



A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem

A Therapeutic Communication as a Professional Tool in Nursing Care

Cláudia Campos*

RESUMO

Introdução: Desenvolver a comunicação num contexto profissional exige ultrapassar a simples conversação, tendo em vista analisar e aprofundar os modos de intervenção que decorrem neste domínio. A sua aplicação centra-se no utente mas também entre os pares e as equipas multidisciplinares, de forma a tornar-se funcional e eficaz. O desenvolvimento de competências nesta área por parte dos enfermeiros é essencial pois permite ajudar cada indivíduo e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde e obter ganhos em saúde.

Objetivos: Pretendo com este artigo analisar a comunicação como um processo na humanização do cuidar e como instrumento terapêutico essencial do cuidado, com as suas características específicas. Também a melhor compreensão dos efeitos da comunicação terapêutica no relacionamento interpessoal a nível dos cuidados de enfermagem foi objeto de pesquisa e análise.

Métodos: Revisão não sistemática da literatura baseada em artigos de revisão publicados em revistas de enfermagem.

Resultados: O uso efetivo da comunicação enquanto estratégia terapêutica visa a obtenção de ganhos terapêuticos em saúde no desempenho do exercício profissional. A utilização de estratégias de intervenção terapêutica nos cuidados de enfermagem é facilitadora no processo da relação, contribui para que o utente e família aprendam a viver melhor com a situação de doença, tendo em vista o bem-estar e a melhor qualidade de vida.

Conclusões: A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional permite ao profissional e às equipas de saúde compreender as necessidades do utente, frequentemente vulnerabilizado pela doença e suas limitações. O estilo de comunicação que responde a uma comunicação funcional comporta, portanto, atitudes, comportamentos, qualidades que se devem adaptar à diversidade e rapidez de vários contextos com conteúdos complexos, a situações muitas vezes críticas e urgentes, fre-

* Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE;

✉ campos.claudia@hotmail.com.

Recebido / Received: 20/07/2016 • Aceite / Accepted: 02/12/2017.

quentemente carregadas de emotividade. Apesar destas exigências, não devemos esquecer a humanização nos cuidados entre todos os intervenientes a fim de favorecer relações construtivas que facilitem um trabalho harmonioso e eficaz aos diversos níveis de intervenção.

Palavras-Chave: Comunicação; Cuidar; Relação Interpessoal; Intervenção Terapêutica; Enfermeiro.

ABSTRACT

Introduction: *Developing communication in a professional context requires overcoming the simple conversation, aiming to analyse and to deepen the modes of intervention that take place in this field. Its application is focused on the user, but also between peers and multidisciplinary teams, in order to become functional and effective. The development of competencies in this area by nurses is essential because it facilitates changes at the individual and community level that positively influence their health.*

Aims: *With this article I intend to analyze communication as a process in the humanization of care and as an essential therapeutic instrument, with its specific characteristics. Additionally, a better understanding of the effects of therapeutic communication on interpersonal relationship in nursing care was the object of research and analysis.*

Methods: *Non-systematic review based on review articles published in nursing journals.*

Results: *The effective use of communication as a therapeutic strategy aims at obtaining therapeutic gains in nursing care. It facili-*

tates the relationship with users and families, thereby promoting the development of coping strategies, contributing to a better quality of life and overall well-being.

Conclusions: *Therapeutic communication as a professional tool allows the professional and health teams to understand the needs of the patient, often vulnerable to the disease and its limitations. The communication style that responds to a functional communication therefore entails attitudes, behaviors and qualities that must adapt to the diversity, ever-changing and complex contents, having to face often critical, urgent and emotionally charged situations. Despite these demands, we must not forget the humanization of caring between all the actors in order to foster constructive relationships that facilitate a harmonious and effective work at different levels of intervention.*

Key-Words: *Communication; Take Care; Interpersonal Relationship; Therapeutic Intervention; Nurse.*

INTRODUÇÃO

Podemos considerar a comunicação como uma ferramenta essencial no desempenho de qualquer atividade profissional ligada aos cuidados de saúde. Diversos estudos foram desenvolvidos de forma a analisar os vários profissionais da saúde nas suas competências e procurou-se compreender a qualidade das suas intervenções nos resultados para os pacientes¹. A profissão de enfermagem encontra-se nesta linha de pesquisa no sentido de examinar as características do profissional para os ganhos em saúde. A comunicação é considerada uma

das características importantes que define a qualidade das intervenções em enfermagem. Os enfermeiros são considerados elementos centrais na comunicação entre os elementos das equipas multidisciplinares e a sua participação na tomada de decisão conjunta é essencial. O atual paradigma dos cuidados exige que os enfermeiros demonstrem novas competências na comunicação tais como a resolução de conflito e a educação para a mudança.¹ Assim, os enfermeiros devem adquirir competências a nível da comunicação de forma a promoverem emoções positivas nos cuidados ao outro. A maneira como comunicam pode desenvolver vínculos emocionais de suporte e promover um ambiente construtivo no seio das equipas e melhores cuidados à pessoa doente.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho das suas funções. Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *communicare* e significa *pôr em comum*.² Comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um “processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas” (“Tigulini & Melo citados por Morais et al”)². Segundo Phaneuf (2005)³, numa comunicação as nossas trocas compreendem duas componentes principais: uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo – o quê da mensagem; e uma parte mais afetiva ligada à maneira como é transmitida – o como. A comunicação é um processo de criação e de recriação

de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Através dela, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela³. Travelbee (1979), citado por Castro & Silva (2001), ressalta a importância da comunicação pelo efeito que tem na formação da personalidade e na estrutura do carácter de um indivíduo, em que os fundamentos da percepção que este tem de si mesmo, do mundo e do lugar que ocupa desenvolvem-se, em parte, como resultado de todas as mensagens que lhe comunicaram as pessoas importantes da sua vida⁴.

É vasta a literatura que aponta para a existência de uma gama de elementos verbais e não-verbais presentes no processo comunicativo, tornando assim a comunicação numa totalidade que integra o verbal e o não-verbal. As trocas verbais representam uma pequena parcela no estabelecimento de uma boa comunicação, pois estima-se que apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais⁵. A comunicação não-verbal favorece uma percepção mais lúcida e totalizadora dos processos comunicativos. A sua utilização na vida quotidiana acrescenta capacidade de prestar atenção e reconhecer o que acontece para além das palavras, o que pode conduzir à implementação das estratégias mais adequadas⁵. No âmbito da saúde, a comunicação precisa de ser terapêutica, porque esta objetiva o cuidado e, através deste favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada⁵.

Para Stefanelli (1993) citado por Silva *et al* (2000), a comunicação terapêutica pode ser considerada como a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem os seus problemas, a relacionarem-se com outros, a ajustarem-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios que impedem a funcionalidade e autonomia⁶. Deve garantir a obtenção de ganhos terapêuticos no desempenho do exercício profissional. O não reconhecimento da importância da utilização intencional da mesma, pode pôr em causa a sua eficácia e, dessa forma, contribuir para o insuficiente reconhecimento da dimensão humana na saúde, identificado pela Organização Mundial da Saúde. Por outro lado, o seu uso efetivo pode constituir-se num contributo importante para que os serviços de saúde adaptem as suas respostas à especificidade de cada indivíduo e comunidade, aumentando assim os ganhos em saúde (OMS, 2008)⁵.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Uma das teorias considerada como referência para o processo de comunicação em enfermagem, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Peplau em 1952. Introduziu um novo paradigma para a enfermagem, centrado num processo interpessoal entre o enfermeiro e o paciente⁷. Desenvolveu a sua teoria com base em conhecimentos das ciências do comportamento, recebendo influências de grandes pensadores da área da psiquiatria, tais como Percival Simonds, Harry Sullivan, Abraham Maslow e Neal Miller⁸.

Harry Sullivan foi o primeiro americano a construir uma teoria compreensiva da personalidade, baseada na convicção de que as

pessoas desenvolvem a sua personalidade dentro de um contexto social. Considera que o desenvolvimento humano saudável depende da capacidade de uma pessoa estabelecer intimidade com outra.⁹ Ele propõe uma teoria que contrasta com o paradigma do Freud em que o foco é a compreensão interna da pessoa. Sullivan foca-se no papel das relações interpessoais, na sociedade e cultura enquanto importantes agentes no desenvolvimento da personalidade e psicopatologia. O teórico considera que a personalidade é uma identidade hipotética que não pode ser analisada fora do contexto das relações interpessoais. Portanto a tônica centra-se no contexto interpessoal e não só na pessoa individualmente.¹⁰ O centro da comunicação interpessoal é um significado compartilhado entre pessoas. Nós não trocamos apenas palavras quando comunicamos. Criamos significados à medida que descobrimos o que as palavras e os comportamentos de cada um representam ou implicam. Os significados crescem a partir das histórias de interações entre pessoas únicas.¹⁰

Também William Schutz desenvolveu uma abordagem sistemática para a compreensão da comunicação interpessoal, com base nas necessidades interpessoais¹⁰. Segundo o autor, as necessidades interpessoais podem ser divididas em três categorias que são: a inclusão, o controlo e a afeto. A inclusão refere-se à necessidade de manter uma relação satisfatória com outros e estar envolvido com sentimento de pertença; o controlo está associado com a necessidade de influência e poder; o afeto refere-se à necessidade de amizade, proximidade e amor. Cada necessidade interpessoal difere em cada pessoa. A consciência das necessida-

des interpessoais de cada um individualmente permite uma melhor compreensão na sua forma de comunicar.

Segundo Ramaraju (2010) George Homans reforça estes conceitos e identifica três elementos que estão também presentes nas relações interpessoais na realização de tarefas conjuntas¹⁰ que são: sentimento, atividade e interação. O sentimento refere-se à necessidade que motiva os indivíduos a estarem juntos, bem como aos sentimentos positivos e negativos que desenvolvem uns pelos outros; a atividade é o nome dado aos atos específicos que os indivíduos realizam e que estão relacionados com a tarefa; a interação refere-se, entre outras coisas, à comunicação interpessoal que inevitavelmente ocorre entre os indivíduos no decorrer das suas atividades. Para Homans, a atividade, a interação e o sentimento são elementos interdependentes. Isto significa que o aumento ou a diminuição de qualquer elemento afeta os outros dois.

Miller e colaboradores desenvolveram a teoria da motivação baseada na satisfação das ações psicossociais combinando elementos baseados em teorias comportamentais e aprendizagens anteriores. As suas investigações sugerem que os padrões de comportamento são produzidos através da modificação de ações biologicamente ou socialmente derivadas por condicionamento e reforço¹¹.

Maslow foi considerado um dos fundadores da psicologia humanista que analisa o homem enquanto detentor de liberdade e escolha. Esse movimento da psicologia surgiu no século XX e baseia-se na filosofia fenomenológica-existencial. A sua teoria está sustentada na hierarquia das necessidades humanas como funda-

mentais para que as pessoas funcionem como indivíduos saudáveis ou bem ajustados. A sua contribuição foi significativa para a motivação dos indivíduos inseridos nas empresas e organizações¹², fortalecendo assim as relações interpessoais.

Posto isto, segundo Peplau, citado por Pontes et al. (2008), um dos instrumentos que facilita a comunicação terapêutica é o bom relacionamento interpessoal¹³, pois este favorecerá a troca de informações a partir das estratégias utilizadas e da criação de um ambiente propício à identificação dos problemas. O processo interpessoal é operacionalmente definido em quatro fases distintas: orientação, identificação, exploração e solução. Estas fases distintas podem ser correlacionadas às etapas do processo de enfermagem, ou seja, levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções e avaliação, respetivamente. Neste sistema, a teórica pretende identificar conceitos e princípios que dão suporte às relações interpessoais, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento, com o objetivo de promover a saúde¹³.

Com base nestes pressupostos, Peplau defende a sua teoria com base no crescimento pessoal e no relacionamento interpessoal desenvolvido no ato de cuidar. Usou a expressão enfermagem psicodinâmica para descrever o relacionamento dinâmico entre cuidador e cuidado. Envolve reconhecimento, esclarecimento e estabelecimento de uma compreensão holística do indivíduo. Este processo visa ajudar os indivíduos e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde¹³.

CARACTERÍSTICAS DA COMUNICAÇÃO FUNCIONAL

Para Phaneuf (2005), o termo funcional significa “que se adapta a uma função definida, que é eficaz num determinado sector”³. Para ser funcional, a comunicação deve manter-se simples; deve portanto fazer-se com a ajuda de termos que a pessoa pode facilmente compreender, qualquer que seja o seu estado ou o seu nível de educação. A comunicação é mais facilmente compreendida se for concisa e a sua extensão limitada. Outra característica da comunicação funcional é a sua precisão. Ela distingue-se também pelo rigor dos detalhes que são claramente expostos graças à simplicidade das frases e à exatidão das palavras. Também deve ser muito flexível e adaptar-se a cada contexto. Deve ser apropriada às preocupações e aos interesses da pessoa cuidada, quer dizer que a reação que é transmitida a esta pessoa corresponde verdadeiramente ao que ela vive e diz.

A comunicação funcional exerce-se em função de atitudes variadas que podemos classificar em duas categorias principais: as *atitudes de receptividade* e as *atitudes de partilha*. Estão interligadas mas importa destacar algumas características de cada uma em particular³.

Relativamente às atitudes de receptividade podem ser tanto verbais como não-verbais. Compreendem todos os comportamentos e atitudes que, de uma maneira ou de outra, transmitem à pessoa que estamos disponíveis para a escutar. São a abertura e a atenção ao outro, o contacto visual para lhe manifestar o seu interesse, a linguagem corporal indicando a orientação e a atitude positiva do técnico, que manifesta assim a sua disponibilidade. Pode apresentar uma expressão facial calma e sor-

ridente ou, segundo as circunstâncias, séria e atenta, e uma distância mínima para facilitar a comunicação.

Segundo Lopes (2006)¹⁴, a disponibilidade como intervenção terapêutica constitui-se como que uma presença constante e concretiza-se através da resolução dos mais diversos tipos de problemas colocados pelos utentes e familiares, mesmo via telefone. Tal é o caso de alterar um ou outro procedimento burocrático-clínico no sentido de facilitar a vida das pessoas.

O conceito de sincronização foi descrito pelos autores que trataram da programação neurolinguística como uma abordagem eficaz e interessante, e que pressupõe também receptividade e disponibilidade por parte do profissional. A sincronização consiste em adotar uma atitude ou um comportamento semelhante ao do seu interlocutor³. No decurso de uma conversação, adotamos frequentemente comportamentos sincronizados sem mesmo tomar consciência disso. É uma maneira de encontrar um indivíduo na sua maneira de ser, de se harmonizar à sua atitude ou ao seu estado de espírito, de se modelar ao seu comportamento e à sua postura para se fazer reconhecer como alguém semelhante que, em consequência, o pode compreender. Esta maneira de se tornar acessível ao outro pode assumir diversas formas. Podemos por exemplo sincronizar-nos com as suas palavras, com o seu comportamento, com os seus gestos ou a sua postura, com as suas emoções ou mesmo com o seu ritmo respiratório³.

A sincronização procura atingir diferentes objetivos. É, em primeiro lugar, uma forma de proximidade com o utente, para suscitar uma

certa harmonia afetiva que favorece o reconhecimento do outro e a confiança mútua. A desconfiança provém frequentemente da ambiguidade ou do desconhecido. Ao utilizarmos as mesmas expressões faciais ou verbais, as mesmas posturas, o utente pode facilmente crer que o podemos compreender e que pode ter confiança em nós. Tem também um outro objetivo importante: a mudança no seu interlocutor. Ou seja, a sincronização do nosso comportamento com o comportamento do utente pode chegar a provocar no outro uma mudança apreciável por sincronismo natural³. Quanto às atitudes de partilha são comportamentos de natureza verbal que permitem explicitar a mensagem e torná-la acessível ao outro, e desenvolver estratégias úteis nas relações interpessoais. A sua adoção faz-se por diversos meios, sendo alguns mais simples de aplicar, outros exigem técnicas mais complexas. Permitem trocas entre as pessoas que comunicam, explicitam a mensagem não-verbal ou complementam-na de maneira a tornar o seu sentido acessível aos dois interlocutores. Certas estratégias de partilha, como os encorajamentos, a focalização, a síntese e o sumário, são simples de compreender e fáceis de aplicar. Outras, como a exploração das narrativas e das comunicações lacunares ou a sincronização da linguagem, são de uma maior complexidade e exigem, em certos casos, a utilização de técnicas complementares, como as questões ou as respostas-reflexo³.

A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS

Humanizar significa acolher o paciente na sua essência, a partir de uma ação efetiva tradu-

zida na solidariedade, na compreensão do ser doente, na sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno². São necessários profissionais que desenvolvam habilidades emocionais e que sejam capazes de se sensibilizar com as situações vivenciadas no seu quotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado humanizado ao cliente, sem exploração, domínio ou desconfiança². É também necessário reconhecer o utente como coparticipante no seu processo de cura e reabilitação, além de preservar a sua autonomia, ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para a sua saúde e o seu corpo, por ser este direito um dos primeiros aspetos diminuídos ou perdidos quando se adocece.

A interação dialógica entre o cuidador e o ser cuidado apresenta-se como uma possibilidade de construção de práticas assistenciais humanizadas, logo, é inegável a relevância da comunicação como a mola impulsora no que diz respeito à humanização do cuidado, visto que possibilita à equipa compreender as necessidades do ser paciente vulnerabilizado pela doença e/ou hospitalização².

É de salientar que a comunicação como instrumento básico para a humanização dos cuidados deve ser percebida, tanto a partir da linguagem verbal como não-verbal. Devemos estar atentos aos sinais, gestos e movimentos que expressam mensagens essenciais, de forma a compreender as reais necessidades do utente.

AS COMPONENTES DA RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE COMO FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO

A relação enfermeiro-doente caracteriza-se por ser constituída por duas componentes distintas mas complementares e estreitamente interrelacionadas: a *natureza da relação* e o *processo de relação*¹⁴.

A *natureza da relação* refere-se à componente expressiva da relação¹⁴ e engloba os seguintes elementos: “Processo de avaliação diagnóstica” e “Processo de intervenção terapêutica de enfermagem”.

O “Processo de avaliação diagnóstica” consiste na avaliação /reavaliação da situação do utente/família. É feita através da conjugação de três perspetivas: vivencial, biomédica e de ajuda. É na variabilidade da conjugação destas três perspetivas que se constrói a perspetiva de enfermagem presente ao longo de todo este processo. É feita ainda de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados em que o foco da atenção do enfermeiro é o utente e a família.

Por sua vez, o “Processo de intervenção terapêutica em enfermagem” engloba a totalidade da intervenção do enfermeiro, dirigida ao utente e família, bem como à interface destes com o grupo e a organização. Pode-se então afirmar que os cuidados prestados num determinado contexto têm uma natureza multifocal.

O “processo de intervenção terapêutica de enfermagem” concretiza-se através de uma diversidade de instrumentos, dos quais se destacam: a gestão de sentimentos e a gestão de informação. Estas são técnicas de comunicação utilizadas diariamente na relação de ajuda aos utentes e famílias.

A “gestão de sentimentos” é um modo de intervenção de grande importância e que, como tal, adquire centralidade face aos diversos modos de intervenção. Concretiza-se através da promoção da confiança e da esperança e perseverança.

A “Promoção da esperança e perseverança”, que engloba “Promoção da esperança” e “Estimulação para a vida” são exemplos de estratégias de intervenção terapêutica¹⁴. Quando, numa situação em que o profissional conhece por antecipação a representação negativa de determinado procedimento ou tratamento, passa a atuar evidenciando os aspetos positivos do fenómeno em causa, incentivando sistematicamente a confiança do utente. Ou seja, existe um reforço sistemático na confiança do tratamento, o que ao mesmo tempo aumenta a esperança do utente. Isto quer dizer que, mesmo em situações avançadas da doença é possível controlar determinado tipo de sintomas e aumentar o bem-estar¹⁴.

A “Estimulação para a vida” tem a ver com a valorização dos aspetos saudáveis da vida da pessoa. Para atingir esta finalidade, o profissional valoriza os ditos “pequenos acontecimentos” do dia-a-dia e que dão sentido à vida de cada um (como por exemplo o fato de o utente ter tomado iniciativa para melhorar a sua autoimagem ou outra).

Relativamente à “gestão de informação”, deve entender-se em estreita interligação com o anterior. Desenvolve-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações do utente e família. A informação foi reconhecido um importante papel, no contexto da situação que o utente/família vive. Ou seja, considerando a vivência dos utentes em situação de crise,

a informação assume um importante papel na reorganização que permita sair da crise. Para que a informação cumpra o papel organizador, precisa de ser contextualizada, repetida, garantida, às vezes consideradas necessárias pelo utente.

No que diz respeito ao *processo de relação*, este componente compreende três fases sequenciais: princípio da relação, corpo da relação e fim da relação. Sendo possível identificar características específicas para cada uma das fases, é, contudo, difícil estabelecer fronteiras específicas entre elas¹⁴.

O Princípio da relação inicia-se antes do primeiro contacto entre o enfermeiro e o utente, em que existe uma preparação prévia. Porém, tem o seu momento por excelência durante a entrevista de admissão. Aí constata-se que o enfermeiro desenvolve predominantemente o “Processo de avaliação diagnóstica”, orientado por três direções: o que o utente sabe, o que preocupa o utente e estratégias/capacidades do utente. Inicia-se também aqui e quase em simultâneo a “Intervenção terapêutica de enfermagem”.

O Corpo da relação é constituído a partir de um conhecimento e confiança que se vai construindo, e guiados por uma reavaliação sistemática da situação, o enfermeiro utiliza diversos instrumentos de intervenção tal como a disponibilidade para o utente verbalizar as suas preocupações/problemas, orientar na adoção de estratégias adequadas para minimizar sofrimento. É durante esta fase que é desenvolvido o essencial da intervenção, que contribui para o objetivo que é aprender a viver com a situação, tendo em vista o bem-estar e melhor qualidade de vida.

O Fim da relação reúne duas características essenciais: é a fase de fronteira inicial mais indefinida, podendo-se até dizer que está presente desde o início da relação; mas é também a fase de fronteira final mais definida, correspondendo esta ao fim da relação, imposto pelo fim do tratamento ou pela morte do utente, nos casos dos utentes oncológicos por exemplo.

Quero salientar a importância do envolvimento da família neste processo terapêutico, aumentando assim a quantidade e qualidade das estratégias de comunicação entre elas e os profissionais. Segundo Gomes e colaboradores¹⁵ uma comunicação eficaz também reforça na família a capacidade de fazer as mudanças que as novas situações exigem para que sejam novamente capazes de responder às exigências que a sociedade lhes faz enquanto responsáveis pela socialização e integração dos membros doentes e equilíbrio de todos.

CONCLUSÃO

A sociedade contemporânea exige profissionais de saúde cada vez mais habilitados a responder aos avanços técnico-científicos em detrimento das interações interpessoais, predominando a razão sobre a emoção, valorizando o ter sobre o ser.

Nem sempre os conhecimentos técnicos e objetivos funcionam bem diante de situações de dificuldades e angústias sentidas pelo utente, como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica. Assim sendo, é preciso reconhecer que ficar ao lado do utente para ouvi-lo é uma intervenção terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde. Logo, é imperiosa a promo-

ção de um cuidar humanizado que preserve a dignidade do ser paciente, percebendo-o de forma holística e integral, privilegiando o encontro terapêutico.

A comunicação deve ser percebida como um processo que visa à criação de espaços que viabilizem a satisfação do utente nas suas necessidades, através da partilha das suas vivências, angústias, medos, ansiedade e inseguranças. Desta forma, o cuidado, no sentido de uma prática humanizada deve estar centrado na necessidade de comunicar como estratégia terapêutica no sentido de aproximar o cuidador do ser cuidado.

É necessário valorizar a comunicação não-verbal, que se saiba interpretar o não dito, que se saiba dar um significado às mensagens. Não fiquemos limitados apenas à existência de um emissor e recetor. É um processo interativo que envolve sentimentos e do qual se espera que existam mudanças nas pessoas envolvidas. Torna-se claro que uma efetiva comunicação terapêutica com o utente funciona como uma ferramenta útil, no sentido de promover uma melhor adesão ao tratamento e otimizar os cuidados.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

A autora declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The author has declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author has declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Apker J, Proop KM, Ford WSZ, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *J Prof Nurs.* 2006; 22(3):180-9.
2. Morais GSN, Costa SFG, Fontes, WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):323-7.
3. Phaneuf M. A comunicação funcional, comunicação de todos os dias. In: Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montréal, Canadá: Lusociência; 2005; p.109-161.
4. Castro RBR, Silva MJP. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2001; 9(1): 80-7.
5. Coelho MTVC, Sequeira C. Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *RPESM.* 2014; (11):31-38.
6. Silva ALA, Guilherme M, Rocha SSL, Silva MJP. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000; 8(5):65-70.
7. Almeida VCF, Lopes, MVO, Damasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(2):202-210.
8. Moraes LMP, Lopes MVO, Braga VAB. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):228-33
9. Sullivan, HS. *Psychodynamic Theories.* Chapter 8: 212-41. Sullivan: interpersonal theory.

10. Ramaraju, S. Psychological perspectives on interpersonal communication. *RW-JASC*. 2012; Vol III, Issue-4(2):68-73.
11. Encyclopedia Britannica. Neal E. Miller. Last updated 3-16-2018. Available from <https://www.britannica.com/biography/Neal-E-Miller>
12. Kaur A. Maslow's need hierarchy theory: applications and criticisms. *GJMBR*. 2013; 3(10): 1061-64
13. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*; 2008; 61(3): 312-8.
14. Lopes MJ. A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica – proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Fomasau; 2006; p. 325-335
15. Gomes F, Amendoeira J, Martins M. A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *RPESM*. 2012;7(54-60).