

## COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: VALORIZAÇÃO PELO PACIENTE ONCOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA\*

INTERPERSONAL COMMUNICATION RESEARCH: VALORIZATION OF THE ONCOLOGICAL PATIENT IN A HIGH COMPLEXITY ONCOLOGY UNIT

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL: UN RECONOCIMIENTO POR EL PACIENTE DE LA ONCOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

Cibele Siqueira Nascimento Rennó<sup>1</sup>  
Claudinei José Gomes Campos<sup>2</sup>

\* Artigo extraído da Dissertação de Mestrado defendida pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP em junho de 2012.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *Campus* Poços de Caldas. Poços Caldas, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor. Professor do Depto. de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas-FCM da Universidade de Campinas – UNICAMP, Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde (NUPEQS) e Pesquisador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) – FCM – UNICAMP. Campinas, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Cibele Siqueira Nascimento Rennó. E-mail: cibsiq@gmail.com  
Submetido em: 01/11/2012 Aprovado em: 26/02/2014

### RESUMO

A relação interpessoal entre profissional e paciente é um momento importante da assistência que oferece a ambos a oportunidade de uma comunicação clara, de modo a proporcionar uma relação mais humanizada. O estudo teve como objetivo analisar a percepção dos clientes de um ambulatório de oncologia acerca da comunicação interpessoal profissional-cliente. O local de estudo foi uma unidade de alta complexidade em Oncologia do sul de Minas Gerais. Para a coleta de dados foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturada, a observação participante e a análise documental nos prontuários dos pacientes. A amostra foi composta de modo intencional, por saturação de dados, e contou com 13 pacientes portadores de neoplasia cadastrados no serviço e que frequentaram o ambulatório no período da coleta de dados, aceitaram participar da pesquisa e assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Os dados foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo à luz do referencial teórico de Rogers da "Teoria Centrada no Cliente". Foram encontradas cinco grandes categorias e entre elas a importância atribuída às relações humanas no processo de equilíbrio e cura da doença. Concluiu-se que o cliente com câncer valoriza a comunicação interpessoal e atribui a ela o alívio de seus sintomas, de sua dor, angústia e a sua deficiência é um grande limitador para a assistência a ele prestada. Sugere-se a construção de relações mais centradas no cliente, além de melhorias na comunicação.

**Palavras-chave:** Comunicação; Humanização da Assistência; Serviços de Saúde; Neoplasias; Cuidados de Enfermagem; Acolhimento.

### ABSTRACT

The interpersonal relationship between professional and patient is an important moment during assistance that offers the opportunity for a clear communication to both, and allows for a more humanized relation. The study aimed to analyze the perception of patients in an outpatient oncology clinic about the professional-client interpersonal communication. The study site was a High Complexity Oncology Unit in the South of Minas Gerais. Data were collected through semi-structured interviews, participant observations, and analysis of patients' records. The sample was of intentional mode with data saturation and featured 13 patients with neoplasia registered in the service and tended at the clinic during the period of data collection; all patients agreed to participate in the research by voluntarily signing an informed consent. The research was approved by the Research Ethics Committee from the Medical Sciences College at the Campinas State University. The data were analyzed by the thematic content analysis technique in the light of the theoretical referential of Rogers, the "Client-Centered Theory". Five major categories were identified; among them, the importance attributed to human relations in the process of balance and disease healing. It was concluded that the cancer patient values interpersonal communication and believe that it relieves symptoms, pain, and anguish; its deficiency is a major limiting factor for patient's assistance. The construction of relationships that are more client-focused and improvements in communication are suggested.

**Keywords:** Communication; Humanization of Assistance; Health Services; Neoplasm; Nursing Care; User Embracement.

### RESUMEN

La relación interpersonal entre el profesional y el paciente es muy importante en la atención hospitalaria pues les ofrece a ambas partes la oportunidad de establecer una buena comunicación con miras a brindar un servicio más humanizado. El objetivo del estudio fue analizar la percepción sobre la comunicación interpersonal profesional-cliente de los pacientes de atención ambulatoria de oncología. El estudio fue realizado en una unidad oncológica de alta complejidad del sur del Estado de Minas Gerais. Para la recogida de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada, observación

*participante y análisis documentario de las historias clínicas de los pacientes. La muestra fue intencional, por saturación de datos e incluyó a 13 pacientes con neoplasia inscritos en el servicio y que se trataban allí durante la recogida de datos. Todos aceptaron participar y firmaron voluntariamente el consentimiento libre e informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP. Los datos fueron analizados según su contenido a la luz del referente de Rogers de la terapia centrada en el cliente. Se encontraron cinco categorías, entre las cuales figura la importancia de las relaciones humanas en el proceso de equilibrio y cura de la enfermedad. Se observa que los clientes con cáncer valoran la comunicación interpersonal, le atribuyen el alivio de los síntomas, dolor y angustia y que su deficiencia es un factor limitante para la atención dispensada. Se sugiere la construcción de relaciones más centradas en el cliente, además de mejoras en la comunicación.*

**Palabras clave:** Comunicación; Humanización de la Atención; Servicios de Salud; Neoplasias; Atención de Enfermería; Acogimiento.

## INTRODUÇÃO

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) são serviços altamente especializados para o tratamento oncológico no país, mas correm o risco de cair na mera operacionalização técnica dos procedimentos, deixando de lado o ser humano envolvido nesse processo. Os avanços tecnológicos têm contribuído para a banalização dos serviços de saúde, porém estes devem estar preparados para receber o usuário, de modo a proporcionar uma escuta qualificada com o objetivo de resolver os problemas trazidos por ele. Uma das diretrizes para a melhoria da qualidade desses serviços, situações citadas anteriormente, é o acolhimento, que permite uma análise das práticas de atenção e gestão. O acolhimento não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.<sup>1</sup>

A comunicação é vista como condição imprescindível para que ocorra o acolhimento, de forma a resolver os problemas trazidos pelo usuário. Não há como falar de comunicação interpessoal sem que a humanização esteja presente. A humanização do atendimento acontece quando há a democratização das relações que o envolvem, o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais ou, ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.<sup>2</sup>

Os profissionais que administram o tratamento oncológico devem lembrar que o sofrimento do paciente oncológico provocado pela dor e os efeitos do tratamento têm vários aspectos e são compartilhados pelo paciente e por sua família com a equipe de saúde.

Desta forma, neste estudo procurou-se partir dos pressupostos preconizados por Rogers na relação interpessoal centrada no cliente. Adotaram-se as ideias desse autor como referencial teórico.

A proximidade nas relações é o que permite uma comunicação sem ambiguidades. A atitude positiva em relação ao outro, permitindo calor, atenção, afeição, interesse e respeito, é o que caracteriza uma relação voltada para a humanização. A atitude compreensiva é a postura mais recomendada, visto que coloca o paciente no centro de suas atenções.<sup>3</sup>

A relação que promove a liberdade e facilita o crescimento precisa contemplar três situações: a congruência, em que o terapeuta deve ser autêntico e coerente; somente assim ocorrerão mudanças na personalidade do cliente. A atenção positiva incondicional, em que o terapeuta deve demonstrar reação positiva mesmo diante dos mais diversos comportamentos do cliente, acolhendo (medo, confusão, cólera, ódio, etc.); valorizar o cliente de maneira incondicional e a compreensão empática com que o terapeuta percebe os sentimentos que o cliente vivencia e consegue compreendê-lo, comunicando-se bem com ele. Todas essas atitudes são muito mais importantes para Rogers do que a competência técnica e proficiência do terapeuta. Uma relação torna-se acolhedora quando é permeada por afeto, empatia, compreensão, confiança e respeito.<sup>3-6</sup> Em qualquer relação, a qualidade do encontro pessoal com o cliente é o elemento mais importante para a sua eficiência.

No modelo humanista de assistência, o enfermeiro poderá ouvir objetivamente o indivíduo, identificar suas necessidades e ajudá-lo a encontrar soluções a partir do aumento das informações de sua própria atividade mental, instrumentalizando-o para o agir.

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos clientes de um ambulatório de oncologia da UNACON de Poços de Caldas, Minas Gerais, acerca da comunicação interpessoal profissional-cliente na perspectiva da humanização da assistência e do vínculo usuário-profissional.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Optou-se pela abordagem qualitativa, que é a que se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, como os seres humanos percebem a si mesmos e como pensam.<sup>6</sup> As dimensões qualitativas são indicadas quando o objeto em estudo é histórico e social e quando os processos de trabalho são complexos.<sup>7</sup>

Diante da singularidade do objeto em estudo, optou-se pelo método de estudo de caso qualitativo exploratório. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes.<sup>8</sup>

O local onde o estudo se realizou é um serviço de alta complexidade para o tratamento de câncer e é gerenciado por um hospital de grande porte, geral, filantrópico, fundado em 1904, que conta com 180 leitos para atendimentos clínico e cirúrgico, além de serviços de alta complexidade. A instituição é referência para o tratamento do câncer para 80 cidades. A UNACON de Poços de Caldas tem, atualmente, 5.531 pacientes cadastrados e cerca de 3.000 pacientes em tratamento. Recebe média mensal de 226 novos pacientes/mês. O ambulatório de Oncologia recebe, em média, 1.200 pacientes/mês. Os tratamentos oferecidos pelo UNACON são: consultas, quimioterapia, exames complementares de média e alta complexidade, internações clínicas e cirúrgicas, atendimentos de urgência e emergência e radioterapia por intermédio de serviço terceirizado.

A população constituiu-se de pacientes portadores de neoplasia cadastrados no serviço, em tratamento no ambulatório de Oncologia da UNACON de Poços de Caldas. Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 18 anos, capacidade de verbalizar e compreender e concordância em participar da pesquisa mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra constituiu-se de 13 sujeitos e foi feita de modo intencional. A composição da amostra findou-se com a saturação e ampla homogeneidade dos dados.

Para a coleta dos dados optou-se pela triangulação de técnica de coleta. Foram utilizados um roteiro para a entrevista semiestruturada, um roteiro para a observação participante, além da análise documental no prontuário do paciente. Para a entrevista semiestruturada optou-se pelo modelo proposto por Turato e para a observação participante o modelo proposto por Triviños, ambos com algumas adaptações.<sup>9,10</sup>

Na entrevista foram coletadas variáveis para caracterizar os sujeitos quanto ao sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, procedência, entre outras. As questões temáticas foram: descreva os sentimentos que você experimenta ao utilizar a unidade e como você considera a comunicação/informação com os profissionais nessa unidade.

A observação participante buscou descrever como os sujeitos, profissionais, cuidadores e familiares se apresentavam bem como os seus comportamentos e atitudes, os diálogos entre eles, além de anotações de natureza reflexiva.

A busca no prontuário contribuiu com dados sociodemográficos, diagnóstico médico, tratamento, evolução médica e de enfermagem. Essa coleta de dados nos prontuários permitiu validar as informações fornecidas pelos pacientes e profissionais, além de nortear as entrevistas.

Os dados foram coletados no período de 10 de maio de 2011 a seis de julho do mesmo ano. Nesse período procederam-se às entrevistas, às observações de campo e à análise documental.

Para o tratamento dos dados optou-se pela análise de conteúdo, que é um método muito utilizado nas pesquisas qualitativas.<sup>6,11</sup>

Para a validade externa, utilizou-se o referencial teórico, fazendo uma generalização analítica (testando a coerência entre os achados do estudo e resultados de outras investigações semelhantes). Usou-se também a técnica de validação por pares, no Grupo de Pesquisa Núcleo de Pesquisa Qualitativa em Saúde (NUPEQS), e a opinião do orientador para validar as categorias encontradas empregando-se como suporte o referencial teórico. Foi percorrido todo o caminho recomendado para a análise de conteúdo temática e as categorias foram colocadas em um quadro com as falas dos sujeitos ilustrando cada uma delas. Essa versão também foi levada ao grupo de pesquisa NUPEQS para a validação dos dados coletados. Elaboraram-se inicialmente cinco grandes categorias e nesse momento percebeu-se a necessidade de se criarem algumas subcategorias. Com o objetivo de garantir a confiabilidade do estudo, foram usados roteiros para a entrevista e para a observação participante, além de cumprir as etapas do cronograma. Optou-se também em proceder à transcrição "*ipsis litteris*" das falas dos sujeitos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e foi aprovado no dia 03/01/2011 sob o número CAAE 5916.0.000.146-10. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96, o qual foi assinado pelo sujeito após sua aceitação em participar da pesquisa.<sup>12</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, para a discussão dos dados, o termo paciente será substituído por cliente. De acordo com o referencial teórico de Rogers, tratamento, paciente, enfermidade e cura são termos próprios do vocabulário biológico, médico e patológico. O termo cliente, embora não seja ideal por remeter às relações comerciais, bem diferentes das terapêuticas, tem o mérito de evocar as noções de independência e iniciativa próprias do seu papel.<sup>13</sup>

Os sujeitos da pesquisa em número de 13 foram nomeados pela letra E de entrevistado sucedido pelo número da entrevista por ordem sequencial, sendo E1 o primeiro sujeito entrevistado e E13 o último sujeito entrevistado. Vale ressaltar que neste estudo não houve recusa à entrevista. Os sujeitos do estudo estão caracterizados na Tabela 1.

Quanto ao diagnóstico, a amostra ficou assim composta: três sujeitos (23,1%) tinham câncer de mama, três (23,1%) câncer de ovário e três (23,1%) de próstata. Apenas dois (15,4%) tinham melanoma, um (7,7%) com linfoma não hodgkin e um (7,7%) com tumor desmoplásico de pequenas células redondas. Essa distribuição se assemelha aos dados mundiais quanto à epidemiologia do câncer.

Tabela 1 - Caracterização dos usuários atendidos em uma unidade de oncologia do sul de Minas Gerais segundo características socio-demográficas (n=13)

	Variáveis	Total	
		F	%
Sexo	Masculino	7	53,8
	Feminino	6	46,2
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
Faixa Etária	20-30 anos	2	15,4
	31-40 anos	1	7,7
	41-50 anos	4	30,8
	51-60 anos	2	15,4
	61-70 anos	2	15,4
	71-80 anos	2	15,4
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
Estado Civil	Casado	8	61,5
	Divorciado	1	7,7
	Solteiro	2	15,4
	Viúvo	2	15,4
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
Escolaridade	Ens. Fundamental Incompleto	4	30,8
	Ens. Fundamental Completo	2	15,4
	Ens. Médio Incompleto	1	7,7
	Ens. Médio Completo	3	23,1
	Ens. Superior Completo	2	15,4
	Pós Graduação	1	7,7
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
Renda Familiar	1 a 2 Salários Mínimos	5	38,5
	3 a 4 Salários Mínimos	2	15,4
	5 a 6 Salários Mínimos	1	7,7
	7 a 10 Salários Mínimos	3	23,1
	11 e mais Salários Mínimos	1	7,7
	Desempregado	1	7,7
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>
Procedência	Do município em estudo	6	46,2
	De outros municípios	7	53,8
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2012.

A configuração das categorias e subcategorias apresentadas a seguir denotou intenso movimento de inter-relação entre a nossa experiência profissional, o referencial teórico/metodológico adotado e as questões subjetivas que povoam esse inter-relacionamento. Assim sendo, do contexto de análise emergiram cinco grandes categorias: a importância atribuída às relações humanas no processo de equilíbrio e cura da

doença; a percepção de ser reconhecido como único entendida como vínculo com o serviço; o atendimento por ordem de chegada (a espera); a ambiência interferindo no processo de tratamento e na qualidade do atendimento; e a doença trazendo o aprendizado. A primeira categoria emergente nesse movimento tornou-se bastante clara tanto nas falas quanto no referencial escolhido e será objeto de discussão neste estudo. Rogers traz em todos os seus trabalhos a importância da comunicação em qualquer relação e, em especial, nas relações de ajuda, como neste estudo.<sup>3,4,13,14</sup> Nessa categoria apareceu a comunicação como forma de humanização e equilíbrio necessária à cura e ao alívio dos sintomas, de angústias e medos e das barreiras encontradas. Optou-se então por subdividir em três subcategorias: a comunicação – componente de humanização, imprescindível desde o diagnóstico até a cura da doença; a comunicação permitindo o alívio dos sintomas, das angústias, medos e dúvidas; e as barreiras de comunicação limitando a assistência.

Entende-se aqui como barreiras da comunicação a comunicação ruidosa que é aquela que pode levar o destinatário a perceber a mensagem inadequadamente, produzindo uma resposta inadequada. Os ruídos podem ser gritos, sirenes, mal-estar físico e rumores.<sup>15</sup> A comunicação é entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens e essa comunicação pode influenciar o comportamento das pessoas envolvidas. Essa competência interpessoal, quando usada de modo terapêutico, permitirá o atendimento das necessidades do paciente.<sup>15</sup> Para a autora, três elementos são essenciais para que a comunicação aconteça: o emissor ou remetente, que é a fonte da emissão da mensagem, o que a produz; o receptor ou destinatário, que é o que recebe a mensagem, para quem a mensagem é enviada; e a própria mensagem, que é aquilo que é transmitido pelo remetente e deve ter um significado para ele e para o destinatário.<sup>15</sup>

Na perspectiva dos sujeitos da pesquisa, o equilíbrio no processo de saúde-doença e a humanização nas relações interpessoais foram alcançados quando a comunicação foi estabelecida. A comunicação com o paciente permite compreendê-lo em seu todo, em sua visão de mundo, em seu modo de pensar, sentir e agir.<sup>15</sup> Não há como falar de humanização sem falar de comunicação. Toda forma de assistência humanizada pressupõe uma comunicação que articula a troca de informações e saberes em que haja o diálogo livre de ruídos e uma escuta que atenda às demandas do usuário. Ao falar do atendimento no ambulatório, os entrevistados traziam constantemente a importância da comunicação. Os discursos mostraram a comunicação de diferentes modos e em diferentes momentos do tratamento. Optou-se então por dividir essa grande categoria em três subcategorias.

## A COMUNICAÇÃO: COMPONENTE DE HUMANIZAÇÃO, IMPRESCINDÍVEL DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ A CURA DA DOENÇA

O diálogo sempre foi fundamental nas relações humanas. Por meio dele, profissionais de saúde podem desenvolver uma escuta singular que permita apreender todas as demandas dos clientes. Na medida em que o diálogo avança, o vínculo profissional-paciente aparece e desse vínculo nasce a confiança tão necessária na relação de ajuda. E13 resalta a importância da comunicação e do bom tratamento: E13: “Um bom atendimento é isso, né?... A senhora chega, o que o senhor quer? Bem tratar, o que o senhor deseja?”.

Humanizar as inter-relações com os indivíduos é um empreendimento bastante complexo; são pessoas interagindo com pessoas. Para que isso ocorra, é necessário primeiramente nos conhecermos como pessoas. O autoconhecimento permite buscar dentro de nós a fonte do amor, conhecer nossos sentimentos, tendências, impulsos, emoções, conflitos e valores.<sup>5</sup> Há o desejo por parte do cliente de uma comunicação eficaz e para que isso ocorra é imperativo que os profissionais tenham autoconhecimento. No entanto, não foi isso que se observou. Percebeu-se que no ambulatório não estavam incluídas atividades que permitissem o autoconhecimento por parte do profissional.

Humanizar a assistência de enfermagem tem sido um grande desafio, pois os próprios profissionais são resistentes. Esse desafio torna-se um obstáculo a ser superado pelos gestores em saúde, em especial os que atuam na Oncologia, em que a fragilidade psicológica tanto de clientes, familiares e profissionais é uma constante. A interação entre paciente e equipe de enfermagem é fundamental para o estabelecimento de um vínculo afetivo e um atendimento de qualidade. Por meio desse vínculo o profissional é capaz de promover uma escuta qualificada, valorizar as ideias do paciente e conhecer suas emoções.<sup>16</sup> Infere-se que não há vínculo e, portanto, não há também uma escuta qualificada a que o autor se refere entre E4 e o profissional que atende.

*Porque no fundo tem muita gente que é daqui de Poços mesmo que passa bem na frente, que é a preferência, né?... Aí ela me chamou com a cara meio assim [grifo da autora] e falou: espera... Tanto que agora eu chego ali, se ela chama eu não vou com ela mais, eu só vou com os dois que eu conheço [...] Só quem tá doente para saber, né? [...] (E4).*

Profissionais de saúde, em especial os que trabalham com Oncologia, constantemente experimentam situações difíceis ao mesmo tempo em que são portadores de más notícias. Tal situação muitas vezes leva o trabalhador ao estresse e ao sentimento de solidão, que pode ser minimizado com diálogos que são verdadeiros instrumentos de promoção da saúde. Esses diálogos colo-

cam o profissional diante de si, permitindo seu autoconhecimento e, dessa forma, melhorando o relacionamento com o outro.<sup>17</sup>

O profissional que trabalha em Oncologia não chega preparado para o enfrentamento de situações difíceis; não tem formação profissional adequada nem institucional. Para ele, é uma tarefa solitária e não compartilhada com outros profissionais.<sup>17</sup> Essa falta de preparo acaba por interferir nas relações terapêuticas e, por conseguinte, no cuidado.

Há várias barreiras que podem prejudicar o cuidado: valores da profissão, falta de envolvimento, falta de forte sentido do “self”, falta de ética, falta de conhecimento, falta de tempo, gratificação inadequada, falta de condições de trabalho. Todos esses fatores podem levar o profissional à frustração e à insatisfação e estes levarem à alteração de humor, prejudicando o cuidado com o outro.<sup>18</sup> O mau humor a que se refere o autor aparece em algumas falas dos sujeitos e em especial na fala de E4 citada anteriormente.

Infere-se que os profissionais que trabalham neste ambulatório necessitam talvez de um preparo psicológico que os auxiliem na administração desses sentimentos que foram percebidos por meio da comunicação profissional-cliente.

A comunicação caracterizada pelas atitudes e maneiras foi considerada por usuários de um serviço de saúde como sendo o principal componente para a humanização. Atitudes de indiferença, grosseria e descaso, poder associado à situação financeira são situações consideradas desumanizadoras por esses usuários.<sup>19</sup> As alterações de humor dos profissionais foram percebidas em vários momentos da observação participante. Essa labilidade é sentida pelo paciente, que muitas vezes rotulou o profissional de “grossa”, “indelicada”, “estúpido”. A estupidez a que se refere E2 é um grande obstáculo na formação de vínculo e pode até mesmo influenciar na adesão ao tratamento.<sup>16</sup> E2: “Não, dessa vez não, mas da outra vez a moça falou, uma enfermeira, né? Ela falou tão estúpida comigo [grifo da autora] que... mas eu fiquei tão sentida, falei mas que diabo, meu Deus do céu!”

Nesse recorte temático fica claro o ruído da comunicação levando a um atendimento desumanizado além de explicitar a falta de preparo do profissional que atende. O autoconhecimento como preconizado por Furegatto é imprescindível para que possamos ter uma boa interação com nós mesmo e com o outro.<sup>5</sup>

Na fala de E2 pode-se ainda perceber a falta de respeito com o cliente. O respeito foi avaliado em outro estudo em que os usuários atribuíram a falta de respeito à falta de paciência do profissional que atende, quando ele é grosseiro e quando as informações não são claras e insuficientes. A capacidade técnica foi a que menos teve impacto na percepção de respeito.<sup>20</sup> Esse achado corrobora os dados deste estudo e os de Rogers quando fala que a competência técnica importa menos nas relações interpessoais terapêuticas do que a empatia, o respeito e a confiança.<sup>4</sup>

O apoio e a força, o respeito à individualidade, à intimidade, às crenças e valores, neste momento difícil da vida em que os pacientes oncológicos se encontram, é um diferencial para o tratamento além de diminuir o negativismo que o ambiente hospitalar traz.<sup>16</sup>

E3 demonstra a falta de sensibilidade do médico que não parava de falar ao celular no momento de sua consulta, mais uma vez impedindo adequada comunicação que satisfizesse suas necessidades.

*Aí levantei, simplesmente porque o médico... passando para lá e para cá..., passeando... falando no celular... e a minha esposa estava pro lado de fora, aí, ele tá com o celular aqui, conversando com os amigos dele aqui, que não sei o que que tem (E3).*

Há que se mudar o modo de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde para que se ofereça um atendimento humanizado. Ainda para os mesmos autores, há a necessidade de sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática.<sup>21</sup>

Em outro estudo sobre satisfação de pacientes oncológicos com o serviço ambulatorial, o adequado relacionamento interpessoal demonstrado pela afabilidade e interesse dos prestadores da assistência foi um dos aspectos citados pelos sujeitos.<sup>22</sup>

A forma do fazer em saúde – e nela se inclui a comunicação – deve ser repensada. Mudanças são necessárias para que as relações interpessoais possam ser melhores, alcançando a humanização do atendimento. E4 tem a real percepção da necessidade dessa mudança do modo de fazer, trazendo mais uma vez a importância da comunicação no processo de humanização, demonstrando perceber a importância da comunicação para verbal ou para a lingüística, que é aquela caracterizada pelo tom de voz, o ritmo, o modo como as palavras são pronunciadas.<sup>15</sup>

*[...] o modo de falar. Porque o modo de falar é tudo [grifo da autora], eu acho que é tudo. Mesmo que você tenha pobrema, que vai... mas se você souber conversar [grifo da autora], você contorna a situação, agora, se não souber, você piora. Acho que é isso (E4).*

Como profissionais de saúde, devemos nos preocupar com o ser humano e isso somente se torna possível quando desenvolvemos meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência de uma existência mais digna e mais compreensiva.<sup>15</sup> Nessa perspectiva, E4 manifesta a necessidade de paciência e delicadeza na chegada ao serviço, mostra o quanto a paciência e a delicadeza são importantes no atendimento, afirmando que isso “é tudo”.

*Acho que é a paciência [grifo da autora] mesmo do pessoal, porque praticamente tudo tem que ter paciência*

*[grifo da autora], né?... E nesse quesito aqui, eu acho que o principal é a paciência e a delicadeza da pessoa [grifo da autora] (E4).*

E8, ao comentar sobre o atendimento médico, traz, além do diálogo, a importância do toque, da proximidade cliente-profissional para que o atendimento seja bom.

*[...] ele não me perguntou exatamente nada, eu fiquei esperando para ver se ele me perguntava, eu fui falar, ele nem me deu atenção. Eu acho que é um desrespeito, não pelo fato de ter ficado ali, eu acho pelo fato que todo mês eu tenho que passar por ele, você entendeu?” [...] Conversar... perguntar... de ter a liberdade de perguntar pra uma pessoa (sobre a conversa) eu acho que é uma diferença (E8).*

E8 atribui grande importância ao diálogo e ao transtorno que a falta dele faz. O diálogo como base da relação entre a enfermeira e o cliente no contexto da quimioterapia foi uma categoria encontrada ao estudar pacientes oncológicos e sua relação com a enfermeira na perspectiva do cliente.<sup>23</sup>

Os achados deste estudo assemelham-se aos resultados encontrados em outra pesquisa realizada com pacientes oncológicos em que as autoras relataram os fatores que mais contribuíram para a humanização segundo os pacientes, que foram: carinho, simpatia e sorriso; e os que dificultaram: mau humor, barulho e não ser prontamente atendido.<sup>16</sup>

## A COMUNICAÇÃO PERMITINDO O ALÍVIO DOS SINTOMAS, DAS ANGÚSTIAS, MEDOS E DÚVIDAS

O câncer pode fragilizar pacientes e familiares devido ao estigma que carrega. Essa doença é considerada uma das piores enfermidades, muito temida, sempre carregando a ideia de risco iminente de morte, além do temor por tratamentos agressivos. Todas essas situações comprometem as relações familiares e muitas vezes a fala sobre a doença se torna difícil, formando “ilhas de comunicação” entre aqueles que são fortes e podem saber do diagnóstico e outros que são mais frágeis e devem ser poupados e entre eles o cliente.<sup>24</sup> Diante disso torna-se imperativo uma comunicação eficaz.

A capacidade de compreensão do cliente e familiar fica prejudicada em face da ansiedade, raiva, culpa, receio de mudança no relacionamento, afastamento de funções na família e no trabalho, perda da independência, além das preocupações financeiras.<sup>25</sup> Dessa forma, o profissional da saúde deve, ao se comunicar com o cliente e familiar, utilizar todos os sentimentos positivos na relação. Os sentimentos positivos na relação interpessoal são:

calor, atenção, afeição, interesse e respeito. As atitudes positivas nos aproximam das pessoas, diminuindo a impessoalidade, e demonstram aceitação do outro e de nós mesmos. Uma atitude positiva é muito mais que uma frase bem formulada; é um olhar afetuoso, um aperto de mão caloroso, um abraço protetor. É a demonstração do comportamento verbal e não verbal.<sup>5</sup>

Os sujeitos da pesquisa, ao serem questionados se o serviço resolve os problemas trazidos por eles, expressam sentimentos positivos e tais sentimentos aparecem na forma da comunicação com os profissionais. E1 tem total liberdade de se expressar com o médico e até certo grau de intimidade, quando diz “*me abro com o doutor*”. E2 tem informações e explicações claras sobre sua alimentação, o que demonstra atenção e interesse por parte do profissional;

*Eu chego aqui, me abro com o doutor, né, explico para ele tudo o que eu estou sentindo. Tá tudo resolvido (E1).*

*[o médico explicando]: Ele explicou, não pode laranja, abacaxi. A senhora pode chupar melancia, pode comer fruta, mas, não que tenha ácido. Então tá, então eu não vou mais comer mais nada disso (E2).*

A enfermagem assume comportamento humanizado quando considera o ser humano como indivíduo dotado de conhecimento, espiritualidade, cultura e sentimento. A humanização depende da interação que o cliente tem com o profissional.<sup>16</sup> Quando a enfermagem reconhece e valoriza o conhecimento e a cultura do cliente ajustando a informação a ser dada, ela está prestando um cuidado humanizado.

O enfermeiro deve utilizar a literatura para conhecer as diferentes reações e manifestações emocionais do paciente, como evitar ruptura na comunicação, ter flexibilidade de critérios, técnicas e metodologias. Deve respeitar a pessoa como ela é sem impor-lhe comportamentos. Para que essa comunicação aconteça, é necessário que o paciente sinta tranquilidade e confiança para expressar-se, lembrando que ele mesmo irá encontrar soluções para seus problemas.<sup>5</sup> E6 demonstra que está satisfeito com esse respeito que a enfermagem teve para com ele por meio de uma informação esclarecedora e pela disponibilidade das enfermeiras em atendê-lo.

*As informação, quando não podia falar com médico, as enfermeiras vinham e explicava tudo de maneira que a gente pudesse entender, então as informação tudo que eu precisei sempre foi muito bem passada, muito bem esclarecida. Nenhuma dúvida, nada, nada (E6).*

A comunicação afeta quem dela participa, além de proporcionar satisfação e crescimento das partes que se comunicam.<sup>5</sup>

E11 demonstra muita satisfação quando comenta sobre suas conversas na sala de espera trazendo segurança e acolhimento. A comunicação acontece quando o profissional utiliza seu conhecimento sobre comunicação e sua habilidade profissional e estabelece uma relação de ajuda.<sup>15</sup>

*As pessoas que eu conversava [grifo da autora] na sala de espera aqui, esperando o médico. E lá na química também a gente trocando ideia. E também a equipe aqui do CACON é assim, foi assim, essencial pra mim. Porque eu me senti muito acolhida, muito. Eu tinha muita segurança em toda equipe, em todo mundo (E11).*

O tratamento oncológico gera ansiedade e medo, contudo, a oportunidade de dialogar, trocar experiências e usar delas como suporte para o enfrentamento foi relatado em outro estudo com mulheres mastectomizadas.<sup>26</sup> A importância atribuída à troca de experiência por meio do diálogo é percebida por E11 ao relatar um de seus momentos de conversa com outro paciente.

*No sentido de ajuda e de trocar experiência mesmo, que nem eu estava conversando com o rapaz, ele tem tumor abdominal, e ele me falou que tava com muita dor na perna e uma paciente me ensinou uma coisa que na época foi muito bom, fazer escalda-pé (E11).*

Esses espaços de diálogo a que se refere E11 podem contribuir para a desconstrução de mitos e a construção de novos conhecimentos. A formação de grupos que valorizem o acolhimento, o afeto, o respeito e a individualidade tornarão possível o desenvolvimento da responsabilidade coletiva em relação ao próprio doente oncológico quanto aos participantes do grupo. Nesse mesmo estudo as autoras perceberam que a criação desses espaços de diálogo proporcionou a criação de vínculo entre usuários e profissionais e acreditam que a socialização, a troca de experiências e o autoconhecimento podem ser alcançados.<sup>26</sup>

Diálogo, atenção, afeto e respeito são atributos percebidos por pacientes oncológicos como sendo essenciais na relação com a enfermeira de modo a não fazer o paciente se sentir inútil ou incapaz.<sup>23</sup>

## AS BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO LIMITANDO A ASSISTÊNCIA

O conceito de barreira de comunicação abordado neste estudo são os fatores que impedem ou dificultam a comunicação entre as pessoas, no caso entre profissionais e clientes. Os ruídos advindos das conversas e dos alarmes de painéis eletrônicos de chamadas foram fatores observados durante a obser-

vação participante no período da coleta de dados. Ao ouvir as pessoas, aprendemos mais sobre elas, sua personalidade, sobre as relações interpessoais e isso resulta numa satisfação especial.<sup>14</sup> Desta forma, fica claro que nesse ambiente de ruídos há pouca possibilidade de aprendizado para clientes e profissionais, impedindo o aprendizado referido por Rogers.

Para Rogers, atrás de qualquer agressão, silêncio e hostilidade, existe sempre uma pessoa e se formos habilidosos podemos atingi-la.<sup>4</sup> Perceberam-se durante a observação de campo alterações de voz dos profissionais que atendiam os pacientes. Pareciam estar impacientes quando os clientes demoravam a vir ao guichê ou mesmo por não entenderem a explicação que lhes era dada sobre consultas, exames e documentos.

E4, ao relatar o fato da demora no seu atendimento ter levado ao cancelamento de sua sessão de quimioterapia e, portanto, o não atendimento, traz também a falta de respeito do profissional que fez o atendimento e tem a percepção da alteração do humor da pessoa que o atendeu. E isso ficou claro na entonação de voz com que a atendente se dirigiu ao cliente. Deste modo, parece que a barreira na comunicação provocou uma interferência na assistência.

*Eu fui falei com ela de novo... olha, bem... não vai dar tempo de eu fazer a química... aí ela... ah não... já que vai chamar tal... aí nisso chamou quatro... cinco [...]...e ela falou assim: não adianta eu ligar lá porque deu quatro horas e não faz mais. Só que ela já falou mais alterada [grifo da autora]... (E4).*

O profissional que atendeu E4 não foi capaz de perceber sua necessidade e tampouco utilizou a empatia. A comunicação é empática quando percebemos o mundo do outro e pode ocorrer por meio da comunicação verbal ou não verbal.<sup>15</sup>

Para o sujeito E4, não houve progresso na relação, a ajuda não aconteceu, não houve comunicação empática e o cliente perdeu sua sessão de quimioterapia. Empatia e envolvimento com a situação do cliente são imprescindíveis para a relação de ajuda. A resolutividade está intimamente relacionada à humanização da assistência.<sup>27</sup> Na fala de E4 não houve resolutividade além de um atendimento hostil, caracterizando a desumanização da assistência. A comunicação neste caso foi bastante deficiente.

A comunicação é imprescindível para que ocorram mudanças nas formas de relacionamento nas práticas em saúde de modo a torná-las mais humanizadas.<sup>21</sup> Não tem como falar de uma assistência meramente técnico-científica e desvinculada do saber ético e humanitário.<sup>16</sup> E4 tem a percepção da alteração do profissional de modo a atribuir a esse atendimento a classificação de mau atendimento. As alterações de humor dos profissionais, explicitadas muitas vezes na entonação da voz, nas informações abreviadas, na falta de paciência, são perce-

bidas com facilidade pelos pacientes, como mostra a fala de E4 mencionando um modo grosseiro com que o profissional a tratou. "Foi a única situação que eu fiquei chateada, que eu falei poxa... eu avisei você três vezes e depois ela ainda foi grossa [grifo da autora] comigo ainda" (E4).

Diante da ameaça da perda do vínculo, profissionais da saúde podem experimentar sentimentos de choro, grito, distanciamento, apatia, entre outros. Essas reações consistem em atitudes defensivas diante do luto pela morte ou pela perda de qualquer natureza e não necessariamente é patológico. O tabu da morte histórica e socialmente construído acaba influenciando o fazer dos profissionais.<sup>17</sup>

O relato dos sujeitos deste estudo permitem inferir que os profissionais estão em situação de defesa e tal comportamento é apreendido pelo cliente. Como não há espaços de troca de experiências ou suporte psicológico para esses profissionais, o que ocorre é uma grande influência no seu fazer cotidiano.

Em algumas entrevistas e mesmo nas observações de campo o fato acontecido com E4 se repetiu de várias maneiras desde a suspensão da consulta, procedimento, cirurgia até a espera prolongada pelo atendimento médico. O maior ou menor comprometimento com o trabalho está diretamente relacionado à melhor qualidade da relação funcionário-usuário.<sup>28</sup>

Uma relação interpessoal pode ser prejudicada quando há dificuldade do profissional em escutar e isso pode ser causado por problemas do ambiente ou pessoal, incompetência ou falta de treino ou necessidade de comprometimento com a interação. Pode haver ainda dificuldade na interpretação da mensagem. Uma relação interpessoal inadequada pode ter resultado negativo no desenvolvimento pessoal do cliente.<sup>4</sup>

Para E5 o diálogo é necessário ao tratamento e deixa explícito o quanto isso influencia o seu estado. E atribui ao diálogo empático como a responsabilidade, muitas vezes, pela melhora do paciente.

*É o diálogo do médico com o paciente. Porque eu vou... tem determinados médico que não conversa com o paciente. Só pergunta e tal. Eu acho que um bom atendimento é um diálogo com o paciente. Não é verdade? Ele te dá oportunidade de você falar, expor o que você tá sentindo, né? (E5).*

Mais uma vez o diálogo aparece como sendo imprescindível para o cliente e este percebe quando ele não ocorre ou ocorre de modo não satisfatório. As relações face a face constroem o cotidiano que chamamos de "assistência" e as relações de trabalho se desenvolvem por meio do fluxo de informação e comunicação durante o processo de trabalho.<sup>2,29</sup> Partindo desse pressuposto e acrescentando-se a percepção do cliente, não há como prestar cuidado humanizado sem uma boa comunicação, uma boa relação cliente-profissional.

A deficiência na comunicação é apreendida por E5, que percebe que o profissional mal olha para ele quando é atendido e atribui representativo valor a essa relação quando diz que o paciente até melhora quando o médico conversa. A despersonalização muitas vezes experimentada pelos usuários impede que o atendimento seja acolhedor e resolutivo.<sup>2</sup>

*[...] então, dependendo do médico ali ele mal olha nocê e... eu acho que um bom atendimento é a gente tá aqui conversando. O paciente sente bem, parece que só de conversar com o médico já é um estímulo. Eu penso assim (E5).*

O fato de não ser tratado pelo nome, uma linguagem não compreensível e nem ser olhado com interesse foram fatores que os usuários de outro estudo atribuíram à comunicação desfavorável.<sup>19</sup>

O profissional da área da Oncologia experimenta vários tipos de dor: dor da condição humana, da fragilidade da vida, da finitude, da impotência de querer curar o incurável, do envelhecimento, da separação, da condição de serem seres que vivem na instituição de saúde, sujeitos e objetos das políticas de saúde.<sup>17</sup> O médico, com sua visão tecnicista, biomédica, acrescentando o fato de trabalhar com Oncologia, acaba subestimando o valor da comunicação com o cliente.

Ao descrever o atendimento feito pelo médico, E8 percebe que ele não lhe dá oportunidade de se expressar, limitando-se ao aviamento da receita médica. Relata que teve apenas seu documento assinado pelo profissional, ficando impedido de manifestar seus anseios, angústias, dúvidas ou desejos. Afirma, ainda, que no atendimento médico não tem oportunidade de se expressar, limitando-se o profissional, ao aviamento da receita médica.

*Agora eu fiquei três horas e meia, quase quatro horas, para entrar e o cara nem bom dia me falar, só simplesmente assinar um papel e me mandar embora, então eu acho que se é só pra assinar um papel, eu não precisava ficar ali (E8).*

A relação médico-paciente acabou cedendo lugar à objetividade racionalizadora em detrimento da subjetividade tão esperada para esse tipo de relação. Médicos e enfermeiros têm atuado mais como técnicos burocraticamente controlados do que profissionais com autonomia técnica.<sup>28</sup> Tal situação tem trazido expressivos prejuízos nas relações em saúde.

Pode-se observar um tipo de relação bastante técnica entre médico e cliente, porém uma relação mais afetiva e íntima com a enfermagem. Todo o pessoal da enfermagem sabia de detalhes do cliente, sua vida pessoal, contexto familiar, estado

emocional, situação econômica, dificuldades no tratamento. Desta forma, parece que a enfermagem vai além dessa objetividade técnica, dando oportunidade ao cliente de compartilhar suas necessidades.

E8 menciona a importância que o diálogo faz e a indignação que sua ausência causa, demonstrando que não se obteve uma relação terapêutica. Os profissionais médicos parecem não ter a concepção da importância dessa relação para o paciente. Para que a relação seja terapêutica, há a necessidade de proporcionar alívio para alguém que precisa ser aliviado; pressupõe um restabelecimento ao estado anterior, com vistas ao equilíbrio.<sup>30</sup>

*E eu fiquei ali esperando e eu entrei na sala dele, ele simplesmente não me perguntou nada [grifo da autora], é... não prescreveu nada... fora o papel para eu ir lá pegar os [medicamentos] que são a injeção, fora isso aí ele não perguntou nada, não escreveu nada (E8).*

Neste estudo os ruídos da comunicação não foram estatisticamente mensurados, porém, por meio das falas e das observações de campo, percebeu-se que ele ocorre em todas as categorias profissionais, porém a falta de comunicação parece ter mais relevância para o paciente quando parte do médico. E8, ao informar que ficou esperando, revela um ruído na comunicação ou mesmo a falta dela.

Quando existe entre as partes um desejo mútuo de entrar em contato e se comunicar, há elevado grau de acordo realizado pela experiência, percepção e comportamento de uma das partes. Existe uma tendência à comunicação recíproca, uma compreensão mútua e um funcionamento psicológico melhor de ambas as partes e uma satisfação causada por essa relação.<sup>4</sup> Nas falas de E8 parece não ter havido nem uma boa comunicação nem uma compreensão.

Pesquisas têm mostrado que o médico aprende a lidar com a doença e não com o doente. Nas profissões da saúde, o médico, em especial, deveria ser fundamentalmente humanista. Além do biológico, perceber os aspectos culturais, sociais, familiares, psicológicos e espirituais do cliente.<sup>31</sup> Acredita-se que sem diálogo, sem uma boa comunicação não há humanização.

O aspecto afetivo é fundamental na comunicação e faz significativa diferença no contexto da Oncologia.<sup>17</sup> Pensar nessa perspectiva é repensar a forma como a relação, tão valorizada pelo cliente e sua família, está acontecendo no ambiente hospitalar e qual é o papel do profissional da saúde na busca por essa relação.

Frequentemente convivemos com ambientes com perfeita técnica, porém totalmente desacompanhados de afeto, atenção e solidariedade. As pessoas deixam de ser o centro das

atenções e passam a ser objeto do cuidado, fonte de lucro, sem identidade pessoal, à mercê do “poder científico”.<sup>30</sup>

## CONCLUSÕES

Neste estudo, para o paciente oncológico, pareceu consenso a importância atribuída à comunicação. Ela traz conforto, acalma, alivia sintomas, diminui angústias e equilibra. De maneira inversa, os ruídos advindos de uma comunicação ruidosa provocam angústias, medos, ansiedade, entre outros sentimentos negativos. As relações de cuidado devem ser pautadas na convivência e interação saudáveis e não em relações de domínio de uns sobre os outros. Para essa boa convivência torna-se imperativo que os profissionais mudem a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do outro.

Os serviços de Oncologia são serviços altamente especializados para o tratamento oncológico no país, mas correm o risco de cair na mera operacionalização técnica dos procedimentos, deixando de lado o ser humano envolvido nesse processo. Esse ser humano representado pelo paciente, familiares e principalmente pelos profissionais envolvidos tem a perspectiva de que o ser humano antes de cuidar do outro deve cuidar de si.

As relações interpessoais, nelas subentendida a comunicação interpessoal, são elementos fundamentais para o profissional da saúde que busca uma assistência humanizada e que tem o cliente como o centro de suas atenções.

## REFERÊNCIAS

- Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Pública*. 2004 nov/dez; 20(6):1487-94.
- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(1):7-14.
- Rogers CR. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes; 1977. 360 p.
- Rogers CR, S Barry. De pessoa para pessoa: o problema de ser humano – uma nova tendência na Psicologia. São Paulo: Livraria Pioneira; 1978. 328 p.
- Furegato ARF. Relações interpessoais terapêuticas na Enfermagem. Ribeirão Preto: Scalá; 1999. 142 p.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
- Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2007 fev; 23(2):331-40.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010. 248 p.
- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2008. 685 p.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009. 175 p.
- Campos, CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(5):611-4.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. 19 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.
- Rogers CR, Kinget MG. Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não diretiva. Belo Horizonte: Interlivros; 1977. 287 p.
- Rogers CR. Um jeito de ser. São Paulo: EPU; 1983.
- Stefanelli MC. Comunicação com o paciente-teoria e ensino. São Paulo: Robe Editorial; 1993. 200 p.
- Brito NTC, Carvalho R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. *Einstein*. 2010; 8(2pt1):221-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2010; 206 p.
- Baggio MA. Relações Humanas no Ambiente de Trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. *Rev Gaúch Enferm*. 2007; 28(3):409-15.
- Gomes AMA, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF. Etnoavaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(4):635-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ensp/Fiocruz. Satisfação dos usuários em três unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz: Instituto Fernandes Figueira, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP. Rio de Janeiro: MS; 2008. 136 p.
- Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*. 2005; 9(17): 389-406.
- Fonseca SM, Gutiérrez MGR, Adami NP. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2006 set/out; 59(5):656-60.
- Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(1):77-83.
- Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54(1):87-96.
- Grinberg M. Comunicação em oncologia e bioética. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(4):375-93.
- Fabbro MRC, Montrone AVG, Santos S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. *Rev. enferm. UERJ*. 2008 out/dez; 16(4):532-7.
- Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência a saúde: uma reflexão. [Citado em 2010 maio 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v38n1/02.pdf>.
- Maciel SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade da na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saude Pública*. 2004 mar/abr; 20(2):502-11.
- Silva MF, Fernandes MFP. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. *Mundo Saúde*. 2006 abr/jun; 30(2):318-25.
- Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
- Oliveira RA, Coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo- CREMESP; 2008. 689p.