiente de se obter informação sobre o doente. A entrevista aberta é aquela que permite ao enfermeiro prestar mais atenção à informação que o doente quer transmitir *per se*, ou seja, não interessa apenas a queixa que é apresentada, os exames realizados, mas valorizar o doente pois este tem um papel

importante e sem a sua colaboração na explicação dos sintomas, no tratamento ou a sua perspetiva pessoal sobre a doença, o estatuto profissional e as perícias do médico serão relativamente ineficazes. A entrevista aberta tem várias características, nomeadamente: o comportamento do enfermeiro deve levar à redução da tensão e facilitar a comunicação com o doente; o enfermeiro deve prestar particular atenção ao comportamento verbal e não-verbal do doente; no início a entrevista deve começar por ser não diretiva, sem que se privilegie a pesquisa de informação, passando a ser progressivamente mais diretiva e focalizada. Esta deve decorrer num ambiente privado, confortável e adequado.

2. Demência

A demência é uma síndrome irreversível causada pela neuro-degeneração progressiva, caracterizada pela perda da memória, da linguagem e da capacidade para realizar atividades de vida diária. É uma situação adquirida, sendo a idade o principal fator de risco conhecido (Sampson, 2010).

A demência não é uma doença em si. É uma palavra usada para descrever um grupo de sintomas que ocorrem quando o cérebro é afetado por doenças como a doença de Alzheimer e doenças vasculares cerebrais. Os sintomas que as pessoas experimentam podem incluir perda de memória e dificuldades ao nível do pensamento, da percepção, da resolução de problemas e ao nível da linguagem. Os sintomas dependerão de quais as áreas do cérebro que foram afetadas (Camacho, Sá, Lindolpho et al., 2011).

Em Portugal, foi elaborada a Estratégia da Saúde na Área das Demências, aprovada através do Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho de 2018, onde são definidos os princípios aos quais devem obedecer os cuidados a pessoas com demência, os critérios a serem utilizados na intervenção preventiva, as medidas a adotar quanto à deteção precoce, ao acesso ao diagnóstico, bem como ao diagnóstico compreensivo, agrupamento das respostas terapêuticas nos três níveis de cuidados de saúde, “clarificando-se um percurso de cuidados para as pessoas com demência, assente nos princípios da ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade” (p. 17094). Prevê-se neste documento propostas para a promoção de uma melhor qualidade de vida e estabelecimento dos princípios gerais para a prestação de cuidados de excelência à pessoa com demência.

Por conseguinte, enfatiza-se a continuidade dos cuidados formais na comunidade e o apoio às famílias, sendo, para tal, essencial

conhecer as necessidades biopsicossociais e as preferências das pessoas com demência e dos seus cuidadores, identificar os recursos existentes na comunidade e os circuitos de acesso aos cuidados. Pressupõe-se uma melhoria dos procedimentos de comunicação entre os cuidados de saúde primários e as estruturas e serviços de apoio, assim como a implementação de apoios (com componente emocional, educativo ou misto) dirigidos aos cuidadores informais e formais (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho de 2018, p. 17098).

A intervenção terapêutica e os cuidados à pessoa com demência têm de abarcar simultaneamente várias dimensões, compreendendo “os sintomas cognitivos, os

sintomas psicopatológicos e comportamentais e a manutenção da funcionalidade” (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho de 2018, p. 17099).

Cada pessoa é única e vivencia a demência de forma singular. Os diferentes tipos de demência tendem a afetar as pessoas de maneira diferente, especialmente nos estádios iniciais. Uma pessoa com demência geralmente tem sintomas cognitivos (problemas com o pensamento ou a memória), revelando geralmente problemas em algumas das seguintes áreas (Erel, Marcus & Dekeyser-Ganz, 2017):

- Memória do dia-a-dia - dificuldade em recordar eventos ocorridos recentemente;
- Concentrar-se, planejar ou organizar - dificuldades para tomar decisões, resolver problemas ou realizar uma sequência de tarefas;
- Linguagem - dificuldades após uma conversa ou encontrar a palavra certa para algo
- Habilidades visuoespaciais - problemas ao julgar distâncias (por exemplo, em escadas) e ver objetos em três dimensões;
- Orientação - perder a noção do dia ou data, ou ficar confuso sobre onde se encontram.

As síndromes demenciais apresentam múltiplas etiologias e

as causas neurodegenerativas ou demências primárias as mais comuns, e as demências potencialmente reversíveis (DPR) menos prevalentes. Embora estas últimas sejam secundárias a uma etiologia primária, não são menos importantes, tendo em vista o impacto e comprometimento na qualidade de vida das pessoas, sua potencial reversibilidade e a relevância do diagnóstico diferencial para a abordagem das reais causas (Carloto, 2016, cit. por Langaro, Córdova, Esper & Schlindwein-Zanini, 2018, p. 378).

A demência caracteriza-se, assim, pelo desenvolvimento de vários défices cognitivos e transformações comportamentais que prejudicam as atividades funcionais das pessoas acometidas. Na demência ocorrem transformações nas funções a vários níveis, nomeadamente:

memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e capacidade crítica. Estes défices de função cognitiva são geralmente acompanhados, e ocasionalmente precedidos, por deterioração do controle emocional, comportamento social e/ou motivação (Langaro et al., 2018, p. 378).

Os principais tipos de demência são doenças progressivas, pelo que os sintomas pioram com o tempo. A demência provoca a perda gradual da capacidade de raciocínio, tornando difícil, muitas vezes, para os enfermeiros, que prestam cuidados à pessoa com

demência, estabelecer comunicação. Como as pessoas com demência avançada não conseguem comunicar claramente, não podem compartilhar as suas preocupações e necessidades. À medida que essas condições progridem, nem sempre é fácil proporcionar um conforto emocional ou espiritual. Os enfermeiros são de grande valor nos cuidados prestados à pessoa com demência. Assim, ganha toda a pertinência o estudo das estratégias de comunicação que o enfermeiro recorre para comunicar com a pessoa com demência.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Parecer nº 02 / 2010, p. 1),

A demência constitui uma situação adquirida e permanente de défice das faculdades mentais, onde se incluem as capacidades cognitivas, que integram a senso-percepção e a comunicação, as capacidades afectivas e volitivas, o comportamento e a personalidade.

Ainda em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (Parecer nº 02 / 2010, p. 1),

Apesar das manifestações centrais da demência serem o declínio cognitivo e funcional, serão porventura os sintomas comportamentais e neuropsiquiátricos os mais debilitantes, perturbadores e difíceis de tratar (agitação, agressividade física, actividade delirante, desorientação, deambulação) e também aqueles que causam maior stress ao doente e seus cuidadores, colocando questões específicas relativamente aos cuidados à segurança do doente. Os sintomas conduzem a uma diminuição da qualidade de vida.

2.1. Comunicação enfermeiro/doente com demência

A demência é uma condição progressiva e incurável que envolve necessidades complexas. A diminuição do funcionamento mental, por exemplo, a perda de memória, a desorientação, o comprometimento da linguagem, a mudança de personalidade e as dificuldades na realização de atividades da vida quotidiana caracterizam a condição (Harris, 2007).

Quando a pessoa com demência tem mudanças cognitivas, a comunicação é afetada. A deterioração na comunicação (que pode ser gradual ou repentina) é um facto significativo em muitos tipos de demência. Dependendo do tipo e causa de demência, as dificuldades de comunicação podem incluir: vocabulário reduzido, dificuldade em encontrar palavras, problemas com o raciocínio, repetição de pensamentos, falta de coerência, perder a pista do tópico, problemas em expressar as emoções adequadamente e distração (Harris, 2007).

As pessoas com demência que têm dificuldades na comunicação podem tornar-se isoladas e até sentirem-se negligenciadas, resultando numa sensação de desamparo (Danylyshen-Laycock, 2012).

Sendo a comunicação um aspecto vital na vida de qualquer pessoa, todos precisamos de comunicar, pois permite-nos expressar quem somos e estabelecer relacionamentos com aqueles que nos rodeiam; permite-nos transmitir mensagens, pensamentos ou emoções para aqueles que nos rodeiam. Assim, na relação com a pessoa com demência, o enfermeiro não pode apenas falar e ouvir, mas compreender e interpretar (Danylyshen-Laycock, 2012).

Para se poder cuidar necessita-se de dignificar, humanizar e personalizar cada vez mais os cuidados de enfermagem, dado que as competências clínicas de comunicação é parte integrante dos cuidados de saúde dos profissionais de enfermagem, tornando-se impossível não comunicar. O enfermeiro surge quer como emissor, quer recetor de mensagens, adquirindo a capacidade de apreensão de mensagens significativas dos doentes e sua família, tentando responder às necessidades individuais de cada um através do seu contacto quotidiano.

De acordo com Phaneuf (2005, p. 15), “a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração de uma relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem”. Parece bastante simples pensar que a comunicação em enfermagem supõe apenas uma troca de informação. Na maioria das situações, todas as mensagens trocadas com os doentes/família apelam aos seus pensamentos, às suas atitudes, às suas crenças e aos seus valores, usando as dimensões da sua memória e das suas experiências até então vividas (Watson, 2002). Ao exercer a prática clínica, o enfermeiro deve procurar criar um clima de abertura em que toda a linguagem verbal ou não verbal seja compreensível (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012).

De acordo com Watzlawick, à luz da teoria da comunicação, vista numa perspetiva sistémica, assenta numa abordagem interdisciplinar que levou à formulação de cinco axiomas de comunicação, dos quais se salienta o primeiro axioma, tal como já referido anteriormente: Não se pode não comunicar. Desta forma, qualquer comportamento que seja percebido pelo enfermeiro na sua relação com a pessoa com demência é comunicação, logo a comunicação não se restringe apenas à vertente linguística ou intencional. Watzlawick (1967) define a comunicação humana como uma atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem. Assim, qualquer

comportamento que seja apreendido pelo enfermeiro ao prestar cuidados à pessoa com demência pode ser por este entendido com um significado, sendo portanto uma forma de comunicação.

Na comunicação com a pessoa com demência, o enfermeiro deve ter em conta três maneiras de comunicar: verbalmente, não verbalmente, que incluiu a linguagem corporal (expressão facial, postura e gestos) e para-verbalmente (o tom, o ritmo e o volume da voz) (Danylyshen-Laycock, 2012). De acordo com o mesmo autor, o cuidado centrado na pessoa com demência expressa a sua valorização como pessoa, portadora de histórias únicas, valores, gostos, crenças e pontos fortes. Uma abordagem comunicacional bem-sucedida centrada na pessoa com demência inclui: acreditar que a comunicação é possível em qualquer fase da demência, mesmo quando a sua condição é bastante avançada, centrar-se nas habilidades remanescentes da pessoa com demência, tranquilizar a pessoa com demência e ser-se positivo e aceitar a sua realidade. Embora estejam presentes défices cognitivos, as emoções e os sentimentos da pessoa com demência permanecem. Assim, o enfermeiro de centrar-se nas suas capacidades e habilidades remanescentes para aumentar a sua qualidade de vida. Se o doente não conseguir expressar-se verbalmente, o enfermeiro deve considerar formas alternativas de comunicação para o ajudar a expressar, como, por exemplo, através do toque.

II PARTE - Investigação Empírica

1. Justificação e pertinência do tema

Cuidar implica uma interação entre o enfermeiro e o doente, a qual é estabelecida através da comunicação. Decorrente de experiências de ensinos clínicos, pôde constatar-se que nem sempre é fácil estabelecer-se comunicação com a pessoa com demência, o que se assumiu como um repto para a elaboração deste trabalho, procurando-se aprofundar conhecimentos na área, um contributo para a futura prática profissional. É que uma das intervenções autónomas de enfermagem é precisamente a capacidade/competência de comunicar de forma terapêutica com o doente, com a finalidade de satisfazer as suas necessidades, porque o enfermeiro é um profissional de saúde dotado de conhecimentos teóricos e experienciais que o tornam no profissional mais habilitado para satisfazer as necessidades comunicacionais do doente.

1.1. Procedimentos metodológicos

Em termos metodológicos realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que é um método que faculta a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A revisão integrativa da literatura é a metodologia que faculta a síntese de conhecimento e aplicabilidade na prática dos resultados de estudos significativos. O método analisado é basicamente a ferramenta da Prática Baseada em Evidências. Originária dos trabalhos da epidemiologista Archie Cochrane, a Prática Baseada em Evidências é caracterizada por uma abordagem de cuidados clínicos e ensino baseada no conhecimento sobre as evidências e a sua qualidade. Assim sendo, envolve a definição do problema clínico, identificando as informações necessárias, procurando estudos na literatura e avaliá-los criticamente, identificando aplicabilidade dos dados das publicações e determinar o seu uso na prática profissional (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A revisão integrativa da literatura é a mais abrangente das abordagens metodológicas de estudos de revisões e permite incluir estudos experimentais e não experimentais,

compreender completamente o fenómeno analisado. Combina dados da literatura teórica e empírica e tem uma ampla gama de propósitos, como a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e a análise de problemas metodológicos de um determinado tema (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A constituição do *corpus* do presente estudo inicia-se com a seleção do método de identificação dos estudos que permitem responder à seguinte questão:

“Quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar com o utente com demência?”.

1.2. Objetivos

Delinearam-se como objetivos deste trabalho:

- Verificar quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para comunicar com o utente com demência;
- Aprofundar conhecimentos na área das competências comunicativas com o utente.

1.3. Critérios de inclusão

No que se refere aos critérios de inclusão dos estudos na revisão integrativa da literatura, os mesmos devem ser bem definidos, ou seja, têm de ser explícitos e objetivos para evitar erros de julgamento aquando da inclusão dos artigos na revisão integrativa da literatura (Chandler, Higgins, Deeks, Davenport & Clarke, 2017). Por conseguinte, os critérios de inclusão têm de ser identificáveis e concordantes com a questão de investigação (Apóstolo, Cardoso & Rodrigues, 2016).

Os critérios de inclusão orientadores na realização deste trabalho são: adultos com idade superior a 18 anos com demência, artigos que abordem as estratégias de comunicação usadas pelos enfermeiros na relação de ajuda ao doente com demência e artigos com data de publicação entre 1 de janeiro de 2013 e março de 2019.

1.4. Estratégia de busca e seleção dos estudos

Para dar resposta à pergunta de investigação, procedeu-se à seleção de artigos científicos através da plataforma informática EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition e MedicLatina disponível no site da Ordem dos Enfermeiros (<https://www.ordemenfermeiros.pt/login-%C3%A1rea-do-enfermeiro/>), de acordo com os critérios de inclusão.

Depois da definição da pergunta de partida, deu-se início ao processo de pesquisa, que, na sua origem, tem a identificação das palavras-chave, tendo sido estas validadas em RL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, de modo a aferir cientificamente os termos, ou seja, confirmar se eram descritores MeSH: 1- Nurs; 2- person; 3 - dementia; 4- Communication.

Considerou-se importante incluir o termo vaginal strategies, uma vez que na literatura consultada, se encontra este termo no âmbito do tema em estudo, apesar de não constituir descritores MeSH.

Para se poder proceder ao levantamento da pesquisa foram usadas as referidas palavras-chave, de acordo com a lógica booleana “AND”: “nurs” AND “strategies” AND “Communication” AND “person” AND “dementia”.

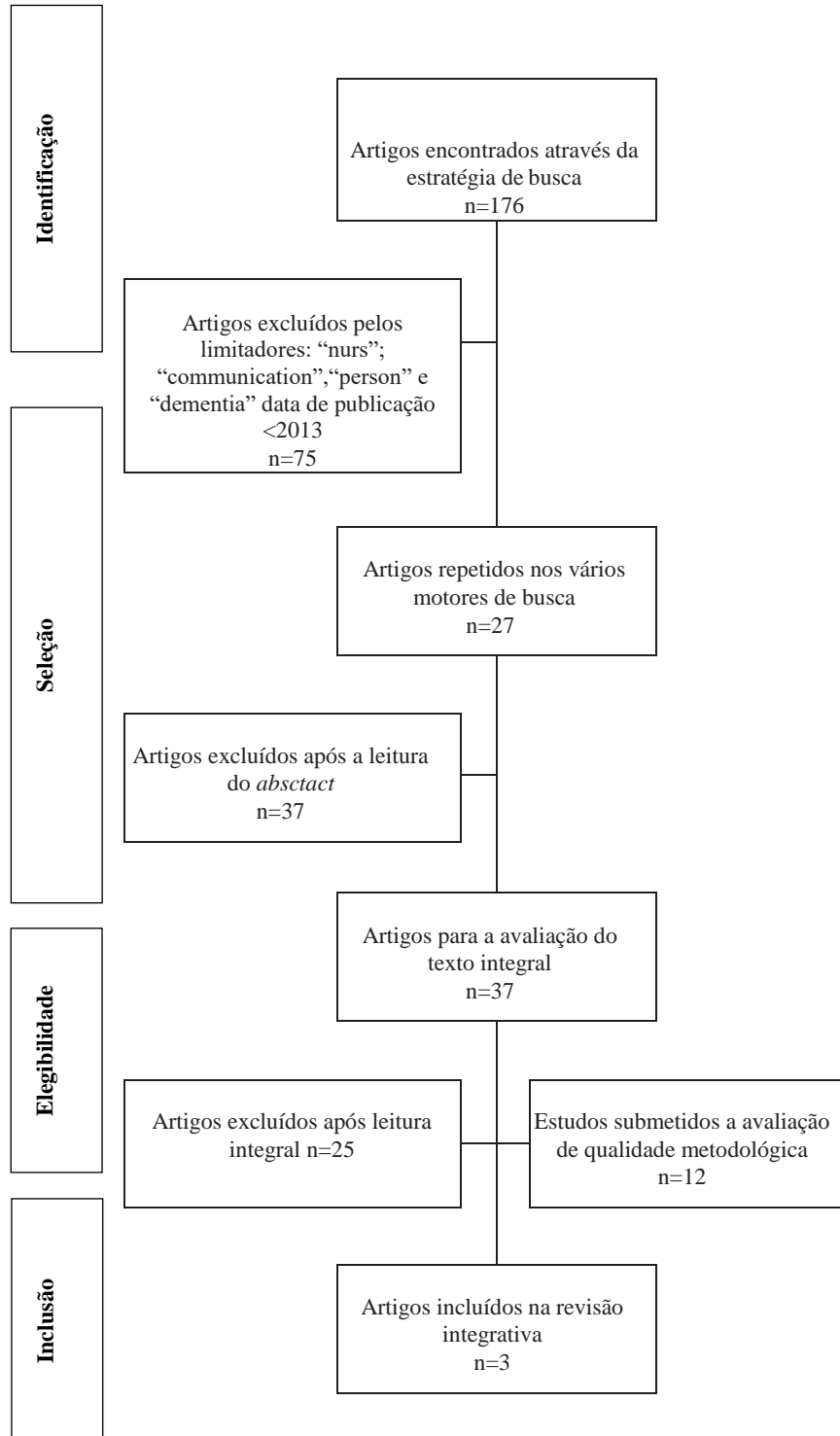
O levantamento dos estudos ocorreu em março de 2019, tendo-se utilizado os seguintes critérios de inclusão: artigos completos em português, inglês e espanhol, publicados de 2013 a 2019, disponíveis nas bases de dados anteriormente indicadas, que tivessem nos resultados evidências acerca das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa com demência. Importa referir que se excluíram artigos noutros idiomas que não os referenciados; editoriais; monografias; dissertações/teses e resumos de congresso ou eventos científicos.

A primeira seleção dos estudos foi feita com base na análise dos títulos e dos resumos e, nos casos de dúvida, a partir da leitura integral dos textos das publicações.

Foram excluídos 75 artigos pelos limitadores “nurs”, “communication”, “person” e “dementia” e pela data de publicação inferior a 2013, tendo ficado 101 artigos, dos quais 27 estavam repetidos nos vários motores de busca, ficando 75, tendo sido

excluídos 27 que estavam repetidos nos motores de busca, 37 artigos foram excluídos após a leitura do *abstract*. Depois foram excluídos 25 estudos, por não responderem a todos os critérios de inclusão, salvaguarda-se que destes, 9 artigos não possuíam o *full text*, tendo-se somente acesso ao resumo, 8 tinham data de publicação inferior a 2013, 8 estavam noutros idiomas que não os seleccionados, ou seja, tinham apenas o *abstract* em língua inglesa e o restante corpo de texto noutro idioma que não os seleccionados. Após a leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão, ficaram 12 estudos para submissão da avaliação de qualidade metodológica, tendo resultado numa amostra de 3 artigos, como ilustra a figura 1, alusiva ao diagrama (PRISMA) na qual está esquematizado o processo de seleção dos estudos, todo o percurso até à obtenção da amostra final.

Figura 1: Prisma



2. Resultados

Foram 3 os estudos que constituíram o *corpus* amostral desta revisão integrativa da literatura, cujos métodos, participantes, intervenções, resultados e conclusões se apresentam em tabelas individuais.

Stanyon, Griffiths, Thomas e Gordon (2016, cf. tabela 1) realizaram um estudo qualitativo para descrever os pontos de vista dos enfermeiros sobre os facilitadores da comunicação com pessoas com demência num ambiente de prestação de cuidados. Participaram no estudo 16 enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com demência diariamente. Os participantes descreveram muitas maneiras práticas pelas quais a comunicação com a pessoa com demência pode ser facilitada. Todos os participantes falaram em reduzir a complexidade da comunicação, tornando as frases mais curtas e evitando o uso de ideias abstratas. No entanto, também foi relatado que a sua simplificação excessiva pode levar à infantilização. Manter uma comunicação calma reduz a agitação e a confusão inerentes à demência. Os participantes descreveram o impacto positivo ao usarem um tom de “voz especial”, que expresse tranquilidade e emoção. Afirmaram a importância de explicar todos os procedimentos de uma forma simplificada, repetindo com instruções, muitas vezes acompanhadas por reformulação. Relataram também o uso de perguntas simples para estabelecer o significado inerente às interações iniciadas pela pessoa com demência. Atribuíram muita importância à comunicação não-verbal. Vários facilitadores não-verbais de comunicação eficazes são utilizados pelos enfermeiros na sua relação com a pessoa com demência, nomeadamente uma expressão facial positiva para comunicar abertura, o toque para iniciar e manter a atenção, ou auxiliares de comunicação, como imagens e gestos, contacto visual com a pessoa. Tais estratégias, de acordo com os enfermeiros, apenas podem ser usadas num ambiente de tranquilidade e de grande relação empática com cada pessoa com demência, tendo em conta as suas características. Referiram também a estimulação e a distração. Os participantes afirmaram a importância da atividade de estimulação adequada. Quase metade dos participantes referiu-se ao uso de distrações ou de recompensas ao concluir uma tarefa desagradável para a pessoa com demência, como a higiene e após um episódio de incontinência. Foi igualmente relatado o uso da terapia de validação, através da qual, em parceria com o doente, os enfermeiros pretendem a

resolução de problemas específicos. No processo comunicacional, procuram o significado do aqui e agora, cujo enfoque terapêutico se centra na escuta ativa reflexiva, empatia, delicadeza e aceitação do doente e da sua doença, o que fomenta a melhoria da autoestima, a diminuição da ansiedade, a promoção da comunicação e da autonomia da pessoa com demência.

Tabela 1- Evidência relativa ao estudo de Stanyon, Griffiths, Thomas & Gordon (2017)

Artigo 1 – Stanyon, M.R., Griffiths, A., Thomas, S.A., & Gordon, A.L. (2016). The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers. <i>Age and Ageing</i>; 45: 164–170 doi: 10.1093/ageing/afv161	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo
Objetivos	Descrever os pontos de vista dos enfermeiros sobre os facilitadores da comunicação com pessoas com demência num ambiente de cuidado
Participantes	16 enfermeiros, cujo trabalho diário é prestar cuidados a pessoas com demência
Resultados	Foram identificadas quatro categorias abrangentes a partir das entrevistas: os atributos do cuidador, as estratégias de comunicação utilizadas, os fatores organizacionais e as características físicas do ambiente de cuidado. As estratégias de comunicação relatadas pelos enfermeiros foram: comunicação verbal, estimulação da comunicação, distração, explicação das intervenções, estimulação, uso da comunicação não-verbal (expressão facial positiva, toque, recurso a imagens, gestos, contacto visual), escuta ativa.

Maureen (2017, cf. tabela 2), com base numa revisão da literatura, refere que a comunicação verbal e não-verbal pode moldar os pensamentos e as ações. A comunicação permanece essencial para as pessoas com demência, apesar da diminuição da sua capacidade de comunicar com os seus cuidadores. Refere que uma pesquisa observacional demonstrou ligações entre a comunicação pessoal ineficaz e os comportamentos problemáticos em pessoas com demência. Estes comportamentos problemáticos incluem explosões verbais, agressão e afastamento, o que resulta na interrupção dos cuidados e no aumento do stresse para enfermeiros. Antes que as estratégias de comunicação possam ser desenvolvidas, os enfermeiros precisam de ter presentes alguns princípios básicos, sendo um deles assegurar-se a dignidade do doente, como ser singular. O enfermeiro tem um papel importante na preservação da dignidade do doente e do auto-respeito. Assim, deve demonstrar flexibilidade, disponibilidade para ouvir o doente e mostrar carinho de uma forma que seja confortável para o doente, fatores inerentes a uma boa comunicação. No entanto, as restrições de tempo colocadas aos enfermeiros em ambientes de saúde, bem como a deterioração da capacidade dos doentes para comunicar pode criar frustração nos enfermeiros. Para evitar o colapso da

comunicação que pode resultar em problemas ao nível comportamental, os enfermeiros devem entender a demência do doente e a perspectiva dos familiares.

Maureen (2017) sugere quatro regras básicas para comunicar com pessoas com demência: manter a calma, ser agradável e reconfortante, prestando-se muita atenção ao tom de voz e à velocidade do discurso. Refere que o stresse pode ser comunicado à pessoa com demência de forma não-verbal e desencadear uma reação negativa por parte deste. Assim, sugere que o enfermeiro fale lenta e claramente usando um tom de voz suave e mais baixo, o que facilita uma comunicação efetiva. Tratar o doente com respeito, vendo-o como foco da sua ação; não usar uma linguagem infantilizada ou um tom de voz condescendente. É fundamental também determinar o nível de comprometimento do doente, uma vez que, à medida que a demência se torna mais severa, a comunicação deve ser simplificada, todavia, com a salvaguarda que, para um doente com demência leve, por exemplo, as frases simples podem soar a desrespeito e a falta de disponibilidade. O enfermeiro deve procurar entender as formas de comunicação não-verbais do doente. A maior parte da comunicação é não-verbal, por isso os enfermeiros devem estar conscientes das suas expressões faciais, linguagem corporal e ações para comunicam. Outra estratégia é o contacto visual com o doente e demonstrar o que é pedido, bem como manter uma abordagem calma, não agressiva, evitar falar com o doente de costas viradas e evitar interrompê-lo, sendo o mais importante que o enfermeiro fique calmo. Essas abordagens comunicam carinho e interesse ao doente.

Tabela 2 - Evidência relativa ao estudo de Maureen (2017)

Artigo 2 – Maureen, J. (2017). Communication strategies for patients with dementia. <i>Nursing</i>, 47, 12, 59-61	
Tipo de estudo	Revisão da literatura
Objetivos	Averiguar as estratégias de comunicação em doentes com demência; proposta de técnicas de comunicação que podem aliviar a ansiedades dos enfermeiros que cuidam desses doentes
Participantes	Artigos
Resultados	O enfermeiro deve ter em conta formas verbais e não-verbais; manter a calma, disponibilidade para ouvir, usar a escuta ativa, saber interpretar as expressões faciais e corporais do doente, bem como devem ter em conta as suas expressões faciais e corporais. Recurso a uma linguagem adaptada à fase de desenvolvimento da demência. Não infantilizar a linguagem. Usar um tom de voz baixo e que transmita calma e serenidade.

Machiels, Metzelthin, Hamers & Zwakhale (2017, cf. tabela 3) realizaram uma revisão sistemática da literatura cujo objetivo foi dar uma visão das intervenções de comunicação aplicáveis durante as atividades diárias de assistência de enfermagem à pessoa com demência, independentemente do cenário de atendimento, e descrever os efeitos sobre os resultados da comunicação entre enfermeiro/pessoas com demência. Segundo os autores, os estudos analisados revelam que para prestar cuidados de enfermagem adequados à pessoa com demência, é importante que se estabeleça uma comunicação empática, recorrendo à comunicação verbal e não-verbal, uma vez que, em muitos casos, as habilidades de comunicação dessas pessoas são limitadas, ou seja, as pessoas com demência têm dificuldades em compreender o que lhes é transmitido. Enfatiza a necessidade urgente de intervenções para melhorar a capacidade de comunicação do enfermeiro com a pessoa com demência, sugerindo mais formação específica na área.

Tabela 3 - Evidência relativa ao estudo de Machiels, Metzelthin, Hamers & Zwakhale (2017)

Artigo 3 – Machiels, M., Metzelthin, S.F., Hamers, J. & Zwakhale, S.M.G. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. International Journal of Nursing Studies; Vol. 66, 37-46.	
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivos	Dar uma visão das intervenções de comunicação que são aplicáveis durante as atividades diárias de assistência de enfermagem, independentemente do cenário de atendimento, e descrever os efeitos sobre os resultados da comunicação entre enfermeiro/pessoas com demência.
Participantes	Artigos publicados até ao dia 23 de fevereiro de 2016
Resultados	Os estudos referem um treino de habilidades de comunicação para a equipa de enfermagem com uma ampla gama de frequência, duração e conteúdo. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros são a comunicação não-verbal, com efeitos positivos na comunicação com o doente com demência; a comunicação verbal, com recurso a uma linguagem adequada a cada doente, empática e expressões de carinho e confiança.

2.1. Discussão dos resultados

Os três estudos analisados são consensuais ao afirmarem que uma “má” comunicação entre o enfermeiro e a pessoa com demência pode resultar em altos níveis de ansiedade e stresse para a pessoa com demência. A falha na comunicação contribui para elevados índices de ansiedade dessas pessoas, assumindo-se como um grande problema para os enfermeiros e, inclusive, para a família/cuidadores. Assim, referem que a comunicação positiva e de apoio é essencial para assegurar cuidados de qualidade à pessoa com demência, o que passa por uma abordagem centrada na pessoa, apoiando-a no uso e/ou a manter as suas habilidades comunicacionais. A comunicação centrada na pessoa envolve o compromisso de incluir a perspectiva da pessoa com demência e a compreensão de quem ela é, a sua história de vida, as suas necessidades e as suas preferências, o que está em conformidade com o postulado por Danylyshen-Laycock (2012).

Estas habilidades comunicacionais devem estar em sintonia com as necessidades da pessoa com demência que necessita de cuidados personalizados, o que exige que os enfermeiros possuam as competências/habilidades para serem sensíveis às suas necessidades (Butalid, Verhaak, Boeije & Bensing, 2012). Assim sendo, é necessário que o enfermeiro e os doentes construam uma relação que possibilite a abertura para o aconselhamento, alicerçada em boas habilidades comunicacionais (Bechtel & Ness, 2010; McCormack, et al., 2011).

As principais ideias veiculadas nos 3 artigos relativamente à comunicação entre enfermeiro e pessoa com demência referem-se ao estabelecimento de uma comunicação/relação empática, comunicar com assertividade, dar a oportunidade ao doente de expressar as suas dúvidas e emoções, de uma forma clara, apoiando-o, mas sem infantilizar a linguagem. Estabelecer, através da comunicação verbal e não-verbal, uma relação de confiança, que permita todos os percursos mediadores da comunicação clínica. Foi indicado nos três estudos identicamente que quando o enfermeiro comunica com a pessoa com demência deve haver compreensão em relação ao que o doente está a expressar de forma verbal ou não-verbal, contribuindo para uma comunicação eficaz, o que se reverte num pilar da relação de ajuda. Estes pressupostos vão ao encontro do defendido por Phaneuf (2005) quando afirma que a comunicação não se limita à comunicação verbal, sendo que a comunicação não-verbal revela muitas vezes fielmente

sentimentos verdadeiros, porque a pessoa não controla tão bem as suas reações não-verbais, ou seja, no caso concreto, uma pessoa com demência pode até expressar que se sente bem, todavia, contrair o rosto ao movimentar-se e manter o corpo rígido indicando sofrimento. Assim, na relação com a pessoa com demência, o enfermeiro deve complementar as mensagens verbais com as não-verbais, mas de modo apropriado tendo presente o significado das mensagens não-verbais em diferentes contextos. Deve ter presente que, para interpretar devidamente as emoções e mensagens dos utentes, deve prestar atenção às mensagens verbais e não-verbais (Phaneuf, 2005; Danylyshen-Laycock, 2012).

Ficou também demonstrado nos estudos analisados que o enfermeiro deve recorrer à escuta ativa, ou seja, demonstrar que se está atento e que se compreende o que o utente pensa, sente e tenderá a fazer, o que corrobora o preconizado na literatura consultada (Riley, 2004; Phaneuf, 2005; Danylyshen-Laycock, 2012), segundo a qual, a escuta ativa pressupõe ouvir o doente, demonstrar uma atitude de empatia, provar que se ouviu o doente, reformular sentimentos e factos, contra-argumentar e procurar uma solução consensual. Todo este processo implica empatia, que equivale ao enfermeiro colocar-se no lugar da pessoa com demência, percebendo e compreendendo o que ela está a pensar e a sentir, prevendo o que irá ser o seu comportamento, como refere Maureen (2017).

Estes resultados vão ao encontro do defendido por Riley (2004), segundo a qual a comunicação é um instrumento básico em enfermagem, sendo um elemento crucial do cuidado. A qualidade das interações que acontecem entre o enfermeiro e o doente influenciam a sua satisfação e segurança sentidas com os cuidados recebidos.

A enfermagem tem um compromisso, como papel definidor, o cuidar, o cuidar de si, o cuidar do outro, o cuidar da vida, que está na origem da existência e é inerente ao ser humano (Phaneuf, 2005). Deste modo, pode dizer-se que estes pressupostos ganham corpo na prática de enfermagem, concretamente nas relações interpessoais com os doentes e respetiva família, num processo comunicacional empático. Como defende Colière (2003), a enfermagem é arte e ciência de cuidar de pessoas. No processo de cuidar está inerente um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. Pressupõe uma troca de informações e de sentimentos e o estabelecimento de uma relação muito próxima entre a díade enfermeiro/doente.

Como “gente que cuida de gente”, o enfermeiro tem de estar disponível para aceitar perder tempo, para ouvir atenta ou silenciosamente o que a pessoa com demência lhe

quer transmitir (Machiels et al., 2017). Tem que escutar ativamente, ou seja, a escuta ativa requer uma atenção constante e total, bem como uma sensibilidade e percepção apuradas para que se consiga ouvir o que o doente diz (Maureen, 2017), mas sobretudo “o que ele não diz” (Riley, 2004). Para ser um comunicador eficaz, o enfermeiro tem que possuir conhecimentos teóricos e tem que saber utilizar técnicas de comunicação verbal e não-verbal (Stanyon et al., 2016). A comunicação nem sempre flui da melhor forma, existindo por vezes obstáculos a uma comunicação eficaz, como é o caso dos da pessoa com demência (Machiels et al., 2017; Maureen, 2017). Como tal, os 3 estudos analisados são unânimes ao referirem que a comunicação eficaz, igualmente denominada por comunicação terapêutica, consiste num processo recíproco entre enfermeiro e a pessoa com demência, em que o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos científicos e as suas habilidades profissionais, para ajudar a pessoa de forma útil e individualizada. Esta relação de ajuda, que tem por base a comunicação, objetiva satisfazer as necessidades básicas da pessoa com demência. Neste sentido, Stefanelli (2005, p. 33) refere que “o objetivo da comunicação terapêutica não está na solução dos problemas do utente, mas sim no fornecimento de elementos para que este se desenvolva de forma a fazer frente, não só aos problemas atuais, mas também aos futuros de uma forma integrada e independente”.

Tendo em conta tudo o que foi exposto, importa referir que o estudo realizado permitiu atingir o objetivo inicialmente delineado e responder à questão de investigação.

Conclusão

A reflexão sobre as competências de comunicação clínica dos enfermeiros nos cuidados de saúde ao doente com demência e os diferentes domínios que as caracterizam resultou num crescendo de conhecimentos e em ganhos de competência na área, tidos como fundamentais para a prática profissional futura.

A conclusão deste trabalho implica que se faça uma reflexão sobre o seu percurso, bem como acerca dos contributos que o mesmo possa conter. Assim, refere-se que as competências de comunicação clínica que os enfermeiros devem possuir têm de corresponder a um acumular de conhecimento ou de habilidades, com concretização na prática profissional, favorecendo uma relação de ajuda capaz de contribuir para o enriquecimento mútuo de ambos os intervenientes na ação, ou seja, enfermeiro/pessoa com demência.

Mediante os estudos analisados, tecem-se algumas sugestões. Assim, sugere-se que se faça uma maior abordagem da comunicação clínica na formação de base dos enfermeiros, a qual deve ser feita de acordo com uma perspetiva humanista, que possibilite compreender que as competências de comunicação clínica é uma aquisição que deve ser permanente e necessária em todos os contextos da prática profissional dos enfermeiros. Sugere-se também a oportunidade de mais formação em serviço no âmbito da comunicação com a pessoa com demência, onde se valorize o cuidado holístico à pessoa singular de cada doente.

Antes de se dar por terminado o presente trabalho, refere-se se encontrou alguma dificuldade ao nível do quadro conceitual de referência, dado que não se encontraram muitos estudos que se centrassem na comunicação entre enfermeiro/pessoa com demência, o que não permitiu explorar mais a discussão dos resultados. Contudo, considera-se que este constrangimento foi superado e que o trabalho que se encetou contribuiu indiscutivelmente para ganhos de competências de comunicação clínica, que servirão de base para a futura prática profissional, como enfermeira.

Acredita-se que as competências de comunicação é uma área emergente de intervenção para os estudantes de enfermagem, com um potencial enorme e um campo de trabalho a explorar e desenvolver, uma área pertinente e sensível e um enorme desafio para as

próprias escolas, para os estudantes e para os enfermeiros já em exercício da profissão, de modo a alcançar-se uma prática de cuidados de saúde com qualidade.

Bibliografia

- Alves A.I.A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar*. Dissertação para obtenção de mestrado em Gestão da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9585/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20%20Ana%20Isabel%20Alves.pdf>.
- Andrade, S.M.M. (2014). *Comunicação Centrada no Doente Crónico: Validação do Health Care Communication Questionnaire para a População Portuguesa*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Porto. Acedido em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4216/3/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sofia%20Andrade.pdf.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., & Rodrigues, M. A. (2016). It takes three to tango: embracing EBP. *JBISRIR-2016-288*. *JBISRIR-2016-288*. doi: 10.11124/ JBISRIR-2016-288
- Bastos, M.A.R. (2002). O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 10(2): 131-136.
- Bechtel, C., & Ness, D. (2010). If you build it, will they come? Designing truly patientcentered health care. *Health Affairs*, 29: 914-920. Acedido em: <http://content.healthaffairs.org/content/29/5/914.abstract>
- Briga, S.C.P. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- Butalid, L., Verhaak, P., Boeije, H., & Bensing, J. (2012). *BioMed Central Family Practice*, 13: 1-12. doi: 10.1186/1471-2296-12-80.

- Camacho, A.C.L.F., Sá, S.P.C., LindolphoM, M.C. da et al. (2011) Interactive blog on caring for the elderly with alzheimer's disease and other dementing disorders: experience report. *R. pesq.: cuid. fundam.*; 3(4), 2500-08.
- Carvalho, I.P., Silva, R.R., Pais, V.G., Braga M.F., Vale I.C., Teles A., Almeida S.S., & Cardoso R.M. (2010). O ensino da comunicação na relação médico-doente - Uma Proposta em Prática. *Acta Med Port*; 23: 527-532.
- Chandler, J., Higgins, J.P.T., Deeks, J.J., Davenport, C., & Clarke M.J. (2017). In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.2.0* (updated February 2017), Cochrane, 2017. Acedido em Cochrane Community.
- Clare, A. (2000). O desenvolvimento das perícias de comunicação e de entrevista. In Corney, R. (coord.). *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (pp. 33-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida*. 3ª edição. Lisboa: Lidel.
- Danylyshen-Laycock, B.S.P.E. (2012). *Communication Strategies: Ways to Maximize Success When Communicating With Someone With Dementia*. Acedido em http://brainxchange.ca/Public/Files/Events/National/CDRAKE_Communication_Strategies_Danylyshen-Laycock_.aspx
- Dewey, A. & Drahota, A. (2016) Introduction to systematic reviews: online learning module *CochraneTraining* <https://training.cochrane.org/interactivelearning/module-1-introduction-conducting-systematic-reviews>
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II Report. *Acad Med*, 79:495-507.
- Erel, M., Marcus, E.L., & Dekeyser-Ganz, f. (2017). Barriers to palliative care for advanced dementia: a scoping review. *Ann Palliat Med*; 6(4): 365-379.
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso. *Pensar Enfermagem*, vol. 7, 2: 34-47.
- Gomes, A., Oliveira, A., Pires, C., Ramos, E., & Alves, E. (2006). Comunicação em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 69: 23-28.

- Grant, M. J. & Booth, A. (2009) A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal* 26(2), 91-108
- Harris, D. (2007). Forget me not: Palliative care for people with dementia. *Journal of Postgraduate Medicine*, 83(980), 362–366.
- Hesbeen, W. (2002). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Higgins, J.P.T. & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.1.0*. London: The Cochrane Collaboration. Acedido em <http://www.cochrane-handbook.org>.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Howk, C. (2004). Enfermagem Psicodinâmica. In Tomey, A.M., & Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 423-444). Loures: Lusociência.
- Joyce, B.L., Steenbergh, T., & Scher, E. (2010). Use of the Kalamazoo essential elements communication checklist (adapted) in an institutional interpersonal and communication skills curriculum. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(2):165-169. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244319/>
- Lang, E. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31: 114-119. Acedido em: [http://www.radiologynursing.org/article/S1546-0843\(12\)00142-3/pdf](http://www.radiologynursing.org/article/S1546-0843(12)00142-3/pdf).
- Langaro, F., Córdova, D.T. de, Esper, A.J.F., & Schlindwein-Zanini, R. (2018). Atenção psicossocial em um caso de Demência potencialmente reversível. *Revista Kairós - Gerontologia*, 21(1), 377-394.
- Leite R.A. (2013). Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: avaliação e revisão curricular. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1613/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Rita%20Leite.pdf>

- Machiels, M., Metzeltin, S.F., Hamers, J. & Zwakhalen, S.M.G. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*; Vol. 66, 37-46.
- Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001 Apr;76(4):390-3.
- Maureen, J. (2017). Communication strategies for patients with dementia. *Nursing*, 47, 12, 59-61.
- McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N., Lawrence, W., & Street, R. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72: 1085-1095. Acedido em: <https://rti.pure.elsevier.com/en/persons/pamela-a-williams/publications/>
- Melo, M.L. da (2005). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho de 2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 116 — 19 de junho de 2018. Acedido em 21 de fevereiro de 2019. Disponível em http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Junho/Desp_5988_2018.pdf
- Monteiro, A.C., Caetano, J., Marques, H., Lourenço, J. (2008). *Fundamentos de comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ordem dos Enfermeiros. Parecer nº 02 / 2010. Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI (art.º 21 do Dec. Lei. 101/2006 de 6 de Junho). Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02_MCEESMP_Adequacaotec_cientifica_adm_pessoas%20com%20demencia.pdf
- Peixoto, A., Simões, A., Teles et al. (Coord. Cardoso, R.M.) (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Coordenação. Porto: Artes Gráficas, Lda.

- Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 27(4), 491-8.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: FORMASAU.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pittway, L. (2008) Systematic literature reviews. In Thorpe, R. & Holt, R. The SAGE dictionary of qualitative management research. SAGE Publications Ltd doi:10.4135/9780857020109
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.
- Roter, D., Frankel, R., Hall, J., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S28-S34. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484830/>
- Sampson, E.L. (2010). Palliative care for people with dementia. *British Medical Bulletin*; 96: 159-174.
- Schoenthaler, A., Chaplin, W. F., Allegrante, J. P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., Tobin, J. N. et al. (2009). Provider communication affects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Educ Couns*, 75: 185-191. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2698021/>
- Souza, M.T. de., Silva, M.D. de, & Carvalho, R. de (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*; 8(1 Pt 1), 102-106. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/42637466_Integrative_Review_what_is_it_How_to_do_it/download
- Stanyon, M.R., Griffiths, A., Thomas, S.A., & Gordon, A.L. (2016). The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers. *Age and Ageing*; 45: 164–170 doi: 10.1093/ageing/afv161

Stefanelli, M.C. (2005). Introdução à comunicação terapêutica. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 62 - 72). São Paulo: Manole.

Vaz-Freixo, M.J. (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.