

cod. Acesso: 72507
R 13843674105 ex J
04128105
1305-

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
DOUTORADO

ANDREA GOMES LINARD

AÇÃO INTERATIVA E ORIENTAÇÃO DO AUTO-EXAME DAS
MAMAS DURANTE A CONSULTA GINECOLÓGICA DE
ENFERMAGEM

T 610.730699
L 7162
ex. 1

FORTALEZA – CEARÁ

2005

ANDREA GOMES LINARD

AÇÃO INTERATIVA E ORIENTAÇÃO DO AUTO-EXAME DAS
MAMAS DURANTE A CONSULTA GINECOLÓGICA DE
ENFERMAGEM

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

LINHA DE PESQUISA: Tecnologia em saúde
e educação em enfermagem clínico-cirúrgica

ORIENTADORA:

Profa. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues

FORTALEZA

2005

L716a Linard, Andrea Gomes

Ação interativa e orientação do auto-exame das mamas durante a consulta ginecológica de enfermagem/ Andrea Gomes Linard. – Fortaleza, 2005.

102 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues.
Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem.

1. Comunicação persuasiva. 2. Mulheres. 3. Auto-exame.
- I. Título.

CDD 610.730699

ANDREA GOMES LINARD

AÇÃO INTERATIVA E ORIENTAÇÃO DO AUTO-EXAME DAS MAMAS
DURANTE A CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Data da Defesa: 18/2/2005

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues
Universidade Federal do Ceará
Presidente

Dr. Egberto Ribeiro Turato
Universidade Estadual de Campinas
Membro Efetivo

Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza
Membro Efetivo

Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará
Membro Efetivo

Dra. Almerinda Holanda Gurgel
Universidade Federal do Ceará
Membro Efetivo

Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará
Membro Suplente

Dra. Lucélia Ribeiro de Farias
Universidade de Fortaleza
Membro Suplente

A GRADECIMENTO *E* ESPECIAL

À Vera Zorina, minha mãe, um exemplo de nordestina batalhadora, que soube, sozinha, alimentar, educar e amar seis filhos, sempre acreditando que seria capaz.

A GRADECIMENTOS

- Aos meus irmãos: Adriana, Adjane, Lígia, Samuel e Jair, pela torcida e incentivos.
- Ao meu cunhado Alexandre (marido de Adriana), minha linda sobrinha Thaís e a Rayssa que está a caminho, pelas alegrias somadas.
- À Milena Sampaio Castelo que esteve durante essa minha caminhada me ajudando a descobrir as coisas por si só.
- À Profa. Dra. Maria Socorro Pereira Rodrigues, pela dedicação com que me orientou neste e em tantos outros trabalhos.
- Aos membros da banca examinadora: Dr Egberto, Dra Raimunda, Dra Ana Fátima, Dra Almerinda, Dra Thereza e Dra Lucélia, pela inestimável colaboração.
- Aos professores do doutorado, pelos momentos de crescimento intelectual.
- À Profa Dra Maria Júlia Paes da Silva, pelas palavras de incentivo e pelo contínuo compartilhar de ensinamentos.
- Às colegas do curso de doutorado: Ana Kelve Damasceno, Dafne Paiva Rodrigues, Diva Teixeira, Eugênio Franco, Francisca Ana Martins, Lia Silveira, Ligia Costa, Albertina Diógenes, Socorro Dias, Teresa Mariotti,

Maristela Chagas e Patrícia Neyva, pela convivência, que ampliou os horizontes dos relacionamentos interpessoais.

- À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na pessoa da Dra Ana Fátima, pelo apoio na realização do estudo.
- Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, especialmente aos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- Ao serviço de enfermagem do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, e, em especial, à enfermeira Mônica Dantas, pela acolhida no campo de coleta de dados.
- À Universidade de Fortaleza, nas pessoas do Chanceler Dr Airton Queiroz, Reitor, Prof. Carlos Alberto Batista, Diretora do Centro de Ciências da Saúde, Profa Fátima Veras e Coordenadora do Curso de Enfermagem, Profa Rita de Cássia, pelo aprendizado profissional na rotina acadêmica.
- A FUNCAP, por financiar a pesquisa através de uma de bolsa de doutorado, por meio da Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.
- Ao Programa de Incentivo à Pós-Graduação, mantido pela Universidade de Fortaleza, pela motivação para o aperfeiçoamento docente.
- A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

Andei por tantos caminhos, fui em busca de luz e respostas para meu caminhar, todavia não sabia através de que caminhos as encontraria. Momentos eu sentei, chorei, me vi sozinha e pensando quando e onde estariam a luz e as respostas desse mourejar. Com o passar dos anos, percebi que nessa estrada sempre haverá instantes de dúvida, o sofrimento haverá de me assediar e não saberei onde a luz e as respostas estarão; todavia, sinto em meu coração que vale a pena continuar navegando, pois não falece em mim a esperança de que a cada novo amanhecer poderei encontrar as respostas junto à luz.

Andrea Gomes Linard

Aquele que habita no esconderijo do Altíssimo, à sombra do Onipotente descansará. Direi do Senhor: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei.

Salmo 90: 1-2

Aprender é descobrir. Mesmo que eu esteja certa na minha interpretação, se eu confidenciar-lha, a ele, roubo-lhe a oportunidade de desvendá-la por si só.

Barry Stevens

RESUMO

Diversas causas ameaçam o bem-estar feminino, desencadeadas por eventos sócio-culturais, tecnológicos, profissionais e familiares, influenciando no surgimento dos mais variados tipos de cânceres e congêneres, com altas incidências de morbimortalidade. Através da ação interativa junto à cliente, o enfermeiro, poderá influenciar positivamente para a redução dessas cifras, incentivando mudanças de comportamentos, em particular, estimulando a adoção do hábito mensal do auto-exame das mamas (AEM). Propusemos-nos, então, a trabalhar com base na hipótese de que, a ação interativa estabelecida entre enfermeiro e cliente pode favorecer e possibilitar a comunicação persuasiva, sua validação e a transmissão de informações, de forma a despertar na cliente o interesse pela aprendizagem e o desejo de elucidação de dúvidas. Objetivamos descrever e interpretar os fatores que podem influenciar na ação interativa do processo de comunicação entre enfermeiro-cliente e compreender a forma como vem se processando, na prática da enfermagem a ação interativa entre enfermeiro-cliente. O estudo tem abordagem qualitativa, foi realizado no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC) nos meses de maio, junho e julho de 2004. Os dados foram coletados durante os Relacionamentos Interativos (RIs) entre enfermeiros e clientes, nas consultas de enfermagem ginecológicas. O instrumento de coleta dos dados utilizado foi observação livre com o apoio do diário de campo e uso do gravador, conforme autorização obtida. As enfermeiras, sujeitos deste estudo, foram cognominadas com os nomes de Selene, Melanipe, Eleutera, Crissa e Electra. Acompanhamos cinco distintos relacionamentos interativos (RIs) de cada uma das cinco enfermeiras. Para a organização e análise dos dados, utilizamos do método de análise de conteúdo, Bardin (1977), Rodrigues e Leopardi (1999). O conteúdo dos diálogos observados apontou para as cinco seguintes categorias: A comunicação como incentivo para a formação do hábito do auto-exame das mamas; Orientação da enfermeira direcionada ao bom êxito da comunicação entre médico e cliente; Cuidado e tecnologia no auto-exame das mamas; A presença de fatores de risco para o câncer de mama; A comunicação verbal enfermeira-cliente durante o auto-exame das mamas. Os resultados mostram que a ação interativa enfermeiro-cliente é, em sua maioria, permeada por uma comunicação mecanizada e repetitiva, sendo enfatizadas orientações estereotipadas, não se priorizando o *feed-back* das informações fornecidas às clientes, referentes à adoção do hábito mensal do AEM e, nem se enfatizando as técnicas de expressão, clarificação e de validação da informação, durante a comunicação. Concluiu-se que os enfermeiros, como formadores de opinião necessitam trabalhar com maior frequência elementos da ação interativa como por exemplo o *feed-back*. É necessário também haver uma colaboração documental e mais efetiva das políticas públicas de saúde e de promoção social, no que tange ao número de clientes a serem atendidas pelo profissional.

ABSTRACT

Several causes threaten women's well-being, unleashed by socio-cultural, technological, professional and family events influencing on the appearance of several types of cancer and similar diseases, with high mortality rates. Through an interactive action with the client, the nurse can influence significantly on the reduction of these rates, encouraging changes in their behavior, in particular, the adoption of the monthly habit of the Breast Self-Exam (BSE). We proposed to work based on the thesis that the interactive action established between nurse-client can favor and make possible the persuasive communication, its validation and the transmission of information, aiming to raise on the client the interest in learning and the will to solve doubts. We aimed to identify the factors that influence the interactive action between nurse-patient; describe the way it is being processed, in the nurse practice, the interactive action between nurse-client, and present based on Travelbee's Theory (1979) a paradigm of implementation of the interactive relationship nurse-client. This study has a qualitative approach, and it was conducted at Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC) during the months of May, June and July, 2004. Data were collected during the Interactive Relationships (IRs) nurses-clients, in the gynecological nursing consultations. The instrument of data collection used was the participative observation with the help of a field diary and a tape recorder, according to authorization obtained. The nurses, subjects of this study were nicknamed as Selene, Melanipe, Eleutera, Crissa and Electra. We followed five different moments in the interactive relationship (IR) of each of the five nurses. For the organization and analysis of data we used the analysis of content method, Bardin (1977), Rodrigues and Leopardi (1999). The content of the dialogues suggested five categories, being them: the communication as incentive to the habit of the Breast Self-Exam; orientation of the nurse directed to the success of the communication between doctor and patient; care and technology in the Breast Self-Exam; presence of risk factors to the breast cancer and the verbal communication of the nurse in the consultation. The results show that the interactive action nurse-client is, in the majority, prevailed by a mechanical and repetitive communication, being emphasized stereotypical orientations, not prioritizing the feedback of the information provided to the clients referring to the adoption of the monthly habit of the BSE and that the techniques of expression, clarification and validation of information are not emphasized, during the communication. It is necessary a documentary and more effective collaboration of public health policies and of social promotion, concerning the number of clients to be attended by each professional.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	Processo de Comunicação	25
2.2	Câncer de Mama	29
2.3	A Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee e sua contextualização no estudo	42
3	PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1	Tipo do estudo	48
3.2	Local da pesquisa	48
3.3	Sujeitos	49
3.4	Instrumentos de coleta de dados	50
3.5	Procedimentos prévios para entrada no campo	51
3.6	Organização e apresentação dos dados	51
3.7	Aspectos éticos	53
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	APÊNDICES	
	ANEXO	

Lista de Diagramas

Elementos do Processo de Comunicação	28
Padrão de Comunicação Interativa segundo Travelbee	46
Estrutura física da sala	56

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Taxa bruta de mortalidade para o período de 1979 a 2000 e estimativas para o ano 2003, em mulheres, para algumas localizações primárias	33
Gráfico 2- Estimativas de mortalidade e incidência do câncer de mama no Brasil de 2000 a 2003.	33

*I*NTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

Diversos males demandam, atualmente, ações que devem ser inteligentemente bem definidas e direcionadas pelas políticas públicas. Vão, desde endemias controláveis a enfermidades ou disfunções de tratamento complexo, com procedimentos diversos e onerosos, atrelam-se a especialidades específicas e exigem altos investimentos físicos e psicológicos para a clientela afetada.

A saúde da mulher, seu bem-estar, no contexto da atenção primária, vem, atualmente sendo ameaçado por diversas causas, destacando-se os episódios decorrentes de fatores familiares, socioculturais, tecnológicos e profissionais, que podem concorrer para o surgimento dos mais variados tipos de cânceres. No âmbito da ginecologia, evidenciam-se as neoplasias cérvico-uterino e de mama, com altas cifras de incidência e mortalidade.

Assim nossa colocação apoia-se, ainda, em publicação divulgada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), Brasil, (2002 e 2003), que registram que a estimativa de incidência de câncer de mama no Brasil para 2002 e 2003 foi, respectivamente de 36.090 e 41.610 (casos novos) e de 9.115 e 9335 (óbitos). Tendo em vista, ainda, que a taxa bruta de mortalidade esteve entre 6,14/1000hbt (1980), e 9,31/1000hbt (1997), e para 2000 foi estimada em 9,78/1000hbt (mortalidade) e em 33,58/1000hbt (casos novos). Esse dado faz-nos perceber uma franca ascensão dessas estatísticas e estimativas, levando-nos a considerá-las na contramão da evolução tecnológica e científica, demandando atitudes mais enérgicas de todos e de cada um, particularmente dos profissionais envolvidos na saúde da comunidade e da necessidade de uma melhor definição de estratégias políticas por parte do Estado.

Nossa preocupação com a temática em discussão remonta ao ano 1995, quando, como bolsista do CNPq, no projeto de pesquisa Saúde da Mulher no

Cotidiano, trabalhando a saúde da mulher em diversos contextos do ciclo biológico. O referido projeto, desenvolvido em conjunto com um grupo de docentes e alunos da graduação e da pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, envolve a realização de pesquisas sobre temas relevantes do cotidiano feminino.

Durante cinco anos de atividades científicas naquele projeto, defrontamo-nos com questões que envolviam a vida da mulher cearense e brasileira, que tem passado por grandes mudanças no plano político, cultural, econômico ou social. Tais mudanças refletem-se na organização da vida familiar, assim como no contexto do espaço público, vindo implicar no desempenho de novos papéis por parte da mulher fazendo com que, ocasionalmente, a mesma deixe em segundo plano a atenção a aspectos importantes, concernentes ao seu autocuidado. Esses ocasionam desgaste de tempo a ser usado em demandas para aumentar a renda familiar e mesmo em dispersões de fundo psicológico, desencadeadas pelas preocupações do dia-a-dia, que muito bem poderiam ser substituídos por ações voltadas para a saúde e para o bem estar, como é o caso da pesquisa rotineira de alterações no formato da mama, ainda em estágio precoce.

No decorrer da década de noventa, deparando-nos continuamente com um acentuado desconhecimento feminino sobre a necessidade e forma de detecção precoce de alterações mamárias, assim como o tratamento. Percebemos, ao mesmo tempo a dificuldade que tinham as mulheres em lidar com a realidade de um câncer de mama e os abruptos transtornos físicos, psicológicos e sociais que esse pode acarretar. Sem considerar-se, ainda, possíveis fracassos nesse sentido por parte dos próprios profissionais de saúde. Tais fatos motivaram-nos a voltar nosso olhar para o aspecto da relação interativa que deve ser desenvolvida no processo de comunicação

entre enfermeiro e cliente, durante a consulta ginecológica, como fator coadjuvante no procedimento de detecção precoce do câncer.

No propósito de trabalhar o aspecto da comunicação-interação, apresentamos no ano de 2000, nossa dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada: “Os Efeitos produzidos no comportamento da mulher na adoção de hábitos do auto-exame de mama”, enfatizando a importância das campanhas veiculadas pela mídia, visto ser uma das formas mais utilizadas para sensibilizar o maior número de pessoas em menor espaço de tempo. Também pelo fato das campanhas se configurarem em uma maneira bastante eficiente de abordagem, visto seu raio de abrangência, para as mais variadas classes sócio-econômicas no Brasil (Linard, 2000). Neste Trabalho buscamos analisar o que as mulheres captam e memorizam, dessas campanhas; constatar se as informações então repassadas promovem o reconhecimento da importância da detecção precoce do câncer de mama, e identificar, nessa mulher, mudanças de atitudes que poderiam ter sido motivadas pelas campanhas, preparando, assim, uma conscientização para a detecção precoce do câncer de mama. Publicaram-se ainda, os resultados da referida pesquisa em artigos sob os títulos: “Mulheres - os efeitos da comunicação na adesão do auto-exame da mama” (Linard et al, 2000) e, “As mulheres construindo uma opinião sobre câncer de mama a partir dos anúncios no mass media” (Linard, Almeida e Silva 2001).

Sabemos que informações veiculadas através dos *mass media* são importantes para que ocorra um fluxo de conhecimentos entre as propagandas institucionais e a população, entretanto, essas são muitas vezes dissociadas do real objetivo a que se propõem. Ainda nessa linha de pensamento, pode-se perceber que o padrão de comunicação ou forma habitual de interação entre indivíduos está, conseqüentemente, inserido nas relações interpessoais entre

enfermeiro-cliente, cujo caráter pode ser decisivo no processo de influência comportamental, para a adoção de atitudes a esse respeito.

Nessa perspectiva, para desenvolver de forma satisfatória as relações interpessoais, em um contexto interativo de comunicação no atendimento da clientela, entendemos ser necessário que o profissional tenha competência interpessoal, o que segundo Moscovici (1985), corresponde à habilidade de lidar eficazmente, em relações interpessoais de forma adequada às necessidades de cada um e às exigências da situação. E Stefanelli (1993), ao afirmar que o enfermeiro precisa desenvolver sua competência interpessoal e para tanto deve adquirir base teórica sobre comunicação geral e comunicação interpessoal.

Considerando a comunicação importante na busca da mudança de comportamento, que segundo Littlejohn (1988), se origina a partir de determinadas condições, na pessoa, e de outras que devem ser inseridas na mensagem, envolve atitudes, valores e comportamentos inter-relacionados. Um importante aspecto da comunicação interpessoal é o estabelecimento de relações e interação com conseqüente percepção do outro. O ato comunicacional compreende a fala (expressão verbal), o olhar e o escutar, gestos e o lugar onde se dá a inter-relação. Esses componentes devem ser explorados com bastante perspicácia pelo comunicador, ao comunicar e buscar informações, conforme sejam seus propósitos, particularmente ao lidar com questões relativas à saúde da população.

Silva (1998) considera que a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face, sendo esta a que envolve o enfermeiro-cliente, na tentativa de compreender o outro comunicador e de ser compreendido. Na busca de compreensão do outro, desenvolvida pelo enfermeiro, este deve utilizar, como suporte enfoques educacionais, havendo

nas pesquisas de Stefanelli (1993), o entendimento que o enfermeiro é um educador e uma de suas ferramentas importantes é a comunicação. Portanto, o enfermeiro bem poderá treinar-se continuamente para ser um comunicador por excelência, atuando como agente de mudanças comportamentais nos aspectos de saúde.

Estudo realizado por Linard, Machado e Macedo (2003), no Programa Saúde da Família do município de Barbalha-Ceará, revelou a necessidade das pessoas serem sensibilizadas para se autocuidarem, tendo sido o enfermeiro identificado como um profissional com potencial para influenciar a mulher para o autocuidado, certamente visto ser ele um profissional habilitado para o exercício do papel de educador em saúde. Corroborando com essa colocação, Pagliuca, Rodrigues e Linard (2000), afirmam que o enfermeiro assume papel significativo como educador em saúde, no exercício do ensino e no estímulo do auto-exame das mamas (AEM), através de técnicas apropriadas de comunicação, associadas a estratégias de persuasão.

Concluído o Mestrado, em abril de 2000, ingressamos como professora substituta e pesquisadora na Universidade Regional do Cariri-CE, lecionando as disciplinas Semiologia e Enfermagem no Processo de Cuidar I. A partir do contexto existente na região do Cariri, visando o aprofundamento de nossa experiência profissional, demos curso a estudos na área da saúde da mulher, particularizando o câncer de mama e sua detecção precoce. Esses estudos, que, naquele momento incluíram dois bolsistas por nós orientados, um de iniciação científica do CNPq e outro da FUNCAP, visando o desenvolvimento do conhecimento a partir de técnicas de intervenções, e contribuir para a formação do profissional enfermeiro.

Em continuidade a essa caminhada, meses depois ingressamos como professora assistente da Universidade de Fortaleza-CE, assumindo a

disciplina Estágio Supervisionado I, acompanhando alunos do oitavo semestre do curso de enfermagem, na atuação em atenção primária, no Programa Saúde da Família. Neste cenário, os alunos atendem à mulher na consulta ginecológica de enfermagem, detendo-se no exame clínico das mamas, colheita citológica e conseqüentes orientações de enfermagem, em conformidade com as necessidades de cada cliente. Posteriormente assumimos a disciplina Enfermagem em Saúde Pública I, a partir da qual se alargou nossa compreensão sobre políticas de saúde brasileira e as deficiências presentes no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Formiga, 1999).

No grupo de pesquisa Saúde da Mulher no Cotidiano e no sentido de compreender com maior profundidade as questões fundamentais de vida da mulher, continuamos participando do desenvolvimento de pesquisas relativas à ocorrência do câncer de mama. Algumas, focalizando, por exemplo, situações relacionadas a fatores de risco acerca do câncer de mama (Almeida, 1991); detecção precoce do câncer de mama por um grupo de mulheres (Fernandes et al, 1998a); prevenção do câncer de mama: ações para autogestão em saúde com relação a esse trabalho. Buscou-se mapear, através dos postos de saúde municipais, as ações desenvolvidas no tocante ao câncer e exame das mamas (Fernandes et al, 1998b), ensinando mulheres da Comunidade do Dendê, na faixa etária de 50 a 59 anos, a fazerem o auto-exame das mamas. Referido estudo contemplava mulheres de uma comunidade carente, que pouca ou quase nenhuma informação detinham a respeito do câncer de mama (Linard et al, 2002). Outros estudos, ainda em andamento, buscam aprimorar a assistência à mulher na detecção precoce do câncer de mama, a partir do processo de comunicação entre enfermeiro e cliente.

Júnior e Matheus (2000) afirmam que a comunicação em enfermagem pode ser vista como uma competência que o enfermeiro deve desenvolver, uma visto ser uma ferramenta a ser utilizada para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional. Conforme Silva (2002), a fim de colaborar com o desenvolvimento da qualidade da comunicação, no que se incluem os relacionamentos que envolvem a comunicação, a serem estabelecidos nas relações de trabalho é necessário conhecer a comunicação como processo. Considera que enquanto profissionais de saúde, não se pode esquecer que nossas mensagens são interpretadas, não apenas pelo que falamos, mas também pelo modo como nos comportamos (proximidade, postura e contato visual). Dessa forma, seja por meio de palavras faladas e escritas, seja por meio de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho na área de saúde exige do profissional o conhecimento para a correta utilização do paraverbal (sons produzidos pelo aparelho fonador); da cinestesia (linguagem corporal, gestos, movimentos e expressões); da proxemia (simpatia e sem excessivo distanciamento no compartilhamento do espaço físico) e dos aspectos taccênicos (valorização adequada, no possível, de atitudes táteis), favorecendo o manejo adequado da comunicação interpessoal e de seus fundamentos básicos, visando ao bom êxito desse trabalho efetivado em prol da saúde da população.

Assim, apesar da comunicação estar presente no dia-a-dia do enfermeiro, questionamos se realmente este profissional vem procurando deter uma credibilidade que distinga com caráter qualitativo sua atuação numa ação interativa? O enfermeiro empenha-se em preparar uma situação adequada para que ocorra o toque instrumental, ou seja, o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica como o exame clínico das mamas? A comunicação verbal e a não-verbal são um caminho ou meio para um novo modo de olhar, no interagir e no cuidar dos

enfermeiros? Estarão os enfermeiros procurando desenvolver padrão de comunicação interativo adequado, de forma a estabelecer um relacionamento interpessoal de qualidade, de comunicação eficaz, incluindo-se a persuasão, tão importante quando se trata de prevenção?

Desenvolvemos este estudo, portanto, com o intuito de buscar uma interpretação de significados a fim de propiciar o estabelecimento de um cuidado de enfermagem mais amplo e fidedigno, centrado em uma comunicação eficaz.

Para Leitão, Linard e Rodrigues (2000), o cuidado de enfermagem deve ser entendido como uma ação consciente que produz resultados sobre a concepção de quem promove o cuidado. Assim, uma compreensão mais clara das questões acima destacadas, muito poderá contribuir para o aumento do índice de detecção precoce do câncer de mama e conseqüentemente redução dos índices de morbimortalidade. Referida redução desses índices, ao mesmo tempo em que decorreriam da melhoria qualitativa do ato da interação enfermeiro-cliente, seriam influenciados e provocariam repercussão na redução das taxas de mortalidade, assim como nos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com o atendimento terciário, podendo essa economia ser revertido para o aperfeiçoamento dessa técnica.

Tem-se, então, por objetivo, para esta pesquisa:

1- Descrever e interpretar os fatores que podem influenciar na ação interativa do processo de comunicação entre enfermeiro-cliente;

2- Compreender a forma como vem se processando, na prática da enfermagem a ação interativa entre enfermeiro-cliente;

O propósito é que, a partir dos conceitos de comunicação verbal, comunicação não-verbal, interação e ação interativa enfermeiro-cliente, se

possam identificar e avaliar os padrões de comunicação do enfermeiro apresentados durante o desenvolvimento da ação interativa, no momento da consulta ginecológica. Temos como pressuposto, que uma ação interativa adequada deve possibilitar a formação de um elo confiável de comunicação verbal e não verbal, podendo posteriormente favorecer a motivação da mulher na adesão da prática do auto-exame das mamas. Tendo em vista ainda a saúde da mulher no contexto físico, psicossocial e espiritual, a partir de estratégias preventivas, carregadas por tecnologias simplificadas e por adequadas técnicas de comunicação.

Entendemos que, na consulta de enfermagem a forma de conversação, os gestos, os sinais faciais, a postura corporal, aspectos proxêmicos e taccênicos, adotados pelo enfermeiro na relação interativa, poderão influenciar a mulher de uma maneira mais afetiva, efetiva e pessoal para uma mudança de comportamento relativa ao AEM.

Trabalha-se, portanto, com base na tese de que, a ação interativa estabelecida entre enfermeiro-cliente deve visar ao favorecimento de uma relação de confiança, a fim de possibilitar a comunicação persuasiva, a validação e a transmissão de informações, de forma a despertar o interesse pela aprendizagem, assim como o desejo de elucidação de dúvidas.

*R*EFERENCIAL TEÓRICO

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Processo de Comunicação

A comunicação está baseada no consenso espontâneo dos indivíduos, que significa consentimento, pressupõe a compreensão que a comunicação exige para que se possam colocar, em comum idéias, imagens e experiências. O principal objetivo da comunicação é o entendimento entre as pessoas. É, portanto, intercâmbio de significações, através de símbolos, cuja unidade fundamental é o ato de falar. É fator fundamental na interação social. Pressupõe compreensão de idéias, imagens ou experiências, que se desejam colocar em comum. A finalidade de tudo isso é o entendimento entre as pessoas. É um elemento singularmente humanizador da cultura, visto ser veículo de produção, percepção e entendimento de mensagens portadoras das idéias humanas. As verbalizações sobre o porquê das coisas identificam crenças, carregadas de significados profundos, sejam profanos ou sagrados. Ao palmilhar-se esse terreno, toda comunicação e intervenção são feitas com extremo respeito e sensibilidade, evitando-se quaisquer críticas negativas (Dance, 1973; Chung, 1996).

Através da comunicação, é possível conhecer-se outra pessoa. Quando duas ou mais pessoas têm alguma coisa a ser compartilhada, idéias, por exemplo, é importante que a primeira pessoa esteja certa de que a outra está tão empenhada em ser honesta, ser sincera no compartilhamento de seus pensamentos e crenças, quanto a segunda, e que a abertura oferecida para qualquer das partes não seja utilizada como pretexto para que a outra rejeite ou descarte qualquer idéia colocada.

A linguagem, o ato de falar, escrever e gesticular é a unidade fundamental da comunicação, recurso essencial para se compreender a comunicação (Searle, 1973). Constitui resposta a um estímulo interno ou

externo, que forma na mente uma idéia ou uma imagem com o seu símbolo representativo, por exemplo, um determinado nome traz à mente um certo ser ou um objetivo, que ao evocarem o sentimento, completar-se-á o processo de comunicação. A linguagem interpreta a realidade, modela o pensamento e pode ou não gerar ação. Diz Chung (1996) que ao se experimentar a realidade, deve-se, antes, conhecer os limites da linguagem. A fala, expressada por meio da linguagem (oral, escrita, mímica e corporal), sofre a influência dos filtros mentais, com suas generalizações, eliminação e distorções (Ribeiro, 1993).

A linguagem humana, em particular, no que se refere à linguagem corporal, é um sistema bastante complexo, considerada um fator importante na regulação da interação social, (Gahagan, 1976). Envolve estímulo interno, externo e sentimentos; exige, em princípio que os símbolos, os sons tenham significação comum para os dois indivíduos envolvidos no processo de comunicação. Os símbolos utilizados devem ter significado idênticos para as pessoas envolvidas na comunicação.

O próprio estado mental que sincroniza o comportamento do indivíduo, depende da fisiologia e da representação interna da própria pessoa, constitui um fator importante para o processo de comunicação. Quando existe uma representação interna negativa, é necessário que seja revestida de questionamentos e mensagens que motivem a pessoa a manifestar o estado mental positivo. Para isso a mudança deve acontecer primeiro a nível do pensamento, visto que um estado mental favorável possibilita a utilização do pleno potencial do indivíduo e maior eficiência na comunicação, através da adoção e prática de uma nova atitude. Só com uma atitude favorável é que poderá acontecer a renovação ou ressignificação de crenças e dos sentimentos a respeito de si, dos outros e da vida (Ribeiro, 1993).

Nada é tão importante em um processo de comunicação quanto a atenção consciente a tudo que esteja acontecendo com o interlocutor. Faz-se importante evitar julgamentos e crenças preconceituosas no início e durante a comunicação. Todos os comportamentos, mesmo os que nos pareçam estranhos, têm um significado maior e uma intenção positiva, quando analisados dentro do contexto e da experiência da pessoa que os apresenta. Mesmo que a princípio seja complexo para aceitar, é necessário ter a capacidade de entender essa pessoa (Chung, 1996).

O ser humano tem a capacidade, latente ou manifesta, de compreender-se a si mesmo, de resolver seus problemas e uma tendência para exercer esta capacidade. Este exercício requer um contexto de relações humanas positivas, favoráveis à conservação e à valorização do eu, (Rogers e Kinget, 1975)

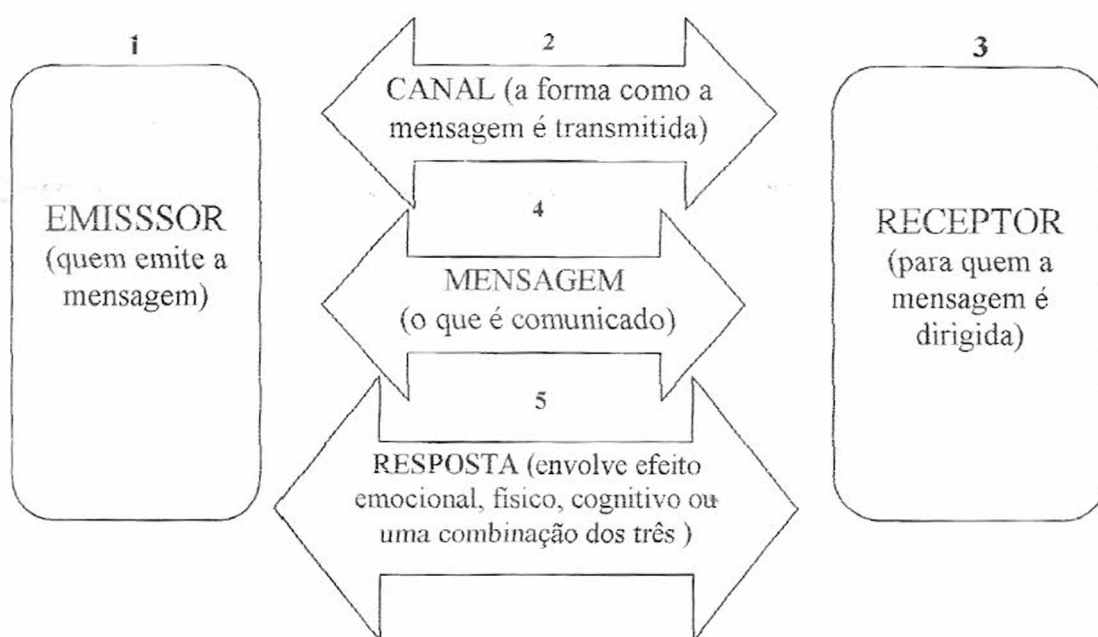
Littlejohn (1988), refere que a comunicação resulta em mudança e esta se origina de condições na pessoa e na mensagem evidenciada através de atitudes, valores e comportamentos, que estão inter-relacionados. Ressalta que um importante aspecto da comunicação interpessoal é o fato de se estabelecerem relações nas quais ocorrerá interação e conseqüente percepção da mensagem. Assim, a comunicação é importantíssima em um relacionamento interpessoal, visto que o espaço comunicacional compreende, além da fala (expressão verbal), a forma de olhar e de escutar, também gestos e a influência do lugar onde se dá a inter-relação. Na prática da enfermagem o enfermeiro se comunica constantemente com clientes, com diversos profissionais da área de saúde, com colegas, de tal forma que se pode dizer que sua prática é voltada para as relações interpessoais.

Enquanto profissionais de saúde, precisamos lembrar que nossas mensagens são interpretadas, não apenas pelo que falamos, mas também pelo modo como nos comportamos (Silva, 2002).

O processo de comunicação pode ser resumido em: quem diz o quê; com que intenção; como; em que condição ou contexto; para quem e com que efeito ou resposta das pessoas às mensagens recebidas (Stefanelli, 1993).

Com base nos elementos do Processo de Comunicação necessários de existir nas inter-relações entre o enfermeiro e a paciente; visando à efetivação da proposta da teoria da relação interpessoal apresentamos, a seguir o diagrama adaptado de Stefanelli:

Diagrama 1 Elementos do Processo de Comunicação



Fonte: STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2 ed. São Paulo: Robe, 1993.

2.2 Câncer de Mama

- Aspectos Fisiopatológicos

As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional. Harmonia esta orientada no sentido da manutenção da vida.

Os mecanismos que regulam o contato e a permanência de uma célula ao lado de outra, bem como os de controle do seu crescimento, ainda constituem uma das áreas menos conhecidas da biologia. Sabe-se, entretanto, que o contato e a permanência de uma célula junto à outra são controlados por substâncias intracitoplasmáticas, mas ainda é pouco compreendido o mecanismo que mantém as células normais agregadas em tecidos.

Ao que parece, as células se reconhecem umas às outras por processos de superfície, os quais ditam que células semelhantes permaneçam juntas e que determinadas células interajam, para executarem determinada função orgânica.

É notório, também, que o crescimento celular responde às necessidades específicas do corpo e o aumento da massa celular, a mitose e a duplicação do ácido desoxirribonucléico são processos e regulados cuidadosamente.

Nas células normais, restrições à mitose são impostas por estímulos reguladores que agem sobre a superfície celular, estímulos estes que podem resultar tanto do contato com as demais células como da redução na produção ou disponibilidade de certos fatores de crescimento. Fatores celulares específicos, como, por exemplo, o aumento da massa celular, parecem ser essenciais para o crescimento celular, mas poucos deles são realmente conhecidos.

É certo que fatores de crescimento e hormônios, de alguma forma, estimulam a divisão celular, entretanto, eles não têm valor nutricional para as células nem desempenham um papel conhecido no metabolismo. Presumivelmente, apenas sua capacidade de ligar-se a receptores específicos de superfície celular os capacita a controlar os processos celulares.

O mecanismo de controle do crescimento celular parece estar na dependência de fatores estimulantes e inibidores quando, normalmente, estaria em equilíbrio até o surgimento de um estímulo de crescimento efetivo, sem ativação do mecanismo inibidor. Tal estímulo ocorre quando, há exigências especiais como, por exemplo, para reparo de uma alteração tissular. As células sobreviventes se multiplicam até que o tecido se recomponha e, a partir daí, quando ficam em íntimo contato umas com as outras, o processo é paralisado.

Em algumas ocasiões, entretanto, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular e, sem que seja necessário ao tecido, uma célula começa a crescer e a dividir-se desordenadamente. Pode resultar daí um clone de células descendentes, herdeiras dessa propensão ao crescimento e divisão anômalos, insensíveis aos mecanismos reguladores normais, que resulta na formação do que se chama tumor ou neoplasia, que pode ser benigna ou maligna (carcinogênico).

O organismo humano encontra-se exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição (Brasil, 2002b).

Com relação ao câncer de mama, não há uma etiologia única e específica, mas sim uma série de eventos genéticos, hormonais e

possivelmente ambientais que podem contribuir para o seu desenvolvimento (Smeltzer e Bare, 2000).

O crescimento desordenado das células, quando detectadas em tempo hábil, pode ser debelado, através do tratamento com a administração de fármacos, havendo grandes possibilidades de recuperação total ou parcial, (Linard, 2000).

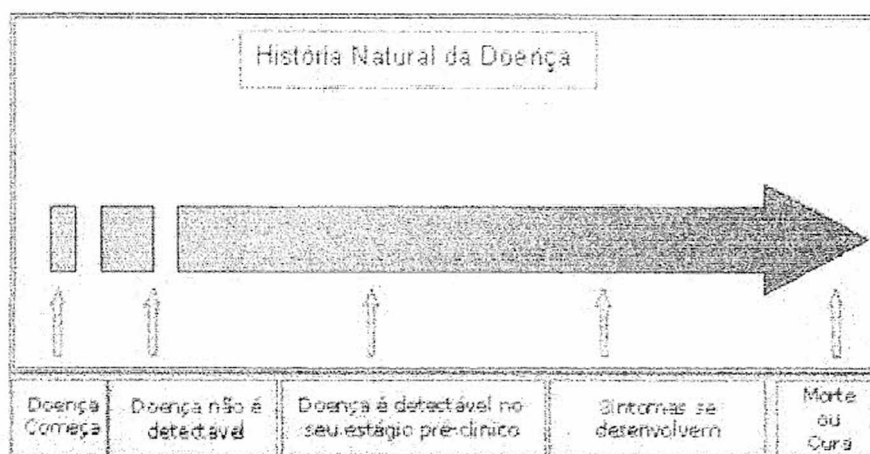
Pesquisas no cenário do câncer de mama têm tentado identificar grupos ou subgrupos de mulheres com probabilidade em diferentes graus para apresentar a doença. Assim, o aumento do risco para determinado fator, é indicado pela frequência em que a doença aparece entre mulheres que apresentam o fator em questão, dividido pela frequência da doença sem o fator, que é o risco relativo.

Para isso, o estudo dos fatores de risco tem abordado a linha de alterações histológicas do tecido mamário. Relaciona-se ao fato de que o aumento no risco para o câncer de mama estaria direcionado com hiperplasias¹ atípicas. Nesses casos, o risco relativo é de 4, 3, aproximadamente, passando para 10, se houver associação com história familiar de câncer de mama (Davim et al, 2003).

O câncer, como outras doenças, tem uma história natural que se caracteriza por um espectro que, ao seu início tem algumas células malignas - e por razões ainda não esclarecidas não são destruídas pelo sistema de proteção natural do organismo - indo até o estágio em que a doença é

¹Aumento localizado e autolimitado do número de células de um órgão ou tecido. Essas células são normais na forma e na função. A hiperplasia pode ser fisiológica ou patológica. Na forma fisiológica, os tecidos são estimulados à proliferação para atender às necessidades normais do organismo, como ocorre com a glândula mamária durante a gestação. Na forma patológica, geralmente um estímulo excessivo determina a proliferação, como, por exemplo, a hiperplasia endometrial estimulada por excesso de estrogênios.

cl clinicamente diagnosticável, através de seus sinais e sintomas. (Leavell e Clark, 1976)



O estudo das alterações fisiopatológicas agregados aos demais fatores de risco como: história familiar, nuliparidade, gravidez tardia, menarca precoce, menopausa tardia e dieta rica em gorduras podem permitir detectar precocemente lesões neoplásicas iniciais.

Considera-se relevante que o enfermeiro que atua no atendimento ambulatorial detenha um leque de conhecimentos aprofundados no que concerne à fisiopatologia do câncer de mama, para em conjunto com os demais profissionais da saúde, desenvolver, de forma ativa e integrada um atendimento de efetiva qualidade.

- Perfil Epidemiológico do Câncer de Mama

Certamente, tanto devido ao aumento do número de cânceres de mama diagnosticados, como devido à melhoria da informação nos atestados de óbito, no período de 1979 a 2000, veio sendo registrado um aumento considerável da taxa de mortalidade por câncer de mama entre mulheres, passando de 5,77/100.000 para 9,74/100.000 (Gráfico 1), correspondendo a uma variação percentual relativa de + 80,3% (Brasil, 2003).

Gráfico 1- Taxa bruta de mortalidade para o período de 1979 a 2000 e estimativas para o ano 2003, em mulheres, para algumas localizações primárias (Brasil, 2003).

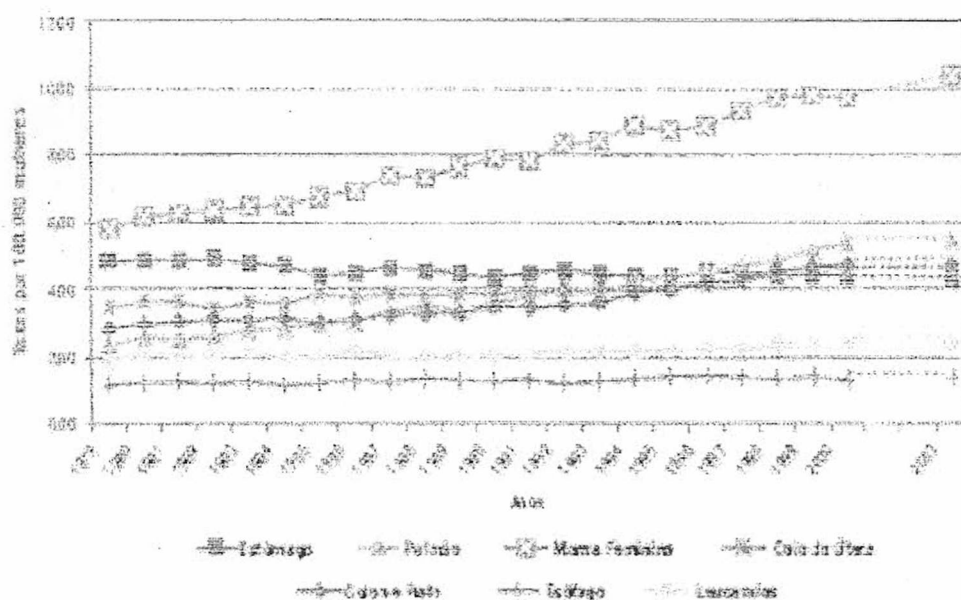
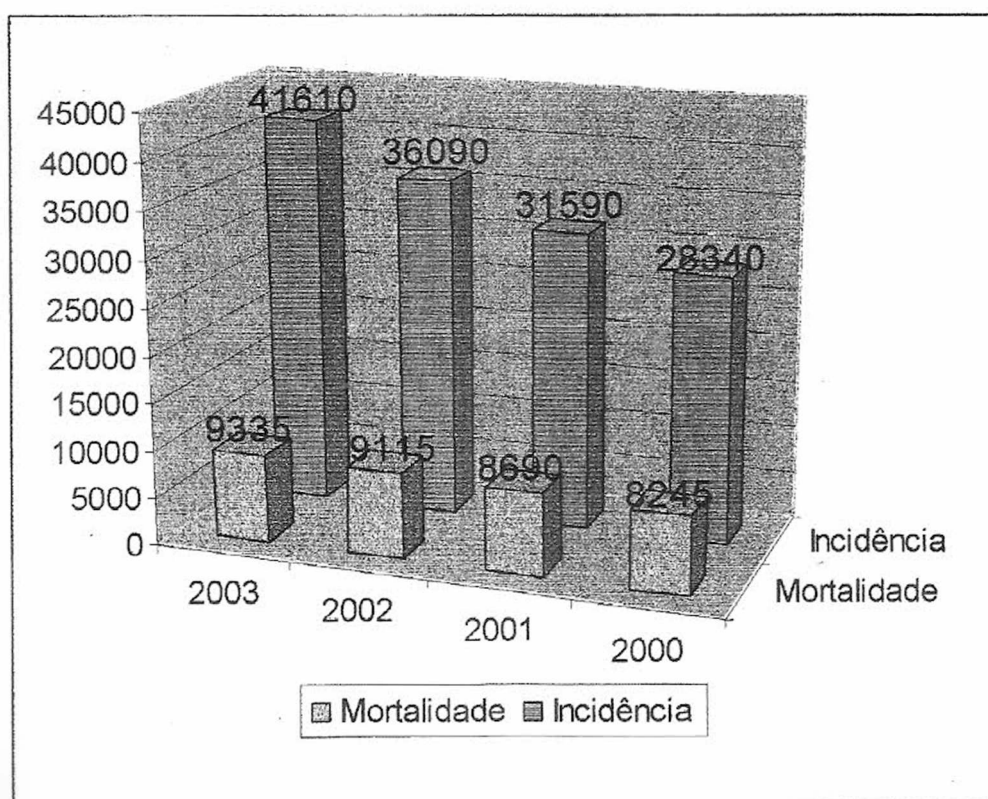


Gráfico 2- Estimativas de mortalidade e incidência do câncer de mama no Brasil de 2000 a 2003. INCA/MS



Em conformidade com o Gráfico 2 percebe-se que ao longo dos últimos quatro anos a estimativa de casos novos para o câncer de mama no Brasil se encontra crescente, assumindo um comportamento similar ao número de óbitos estimados em igual período (Linard e Rodrigues, 2004). Acredita-se que esse aumento dos números de óbitos e de casos novos esperados para o ano 2003, na população feminina possa ser decorrente de um maior aprimoramento do diagnóstico do câncer, e das mudanças no estilo de vida e na história reprodutiva das mulheres em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento. O que favorece mudanças na prevalência de fatores de risco já conhecidos para o câncer de mama (Paulinelli et al 2003).

No mundo, o câncer de mama, entre as mulheres, apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais incidente, assim como uma causa relevante de mortes por câncer (Parkin, Bray e Devesa, 2001).

Não existem medidas práticas específicas de prevenção primária do câncer de mama aplicáveis à população, embora estudos observacionais tenham sugerido que a implementação de medidas de prevenção do tabagismo, do alcoolismo, da obesidade e do sedentarismo venha reduzindo o risco de câncer de mama.

Avanços tecnológicos têm sido direcionados ao diagnóstico e tratamento precoces, no sentido de melhorar a sobrevida das pacientes. Estudos internacionais vêm mostrando um aumento global na sobrevida das mulheres com câncer de mama, principalmente para os casos em que esta doença se encontra em estágios clínicos iniciais (Brasil, 2003).

Segundo Parkin, Bray e Devesa (2001), na Europa, a sobrevida cumulativa é de 91% após 1 ano e de 65% após 5 anos; nos Estados Unidos, a sobrevida é de 96,8%, no 1º ano. Apesar de ser considerado como um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente,

as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estádios avançados.

Com base nos dados disponíveis de Registros Hospitalares do Brasil, 60% dos tumores de mama, em média, são diagnosticados em estágio III ou IV. Investimentos tecnológicos e em recursos humanos no âmbito de um programa estruturado para detecção precoce desta neoplasia, e a implementação de um sistema nacional de informações, constituem estratégias importantes no sentido de reverter este cenário.

- Detecção Precoce do Câncer de Mama

A detecção precoce ou *screening* significa fazer o diagnóstico do câncer no seu estágio pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado com a doença ou apresente alguma alteração ao exame físico realizado por um profissional da área da saúde.

Os exames e testes laboratoriais de imagem, utilizados na detecção precoce de um determinado tipo de câncer, não são suficientemente esclarecedores para o diagnóstico desse câncer, antes ou são úteis apenas para selecionarem as pessoas com suspeita de ter esse tipo de câncer, para que testes mais específicos sejam realizados e seja confirmada ou afastada tal suspeita. Geralmente, o teste confirmatório é uma biópsia ou exame de um determinado tecido do corpo (anátomo-patológico).

Vale lembrar que um teste para ser considerado de *screening* ou detecção precoce deve ter a capacidade de diagnosticar o câncer, antes que a pessoa desenvolva sintoma, oferecer pouco risco ou desconforto e ter um custo acessível. Os exemplos de teste são:

- Inspeção (ou exame visual) de alterações de textura e coloração da pele, mucosa oral, retina, mama e colo uterino é

um exemplo de como se podem buscar alterações sugestivas de uma lesão pré-maligna.

➤ A palpação também é particularmente útil, fácil de ser realizada e de baixo custo na detecção precoce de nódulos de mama, próstata aumentada ou linfonodos alterados.

➤ Existem outros métodos para a detecção precoce do câncer, que são testes de imagem como raio-X, ecografias ou testes laboratoriais, como testes de sangue e urina.

- Atuação da Enfermagem no Combate ao Câncer de Mama

Segundo sugerido em Smeltzer e Bare (2000), apresentamos a seguir, pontos ligados às questões do câncer, em especial, ao aspecto da prevenção, necessários de serem adotados pelo profissional de enfermagem:

1. Avaliar o próprio nível de conhecimento com relação à fisiopatologia da doença;
2. Identificar as pessoas com alto risco de desenvolvimento de câncer;
3. Participar de esforços de prevenção primária e secundária;
4. Avaliar as necessidades do paciente no que se refere aos cuidados de enfermagem;
5. Avaliar as necessidades de aprendizado, desejos e capacidades da pessoa;
6. Identificar os problemas de enfermagem apresentados pela pessoa e sua família;
7. Avaliar e alertar o paciente para as redes sociais de apoio a ele disponíveis;

8. Planejar intervenções apropriadas com a pessoa e sua família;
9. Ajudar a pessoa a identificar suas próprias forças e limitações;
10. Fortalecer na pessoa a noção de que o câncer é uma enfermidade crônica com exacerbações agudas, e não uma doença sinônima de sofrimento e morte;
11. Oferecer a cooperação para manutenção da saúde feminina, pelo cuidar em si e pelo trabalho de educador na saúde, na qual o enfermeiro se engaja no apoio à mulher e a sua família, em uma diversidade de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais;

Na ação cuidativa, um dos focos da assistência, na busca do diagnóstico precoce do câncer mamário, é a realização do Exame das Mamas, pelo enfermeiro, através da palpação minuciosa. Este exame deve estar incluído no exame físico geral, em pacientes do sexo feminino, (Smeltzer e Bare, 2000).

Daniel (1981) vincula as atividades de enfermagem a um plano terapêutico de assistência, o qual se pauta no método científico. É denominado *Plano Terapêutico de Enfermagem*. Entre seus elementos específicos, salienta-se a realização do Exame Físico, como uma de suas etapas. A autora cita, ainda, no detalhamento das observações e informações importantes no exame físico, a necessidade de avaliação dos seios e axilas.

Durante a realização do exame das mamas, o enfermeiro deve, terapeuticamente, comunicar-se com a paciente, aproveitando aquele momento ímpar para também educá-la quanto à importância da realização desse exame,

sua periodicidade, reavaliação, etc, lembrando-se sempre da importância de procurar ser convincente.

Assim, pois, o exame das mamas, como etapa do exame físico geral, deve ser incluído no atendimento das mulheres pelos enfermeiros, por sua importância no diagnóstico precoce da neoplasia da mama e por compor os métodos e técnicas de trabalho. Isto vai resultar na assistência de enfermagem completa e eficaz, em especial, quando se prestam cuidados às pacientes vinculadas a programas de saúde da mulher.

Ressaltamos que pela necessária realização do exame das mamas das pacientes, os profissionais enfermeiros devem buscar conhecimentos acerca da técnica, assim como alertar gestores e administradores para a necessidade de proporcionar e/ou facilitar oportunidades de treinamentos e atualizações para os profissionais, de modo a estarem aptos a prestar assistência com qualidade, reduzindo os transtornos ocasionados por um diagnóstico tardio.

É, igualmente, importante que recursos ambientais, materiais e equipamentos sejam disponibilizados de forma a favorecer a realização do exame clínico das mamas, de forma a oferecer um mínimo de conforto e de privacidade, bem como proporcionar as devidas condições técnicas de avaliação. Para este atendimento deve ser disponibilizado, pelo menos, uma sala com mesa, cadeiras e uma maca ou cama, roupas apropriadas para a paciente, mobiliário e um biombo. A presença de um espelho e materiais educativos complementa significativamente esse material.

O trabalho de educação em saúde, visando à detecção precoce da neoplasia da mama, constitui-se, conforme diversos autores, o foco chave da assistência de enfermagem no apoio à comunidade feminina.

Vargas e Scain reforçam que

a enfermeira é um profissional perfeitamente capacitado para desempenhar as funções de educação sanitária junto a grupos e à comunidade, quer pela natureza de seu trabalho, quer pelo tipo de formação profissional que ele receba (1983, p.39).

Faz parte da atividade de auxílio às pacientes, realizada pelo enfermeiro, contribuir para o aumento do conhecimento sobre saúde, doença, medicamentos e tratamentos específicos, adequados às necessidades individuais. Em conformidade com Atkinson e Murray (1989), o primeiro passo no sentido de ajudar pessoas a modificar seus comportamentos, deve ser uma mudança cognitiva, de modo a torná-las conhecedoras de seus problemas de saúde, bem como dos riscos que podem ser acarretados pelo desenvolvimento dos mesmos.

Smeltzer e Bare, (2000b) expõem que, ao adquirirem o conhecimento e as habilidades necessárias para educar a comunidade acerca dos comportamentos relacionados com a saúde, fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer e métodos de rastreamento e detecção, as enfermeiras têm um papel importante na prevenção do câncer.

Para detecção precoce do câncer mamário, é importante introduzir uma forma educativa de laborar, abrangendo o ensino do AEM, a orientação quanto ao controle dos fatores de risco e também a realização dos exames de rotina (Exame Clínico das Mamas e de Imagem), dentre outros pontos.

Lembra-se, ainda, que grande parte dos nódulos na mama são detectados pela própria mulher, de forma casual. A enfermagem deve exercer atividades educativas, de modo a sensibilizar a importância da auto-avaliação contínua, para que as mulheres possam adotar o AEM como rotina mensal.

Dessa forma, esta ação propicia uma busca sistematizada de modificações mamárias anormais, com detecção do câncer de mama em estágios iniciais de desenvolvimento. A assiduidade na realização deste auto-exame induz a mulher a um melhor conhecimento de suas mamas, facilitando a identificação prévia de alterações.

A atividade educativa e sensibilizadora, visando à manutenção da saúde, intrinsecamente ligada ao trabalho da enfermagem, cujos profissionais são, constantemente, considerados educadores em saúde, visto sua formação, disposição e dedicação a este tipo de atividade.

Chaves et al (1999), comentando o trabalho de enfermagem junto à comunidade feminina, afirmam que a primeira atividade do enfermeiro consiste em ensinar às mulheres a se auto-examinarem e buscarem anormalidades externas nas suas mamas. Atkinson e Murray (1989) confirmam, lembrando que, muitas vezes, é responsabilidade do enfermeiro ensinar às mulheres a técnica adequada do auto-exame das mamas e explicar-lhes a importância deste. Smeltzer e Bare (2000) apregoam, em sua obra, que o enfermeiro está em uma posição única para informar e educar todas as mulheres sobre os benefícios do AEM regular, assim como a importância de procurar imediatamente um médico quando são encontradas alterações.

Assim, cremos que o papel do ensino do auto-exame das mamas a todas as pacientes torna-se, indubitavelmente, relevante nos programas de saúde pública. Afinal, é onde o enfermeiro detém um espaço de trabalho que propicia esta educação, por executar assistência em diversos programas ligados à saúde da mulher, os quais possibilitam um acompanhamento periódico e desenvolvimento de atividades alternativas, tais como grupos, visitas, dentre outros.

Por outro lado, parece-nos indispensável que os enfermeiros devam atentar para o fato de que existe controvérsia entre o repasse de informações via campanhas publicitárias e aquele feito através do ensinamento individual. O primeiro meio arregimenta uma grande população de mulheres, porém, com abandono da técnica em índice muito significativo; já o ensino individual, mesmo não evidenciando resultados numéricos a curto prazo, é significativo pelo seu grau de persistência (Gomes, 1994). Ainda neste sentido, Smeltzer e Bare (2000), destacam a importância da iniciativa dos enfermeiros desenvolverem programas educativos e de aconselhamento, visando à orientação dos pacientes e das famílias com altas incidências de câncer.

Nesse sentido, uma contribuição fundamental dos enfermeiros no combate ao câncer de mama, centra-se em sua atividade educativa, ao salientarem a necessidade das mulheres realizarem os exames de rotina. Para isto, faz-se importante o conhecimento sobre as indicações e o calendário de realização.

O enfermeiro deve enfatizar, especialmente nas reuniões de orientação, a sensibilização da mulher sobre a importância de sua participação na prevenção do câncer e que ela pode ser facilitadora do diagnóstico precoce. Deve-se discutir sobre o câncer, elaborando, com as pacientes, conceitos não-estigmatizantes da doença e possibilidades de cura (Chaves et al, 1999).

Além disto, educando em saúde, será possível permitir a troca de experiências e saberes, transmitir apoio e conforto, desmitificar idéias e desfazer saberes incoerentes com a realidade, e, dentre outras realizações, criarem grupos com a finalidade de desenvolver integração e estimular as redes de apoio psicossocial.

Com isto, o sério problema do câncer de mama que assola a comunidade feminina, brasileira e mundial, pode, significativamente, ser

minimizado a partir do trabalho integrado e comprometido dos profissionais de enfermagem de saúde pública, que estão na ponta da cadeia de assistência intimamente relacionados com a população, e com as lideranças governamentais, responsáveis pela qualidade desses serviços à clientela feminina.

2.3 A Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee* e sua contextualização no estudo

A teoria de Joyce Travelbee (1979) enfatiza a relação terapêutica entre enfermeiro e cliente, por ocasião dos cuidados que reforçam a empatia e a simpatia, particularizando o aspecto emocional.

As pressuposições básicas da teoria envolvem os conceitos de: relação enfermeiro-cliente, pessoa, ser humano, paciente/cliente e interação enfermeiro-cliente. Explicitamos o teor dos conceitos a seguir:

Pressuposições básicas

- ☞ A relação enfermeiro/cliente é considerada a essência do propósito da enfermagem;
- ☞ Pessoa: o ser humano experiencia conflitos e faz escolhas conforme seu processo de conversão, evolução e mudanças;

* Joyce[®] Travelbee foi uma enfermeira assistencial da área de psiquiatria, além de docente e escritora. Nasceu em 1926, terminou seus estudos básicos de enfermagem na Escola do Hospital de Caridade em Nova Orleans. Obteve seu bacharelado em enfermagem na Universidade de Lousiana, em 1956, iniciando seu mestrado no mesmo ano, na Universidade de Yale. Em 1973 matriculou-se no curso de doutorado, na Flórida, mas veio a falecer de forma prematura e inesperada, no mesmo ano. Esta é uma razão que nos leva a encontrar poucos registros de artigos na literatura, utilizando a teoria. ⇨ Influências docentes e assistenciais para o desenvolvimento de sua teoria. Sua experiência durante a formação básica em enfermagem e seus primeiros trabalhos como assistencial em instituições católicas influenciaram sobremaneira na formulação de sua teoria. Travelbee considerava que os cuidados de enfermagem que se davam aos pacientes careciam de compaixão. Travelbee foi membro de várias escolas de enfermagem e teve influência de Ida Orlando, para escrever a teoria, ressalta-se que influencia também de Viktor Frankl. Em linhas gerais, Frankl (1992), é contemporâneo de Sigmund Freud, e criou a logoterapia que lida com o sentido concreto de situações concretas, nas quais se encontra uma pessoa, por sua vez, também concreta. Em conformidade com Marriner (1989), Ida Orlando trabalhou em sua teoria a relação recíproca entre paciente e enfermeira, pois ambos são afetados pelo que o outro diz e faz.

- ☞ Ser humano: indivíduo único e incomparável, ser unitemporal, neste mundo têm a capacidade de evoluir e mudar todo tempo;
- ☞ Paciente/cliente são, na realidade, seres humanos, que necessitam de cuidados, serviços e assistência de outros seres humanos;
- ☞ Interação enfermeiro-cliente significa qualquer contato entre enfermeiro e enfermo e se caracteriza por um elo em que ambos percebem o interlocutor, mesmo que de maneira estereotipada;

As definições dos pressupostos básicos clarificam alguns elementos necessários para o desenvolvimento de um relacionamento interpessoal de forma adequada. No desenvolvimento da ação do cuidar no processo de comunicação é necessário o entendimento e aplicação das definições, uma vez que trabalhamos com os componentes da teoria tendo em vista o aspecto do enfermeiro procurar sensibilizar mulheres para a realização do auto-exame mensal da mama.

A opção, portanto, em trabalhar com a Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee, deve-se ao fato de que nesta repousam pressuposições básicas que se alencam aos conceitos de: enfermagem (processo interpessoal que valoriza a comunicação verbal e não verbal, objetivando ajudar um indivíduo, família ou comunidade frente às experiências de enfermidade e sofrimento); enfermeiro (assume, com competência e responsabilidade profissional, tanto o papel de emissor como de receptor, em um mesmo processo comunicativo, devendo enviar mensagens que o paciente entenda); saúde (situação de perfeito bem-estar físico e mental e não apenas a ausência de doença, conforme Organização Mundial de Saúde); cliente (ser humano que requer assistência de outro humano que ele acredita ser capaz de ajudá-lo); comunicação (ato interativo do ser humano, significada pelo envio e recebimento de mensagens mediante símbolos, palavras-escritas ou faladas-

signos, gestos e outros meios não verbais); e problema de enfermagem na comunicação (inclui toda e qualquer falha ou distorção na comunicação entre enfermeiro e cliente-falência na escuta, falha na percepção) conforme Travelbee (1979), Marriner e Garcia (1989).

Enfatiza, ainda, os conceitos de foco, referentes à natureza interpessoal das relações pessoa a pessoa, buscando ajudar o indivíduo ou família a enfrentar e compreender a experiência da dor e do sofrimento, pelos quais passa; relacionamento enfermeiro-cliente, a experiência do encontro entre um indivíduo (cliente) que necessita dos serviços e um outro que procura ajudá-lo (o enfermeiro); terapêutica de enfermagem, toda intervenção de enfermagem e ação interativa no processo de comunicação, em que o enfermeiro procura ajudar o indivíduo ou família a aceitar e encontrar significado para sua experiência; ação interativa, a ação recíproca que ocorre entre enfermeiro-cliente na busca do estabelecimento de um padrão de comunicação que possibilite ajudar o cliente a resolver seu problema.

Quando se reporta à comunicação, entende-se como a capacidade humana para o estabelecimento de troca de informações e significados sobre o mundo e sobre si mesmo. Refere Matheus (2000), que a comunicação em enfermagem pode ser vista como uma competência que o enfermeiro deve desenvolver, uma vez que, é uma das ferramentas a ser utilizada para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional. Para tanto, conhecer a comunicação como processo, colabora para a qualidade dos relacionamentos que deverão ser estabelecidos nas relações de trabalho.

Categorizando como conceitos inter-relacionados, enfatiza Travelbee que o enfermeiro, para ser capaz de prestar uma assistência adequada ao paciente, deve, no desenvolvimento do processo de comunicação, utilizar-se de sua percepção. Entende-se, aqui, por percepção, o movimento interno de

uma pessoa para tomar consciência do mundo que a cerca, decifrando-o de acordo com suas experiências anteriores.

Assim, essa rede conceitual do processo de comunicação está subsidiada por um processo de interação ou relação pessoa-pessoa, enfermeiro-cliente divididos em 5 fases, a seguir identificadas, Travelbee (1979):

I. Fase do encontro inicial: é o primeiro contato entre o enfermeiro e o enfermo, quando se produzem as primeiras impressões;

II. Fase das identidades emergentes, quando os envolvidos no processo de comunicação expressam sua identidade pessoal, valores e seus significados;

III. Fase da empatia, que ocorre quando o profissional e o enfermo expressam o desejo de estabelecer um processo de cooperação mútua. O enfermeiro mostra-se capaz de interpretar corretamente o estado psicológico do outro;

IV. Fase da simpatia, momento em que o enfermeiro se coloca como apoiador, para ajudar à pessoa a enfrentar sua doença e tratamento;

V. Fase do *rapport* ou relação de afinidade, caracterizada por uma eclosão de emoção, receptividade e pensamentos relacionados ao que o indivíduo transmite e comunica ao outro.

O contexto conceitual e processual acima descrito permeou a busca de identificação durante os procedimentos de observação da consulta de enfermagem ginecológica, em particular no que se relacionava à ação interativa do cuidar, com enfoque na educação para a saúde sobre auto-exame da mama.

Conforme padrão de comunicação proposto por Travelbee (1979), dividido em cinco fases, detectamos como ponto central, dessa teoria a ação do relacionamento interpessoal que ocorre entre enfermeiro-cliente, em cada fase. Entendendo que adotando esse padrão de comunicação o enfermeiro realmente pode promover mudanças no comportamento da mulher. Para uma apresentação didática do mesmo, ilustramos em um diagrama esse padrão de relacionamento interativo a partir das seguintes fases:

Diagrama 2

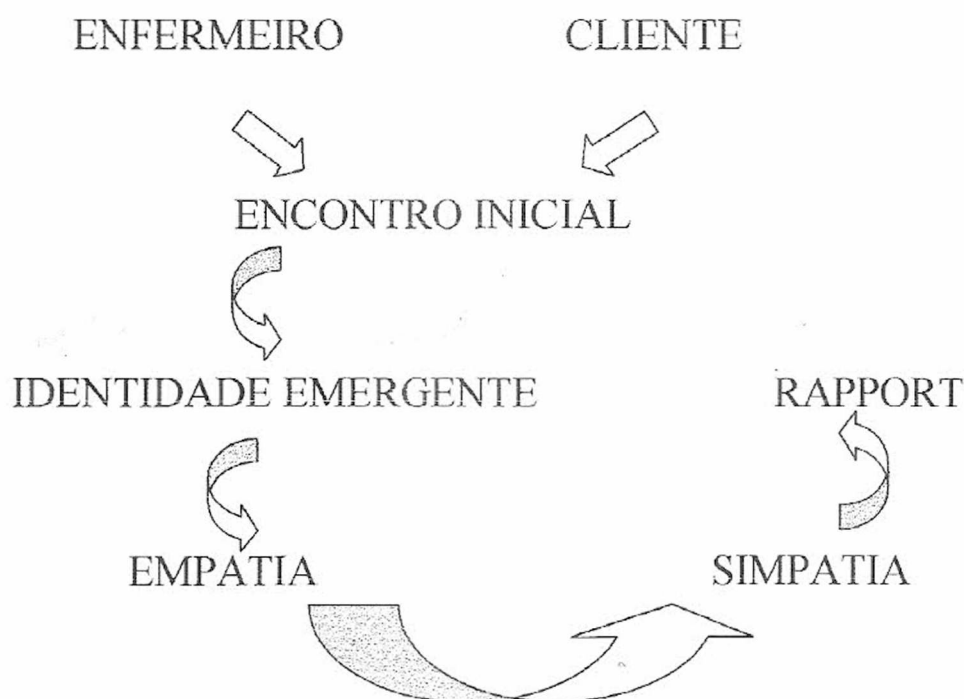


Diagrama 2- Padrão de Comunicação Interativa segundo Travelbee (1979)

No desenvolvimento do relacionamento interpessoal é necessário à utilização de recursos como os citados por Leopardi (1999): circuito ou método indireto, no qual o enfermeiro deve evitar confrontação direta, podendo usar parábolas ou o relato de experiências. Já no método direto, o profissional de saúde promove uma interação de ajuda, formulando questões pertinentes ou explicando, logicamente, a situação.

*P*ERCURSO METODOLÓGICO

3- PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo do estudo

Utilizamos, no estudo, uma abordagem qualitativa, visto ser esta mais apropriada à aproximação e ao vislumbrar da interação entre enfermeiro e cliente, durante o processo de comunicação ocorrido na consulta de enfermagem ginecológica. A respeito deste tipo de abordagem, Minayo (1996), esclarece que, na abordagem qualitativa, as hipóteses assumem mais um papel de guia e de referência no confronto com a realidade empírica. Corroborando Polit e Hungler (1995), ressaltam que esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos atores sociais. Buscamos, portanto, os aspectos do relacionamento interativo entre enfermeiro e cliente no encaminhamento, orientações e procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama, durante a assistência de enfermagem desenvolvida. O nosso olhar centrou-se nos conceitos de Travelbee (1979) e Stefanelli (1993) numa abordagem interativa.

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), sediado no município de Fortaleza-CE. É uma Unidade de Referência Estadual que, em seu plexo, desenvolve atendimento ambulatorial e hospitalar, especializado na prevenção e no tratamento do câncer ginecológico e de mama, planejamento familiar, e ainda em exames complementares e tratamentos terapêuticos especializados. Pode-se considerar a unidade como representativa de um celeiro de informações sobre o processo

de comunicação entre enfermeiro e cliente no momento da consulta de enfermagem.

3.3 Sujeitos

A população foi constituída por enfermeiras, que realizavam atendimento ginecológico no IPCC.

Quanto ao tamanho da amostra, Turato (2003) enfatiza que devemos ter em mente que para o pesquisador qualitativista não cabe raciocinar como um apriorista no sentido de já definir o número de sujeitos do campo escolhido. Caminhando na esteira desse pensamento, definimos o tamanho da amostra, ou seja, o número de enfermeiras para o estudo considerando os seguintes critérios de inclusão:

- 1-O enfermeiro deveria realizar consulta de enfermagem ginecológica no IPCC;
- 2-Aceitar voluntariamente participar do estudo;
- 3-Estar em atividade profissional durante o período da realização da pesquisa;
- 4- Durante o período de coleta de dados não estar de licença, férias ou desempenhando cargo de chefia;
- 5 – Ter disponibilidade para participar do estudo;

Aplicados esses critérios e considerando a saturação dos achados após a coleta dos dados com a quinta profissional, os sujeitos desta pesquisa constaram de 5 enfermeiras, quando inclusive havia chegado o momento, conforme cronograma previamente definido para darmos início à elaboração do relatório final da tese.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio, junho e julho de 2004. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação livre (Apêndice I). A opção pela observação livre como instrumento de coleta atribuiu-se ao fato de estarmos buscando perceber a essência do relacionamento interpessoal, desenvolvido pela enfermeira-cliente, na consulta, ou seja, a forma como ocorre, o diálogo que naturalmente emerge daquela circunstância, o que era registrado, através do gravador, conforme autorização obtida. Concomitante ou posteriormente realizavam-se questionamentos feitos às enfermeiras, focalizando a comunicação (Apêndice II), com a utilização de um diário de campo. Esse era utilizado inclusive para registrar elementos da relação interpessoal que não podiam ser captados pelo gravador.

Conforme Lakatos e Marconi (2001), a observação livre consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas. Deve atender a características que estabelecem um rigor necessário a pesquisa. O que na concepção de Beck, Gonzales e Leopardi (2001), refere-se à atenção, precisão, exatidão completa, ordem e sucessão dos fatos. São aspectos que o pesquisador deverá ter condições de deter e acompanhar, a fim de ter o conhecimento da situação e dos fatos, em sua globalidade e com fidedignidade.

Foram observados cinco enfermeiras cinco momentos de distintos relacionamentos interativos (RI) durante a consulta de enfermagem. A opção por observar 5 RIs de cada enfermeira teve em vista captar distintas situações de RI entre a enfermeira e mulheres em diferenciados ciclos de vida. Ao

mesmo tempo, se considerou que este número, nos garantiria saturação nas atitudes observadas entre enfermeira e cliente, durante a consulta.

Os RIs foram observados desde a entrada da enfermeira e de sua cliente na sala de atendimento e realizados registros no diário de campo, além da gravação, dos diálogos oriundos do relacionamento interativo durante as orientações sobre detecção precoce do câncer de mama; do exame clínico das mamas; da reação da cliente e da comunicação, incluindo, entre outros, a comunicação proxêmica e tacêsica. Após os atendimentos acontecidos em cada manhã ou tarde de atendimento indagávamos a cada enfermeira qual o seu conceito de comunicação.

3.5 Procedimentos prévios para entrada no campo

Inicialmente, foi encaminhado o projeto de tese à direção da unidade, para dar conhecimento de seu conteúdo e solicitar autorização para utilizar o IPCC como cenário de coleta de dados. Após obter autorização da direção, tendo em mãos o parecer do Comitê de Ética iniciaram-se o contato com as enfermeiras e convite para proceder a uma apresentação formal dos objetivos do estudo tendo em vista conseguir seu consentimento para concordar com nossa presença, por ocasião da consulta ginecológica.

3.6 Organização e apresentação dos dados

Tomando-se por fundamento os objetivos propostos, de posse das informações coletadas foi transcrito o conteúdo das observações dos vinte e cinco relacionamentos interativos (RIs) ocorridas entre enfermeira e cliente, centradas na detecção precoce do câncer de mama. Para organização e análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo referenciado por Bardin (1977), Rodrigues e Leopardi (1999). Iniciou-se uma leitura flutuante

dos RIs, procurando melhor assimilar o conteúdo dos diálogos. Na fase seguinte foram realizadas as operações de codificação dos RIs e extraídas as unidades de registro. A partir dessas os RIs foram classificaram-se de acordo com suas congruências ou divergências de significação. Conforme as unidades de registro oriundas dos diálogos foram estabelecidas cinco categorias assim denominadas:

- A comunicação como incentivo para a formação do hábito do auto-exame das mamas;
- Orientação da enfermeira direcionada ao bom êxito da comunicação entre médico e cliente;
- Cuidado e tecnologia no auto-exame das mamas;
- A presença de fatores de risco para o câncer de mama;
- A comunicação verbal enfermeira-cliente durante o auto-exame das mamas.

A apresentação dos dados e sua análise são iniciadas com a Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa, seguido do cenário físico do ambiente onde foram realizadas as consultas ginecológicas.

Com base nas cinco categorias supracitadas, as quais são apresentadas a partir de quadros demonstrativos, onde destacamos o diálogo observado entre enfermeira e cliente, durante o RI. Enfim, para manter o anonimato atribuímos, às enfermeiras, sujeitos da pesquisa, nomes de amazonas, assim denominadas: Selene, Melanipe, Eleutera, Crissa e Electra.

3.7 Aspectos éticos

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, buscando-se atender aos aspectos contidos na Resolução 196/96 do Código de Ética do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

Nesse sentido, foi necessário esclarecer as participantes acerca do estudo, seu objetivo, de forma a torná-las cientes do sigilo conferido às suas informações, e às suas identidades. A anuência de todas foi documentada pela assinatura de um termo de consentimento (Apêndice III), sendo que a participação das enfermeiras foi voluntária e, mesmo após terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento que desejassem.

*A*PRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, a partir da caracterização dos sujeitos da pesquisa, procede-se à apresentação do perfil de cada profissional, abordando aspectos que envolvem algumas particularidades profissionais de cada um deles.

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Cada ser humano é único e por sua singularidade apresenta diferentes maneiras de ser. Quando nos reportamos a profissionais de saúde, devemos considerar que cada enfermeira é legalmente e por formação, capacitada para realizar a consulta de enfermagem ginecológica. Entretanto é necessário considerar que a forma de comunicação e de operacionalização da consulta de cada enfermeira, pode ser diferente. A seguir, discorre-se um pouco, sobre cada uma, em particular a fim de distingui-la das demais.

- i. Selene é casada, tem 50 anos, 3 filhos, fez especialização e possui renda de 9 salários mínimos.
- ii. Melanipe é divorciada, tem 45 anos, 3 filhos, fez especialização e possui renda de 8 salários mínimos.
- iii. Eleutera é solteira, tem 42 anos, sem filhos, fez mestrado e possui renda de 10 salários mínimos.
- iv. Crissa é casada, tem 48 anos, 2 filhos, fez especialização e possui renda de 8 salários mínimos.
- v. Electra é casada, tem 45 anos, 3 filhos, fez especialização e possui renda de 8 salários mínimos.

Vemos, portanto, como perfil básico dessas enfermeiras, que suas idades estão na faixa de 40 a 50 anos e somente uma não tem filhos. Quanto a titulação acadêmica, todas têm, pelo menos, título de especialista, 1 tem o mestrado, o que nos mostra um razoável nível de maturidade profissional e

científica. Percebem, de 8 a 10 salários mínimos. Perfil esse que nos leva a considerá-las como profissionais de padrão condizente com realização de um competente atendimento à cliente em consulta ginecológica.

4.2 Cenário físico onde se realizaram as consultas de enfermagem

Na representação gráfica abaixo, mostramos, conforme nossa percepção e segundo registros do diário de campo, a disposição física, incluindo mobiliário do ambiente onde a enfermeira processava o atendimento da cliente em consulta ginecológica.

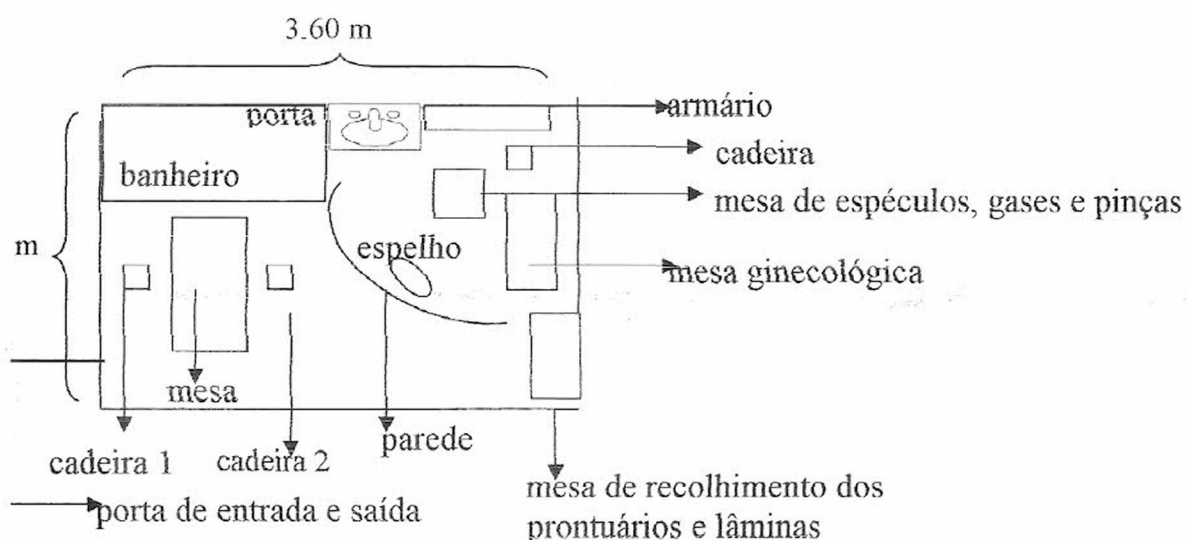


Diagrama 3 - Estrutura física da sala de atendimento à cliente*

É importante destacar que as salas onde acontecem as consultas de enfermagem ginecológica são, similares em relação ao espaço físico, distribuição dos móveis e posicionamento das enfermeiras durante o atendimento. O fluxo de atendimento acontece da seguinte forma: a cliente chega ao IPCC por volta das três ou quatro horas da madrugada, de maneira

* Diagrama elaborado por Linard (2005)

desconfortável aguarda numa fila o início dos trabalhos no SAME, que acontece por volta das seis e meia da manhã.

Nesse momento é aberto o prontuário, sendo então a cliente encaminhada à sala onde será atendida. Enquanto aguarda ser chamada, a cliente permanece sentada em banco próximo à porta do consultório, para o qual foi encaminhada.

A funcionária do SAME se dirige ao consultório e entrega a auxiliar de enfermagem os prontuários selecionados para serem atendidos pela enfermeira. De posse dos prontuários, a auxiliar de enfermagem inicia o preparo do material a ser usado durante o exame de prevenção, assim como os mapas de lâminas para serem preenchidos.

A enfermeira chama a primeira cliente, em seguida senta-se na cadeira que no diagrama acima está marcada como cadeira 1 e indica a cadeira 2 para a cliente se sentar. É iniciado pela enfermeira o inquérito ginecológico, levando em consideração as informações que já existam no prontuário e atual queixa da cliente. Durante esse processo, acontecem algumas interrupções por parte da auxiliar de enfermagem, que procura saber o nome da cliente, para adiantar a identificação da lâmina, assim como algum funcionário ou outra cliente também bate à porta, interrompendo a consulta, para algum esclarecimento ou para buscar informações.

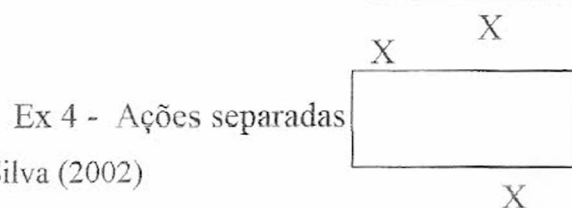
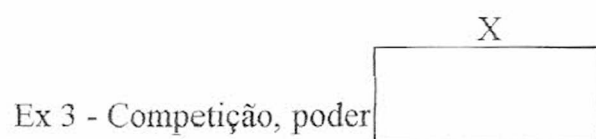
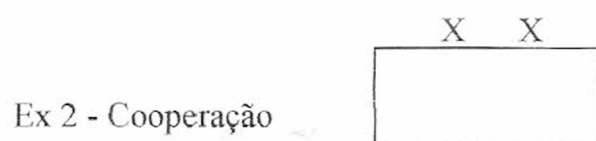
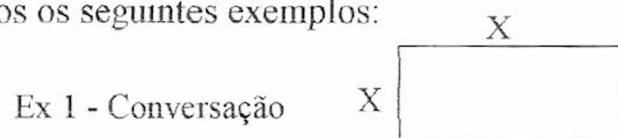
Finalizada a anamnese, a 1ª cliente é encaminhada ao banheiro, orientada a despir-se, vestir uma bata e aguardar ser chamada; enquanto isso, a enfermeira chama a próxima cliente e repete todo o procedimento de inquérito ginecológico. Feito isso, a segunda cliente aguarda sentada na cadeira, destacada no diagrama como cadeira 2, enquanto a enfermeira se dirige à mesa ginecológica e chama a cliente que havia ido ao banheiro trocar-se, para o exame clínico das mamas e colheita citológica. Nessa oportunidade,

a 2ª cliente é orientada a ir ao banheiro despir-se, vestir a bata e aguardar ser chamada. Concomitante, a enfermeira está realizando os exames na paciente 1 e anotando os achados no prontuário. Por ocasião do término dos exames, a cliente 1 levanta-se da mesa ginecológica e troca de lugar com a cliente 2 que havia ido ao banheiro.

Esta dinâmica de atendimento agregada ao volume de clientes atendidos (em média 16) de 07:30 as 11:00 ou de 13:30 as 17:00 diariamente na unidade por cada enfermeira e as interrupções que ocasionalmente acontecem durante a consulta, funcionam como elementos dificultadores para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal eficaz entre enfermeira e cliente.

O ambiente, a disposição dos móveis, como cadeira 1, cadeira 2 e mesa, também são elementos que exercem efeitos positivos ou negativos sobre as pessoas. Silva (2002) afirma que os ambientes formais provocam maior distância entre desconhecidos e maior proximidade entre conhecidos. Da mesma forma, a disposição da mobília pode demonstrar e afetar o relacionamento das pessoas.

Veamos os seguintes exemplos:



Fonte: Silva (2002)

No ex 1 vemos que um dos elementos está posicionado em um lado da mesa, enquanto o outro está no lado subsequente, facilitando o contato visual e por conseguinte a conversação.

No ex 2 temos as pessoas lado a lado na mesa, o que facilita a cooperação, mas reduz parte do contato visual.

No ex 3 ambos os elementos estão em lados opostos da mesa, o que já revela o sentimento de poder, no qual um pode sobressair em relação ao outro.

No ex 4 as pessoas estão diametralmente opostas, o que dificulta a agregação de ações.

Pelos exemplos de disposição da mobília, percebemos que o diagrama 4, que retrata a situação observada durante a pesquisa, enquadra-se no exemplo 3. Nesse o profissional senta-se em frente à cliente, tendo entre as duas pessoas a mesa, o que cria um ambiente competitivo. Silva (2002) ressalta que situar-se estrategicamente em relação à outra pessoa é um modo efetivo de obter sua colaboração. Na consulta de enfermagem ginecológica e principalmente no momento em que a enfermeira desenvolve as orientações sobre auto-exame das mamas a posição ocupada pelo profissional no espaço físico da sala de atendimento poderá favorecer o desenvolvimento de um relacionamento interativo produtivo no sentido de credibilidade na informação recebida e assimilação do conteúdo transmitido.

Para compreensão das categorias, diante dos achados, procuramos apresentá-las e analisá-las, conforme a explicitadas a seguir.

4.3 CATEGORIA Nº 1

A comunicação como incentivo para a formação do hábito do auto-exame das mamas

Na análise desta categoria destaca-se a efetividade potencial da prática do auto-exame das mamas (AEM), a partir da clara alusão a sua importância como requisito para o autocuidado no cotidiano feminino. Mediante o entendimento da mulher sobre a importância do AEM, isto é, do toque nos

seios orientado por método propedêutico, a ser realizado uma vez por mês após a menstruação e no início de cada mês em mulheres menopausadas, o profissional de saúde conjuga mais esforços no rastreamento do câncer de mama. A categoria destaca a comunicação verbal e não verbal, na qual devem emergir relacionamentos interativos entre enfermeira e cliente.

A presente categoria envolve um procedimento de grande importância denominado AEM, visto propiciar à mulher a oportunidade de conhecer mais detalhadamente sua glândula mamária e perceber, à palpação, com uma possível brevidade a casual existência de alguma alteração. Este procedimento e sua importância devem emergir, naturalmente, durante ou ao final de uma consulta clínica realizada pela enfermeira, que precisa ter em seu planejamento de consulta um momento reservado para a realização do exame clínico das mamas (ECM) e orientação sobre o AEM, durante sua conversa com a mulher.

Por outro lado o profissional pode organizar sua intervenção subdividida em alguns diferentes momentos, podendo ser os mesmos: enfatizar a importância do AEM, destacando a necessidade da cliente examinar o seio; esclarecer, com minúcias o período ideal do mês para a realização do mesmo; a tecnologia básica para o referido exame, ou seja, o posicionamento adequado das mãos direita e esquerda em relação ao posicionamento do corpo da mulher. O espaço físico da sala de exames onde o relacionamento interativo acontece estava dividido com a auxiliar de enfermagem e com a pesquisadora, que procuravam sempre evitar interferir na ação e conseqüentemente no processo de comunicação.

Na busca de compreender o “como acontecem” as atividades realizadas pela enfermeira durante a consulta ginecológica, considera-se que cada mulher a ser atendida é única, portanto cada um dos momentos interativos em

que se observa o ECM das mamas, mesmo que esses sigam protocolos de atendimento similares, era percebido por nós como singular, havendo formas diferenciadas de ocorrência dos diálogos.

A comunicação que comumente acontece no espaço interativo da consulta, por ocasião do exame ECM realizado pela enfermeira na cliente, é concomitante à operacionalização do procedimento de ECM. No que incluía a ênfase a importância do auto-exame e o período adequado para sua execução, que é no primeiro dia, após o término do período menstrual, quando a mulher ainda tem menstruação, e na primeira semana de cada mês, quando essa já não mais apresenta o sangramento menstrual mensal. Certamente devido à dinâmica corrida de atendimento pelo grande número de mulheres a serem atendidas, dezesseis em média, o profissional de saúde, estabelece uma conversa em tom neutro, com uso de frases curtas, o que, certamente, desencadeia, por parte da mulher também, respostas breves, muitas vezes emitidas através de gestos, como o balançar da cabeça ou o silêncio eloquente.

Observamos que o diálogo acontece após o levantamento das informações referentes à anamnese ginecológica e antes de ser feita a colheita citológica de material para a confecção da lâmina para o teste de prevenção do câncer de colo de uterino ou detecção precoce do mesmo. O seu contexto mostra que a enfermeira chama a atenção da cliente para os aspectos relativos à importância da operacionalização do auto-exame no domicílio, o segmento corporal que a mulher deve examinar, assim como detalhes da periodicidade dessa realização.

No quadro a seguir, vêm apresentados fragmentos extraídos dos diálogos estabelecidos entre profissional e cliente durante os Ris, cujas falas vieram denominar a categoria. Este quadro está organizado em duas colunas;

na primeira estão dispostos questionamentos e/ou comentários feitos pela enfermeira, e na 2ª coluna, a fala das clientes.

QUADRO N° 1

A comunicação como incentivo para a formação do hábito do auto-exame das mamas

Enfermeira	Cliente
<i>Examine a mama todo mês. Tu mesmo lá na tua casa. (RI n° 1)</i>	Responde afirmativamente balançando a cabeça.
<i>É importante a mulher examinar a mama todo mês. (RI n° 2)</i>	Silêncio.
<i>É importante examinar a mama depois que ficar boa da menstruação. (RI n° 3)</i>	Silêncio.
<i>Examinar os seios todo mês você mesmo lá na sua casa. Não tem mais regra então você procura um dia do mês para examinar. (RI n° 4)</i>	Certo!
<i>Examine o seio em pé, deitada, quando for tomar banho, essa região (mamária e axilar). (RI n° 5)</i>	Silêncio.
<i>O auto-exame de mama, é importantíssimo que ele seja feito mensalmente. (RI n° 6)</i>	Silêncio.

Identificamos pelo diálogo apresentado no quadro 1 a ênfase dada pela enfermeira na orientação do AEM a ser realizado mensalmente, apresentando como referência para o período a ser realizado o exame, a data da menstruação ou, na inexistência desta, o início de cada mês. Esta orientação tem por intenção, certamente estimular a cliente para a mudança de um comportamento ou confirmação de um comportamento já anteriormente adotado. É, portanto, importante, que a habilidade da cliente seja checada, pelo profissional, no sentido de obter o *feedback* para essa orientação, garantindo a efetividade de sua comunicação, verificando se ela está realmente sendo valorizada, a fim de buscar meios para aprimorar a forma de transmitir mensagens às mulheres. Silva (1989), afirma que o *feedback* consiste em solicitar e receber mensagens dos outros em termos verbais e não verbais, para conhecer o grau de impacto de sua comunicação com o outro. O *feedback* constitui uma técnica de comunicação que possibilita ao profissional aferir de forma imediata o quanto as orientações estão sendo absorvidas pela cliente e no caso de falhas na interpretação dessas orientações oportuniza complementá-las ou reforçá-las, procurando respeitar sempre o ritmo de aprendizado de cada indivíduo.

O espaço criado durante o ECM pode ser denominado e percebido de interativo, pois oportuniza o estabelecimento de um processo de interação, no qual o profissional pode desenhar um padrão de comunicação que, conforme Travelbee (1979), permita aos participantes conhecerem-se um ao outro, de maneira singular/única e assim se estabeleça uma relação de ajuda, ou seja, a enfermeira possa estabelecer um vínculo de confiança com a cliente, influenciando-a para uma mudança de comportamento que reflita na adesão e na prática do auto-exame das mamas.

Pensar a comunicação interativa como um meio de cuidado propicia ao profissional desenvolver uma prática assistencial voltada também para o

subjetivo, evitando a rigidez de objetividade, uma vez que a interpretação correta da mensagem, tanto por parte do profissional como do usuário é o passo inicial para um relacionamento de confiança mútua que resultará na solução dos problemas da paciente.

Entretanto, pôde-se observar o estabelecimento de uma comunicação que nos parece ser mecanizada e repetitiva, uma vez que se percebe terem sido priorizadas apenas as orientações e não também a certeza da compreensão das informações fornecidas às pacientes. É o caso, por exemplo, quando a enfermeira repete: *É importante examinar a mama. É importante a mulher examinar a mama.*

No contexto da comunicação enfermeira X cliente há evidências de uma forma de expressão, ao mesmo tempo fria, sintética sem envolver qualquer componente emocional.

O espaço institucionalizado, onde é processado o modelo de assistência à saúde recomendado pelo sistema único de saúde e adotado no País, ao longo das últimas décadas, reflete a política de atendimento preconizada pelo Ministério da Saúde a ser reproduzida pelos municípios. Consideramos, portanto, que o referido modelo político é um dos responsáveis pelo tipo de comunicação verbal que presenciamos durante a consulta, ou seja, uma comunicação mecanizada, já que se restringe apenas às questões ginecológicas presentes na ficha de atendimento e que necessariamente são consolidadas posteriormente, para efeitos quantitativos do número de atendimentos realizados em prevenção de câncer de colo de útero. É um modelo que privilegia as ações e não a pessoa reflete uma preocupação em cumprir a norma operacional básica de assistência à saúde (NOAS), deixando em segundo plano o “como” estas atividades, veiculadas durante o interagir,

estão direcionadas ao ser humano, a fim de que atinja um objetivo maior, o estabelecimento de uma comunicação interativa do profissional com a cliente.

Stefanelli (1993) considera que cada momento da comunicação é único e não se repete; por exemplo, a enfermeira que enfatiza a importância do auto-exame das mamas, há anos, com uma mesma cliente, nunca o faz da mesma forma, por mais que se esforce; há sempre condições diferentes, tais como o estado de humor, local, espaço físico, tom de voz e talvez o modo de perceber os sentimentos da cliente. Ao mesmo tempo em que concordamos com Stefanelli (1993) alertamos sobre o dever que tem o profissional de, inclusive, aproveitar o ensejo para fazer novos planejamentos, introduzindo itens a mais nessa orientação, ou reforçando algum que lhe pareça de importância fundamental para a compreensão de questões mais amplas sobre a mortalidade feminina no Brasil, ao longo dos últimos anos. A autora refere que a comunicação já não pode ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos da enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico, precisa ser considerada uma habilidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro, não importando sua área de atuação.

O profissional de saúde que busca o aprimoramento da qualidade do seu cuidado identifica a necessidade de lapidar sua competência interpessoal, na medida em que se permite vivenciar, continuamente o processo de relacionamento interativo. A competência interpessoal, de acordo com Moscovici (1985), deriva da *percepção* acurada da situação interpessoal, na qual o profissional se coloca no lugar do outro e detém a *habilidade* de resolver realmente os problemas, buscando vários ângulos da mesma situação. É importante que esse entenda que sua competência há de ser evidenciada segundo o resultado das orientações por ela fornecidas e que procure buscar essa performance, empenhando-se em aprimorar o resultado.

Pode-se observar, que a enfermeira enfatiza ser *importante examinar a mama todo mês*, entretanto ela não apresenta justificativas para esta informação, o que, poderá parecer a qualquer cliente mais perspicaz que, ou aquele profissional desconhece exatamente quais os motivos que justificam a necessidade da mulher examinar a mama todo mês, ou, por algum motivo, teme completar a informação. Pode-se até imaginar, nesse pormenor, algum possível preconceito ou mesmo postura que reforça o preconceito sobre o câncer, visto que a informação é fornecida de forma incompleta, temerosa, talvez.

É importante que, durante o diálogo interativo entre enfermeira e cliente, a mensagem transmitida a respeito do auto-exame, seja clara, objetiva precedida de detalhes sobre como fazê-lo, de forma a haver maior consistência. Entretanto, a nosso ver a mensagem percebida na interação ocorrida durante as consultas deixa a desejar, em termos de complementação quanto ao conteúdo dessa informação, a ausência do *feedback*, talvez, da forma como é compreendida pela cliente, associada à demonstração da habilidade para esta atividade, a operacionalização do AEM. Ao mesmo tempo, percebemos uma ausência de justificativas concretas sobre o porquê de o referido exame dever ser realizado; será que essa dúvida não pairará também na cabeça da mulher que recebe a orientação? Fica a dúvida se este aspecto teria alguma importância para a enfermeira. Em caso negativo, em que nível de concretude estará ela centrando sua atividade profissional?

Na verdade para quem trabalha em sistemas de atendimento à saúde, é importante considerar que uma comunicação adequada deve diminuir conflitos, reduzir mal-entendidos, ter um objetivo definido, *informar*, oferecer *feedback* adequado e captar informações (Silva, 2001). A atuação da enfermeira precisa ser capaz de subsidiar com maior consistência as informações verbais concernentes ao AEM, aprofundando, com propriedade,

a qualidade das informações e evitando deixar afirmações frágeis, como: *é importante a mulher examinar a mama todo mês*, com franca aparência de ausência de eloqüência, de confiança em algum propósito aí embutido.

4.4 CATEGORIA Nº 2

Orientação da enfermeira direcionada ao bom êxito da comunicação entre médico e cliente

A categoria ora descrita retrata o modelo de comunicação utilizado pela enfermeira à cliente, tendo em vista subsidiar uma comunicação eficaz entre a paciente e o profissional médico, no sentido de que a paciente possa ter sua solicitação de exame mamográfico atendida pela Unidade Ambulatorial, no que diz respeito a uma intercomunicação da cliente com o profissional médico. Vejamos o diálogo estabelecido entre enfermeira cliente, abaixo apresentado:

QUADRO Nº 2

Orientação da enfermeira direcionada ao bom êxito da comunicação entre médico e cliente

Enfermeira	Cliente
<i>No dia do resultado você peça (diz) "doutor eu nunca fiz uma chapa da mama". (RI nº 1)</i>	<i>Eu tinha vontade....</i>
<i>Doutor eu já estou com 46 anos nunca fiz um exame de mama, peça um pra mim. (RI nº 2)</i>	<i>Certo.</i>

Mediante o diálogo entre enfermeira x cliente as orientações acontecem no momento em que a enfermeira percebe que existe a necessidade real da cliente de realizar a mamografia. Essa necessidade é expressa pelo desejo da paciente e pelas características da história ginecológica. No contexto de funcionamento das consultas na unidade de saúde é comum a interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde derivando, portanto, a necessidade de explicar o protocolo utilizado para ser emitido pelo profissional médico, a solicitação de uma mamografia. Nesse sentido a comunicação do médico com a paciente deve acontecer sem ruídos ou falhas de compreensão, podendo-se perceber através das falas apresentadas no quadro, o cuidado por parte da enfermeira ao orientar como deve acontecer a solicitação verbal da paciente junto ao médico. A enfermeira utiliza aí a função de *informação* da comunicação que segundo Stefanelli (1993), consiste no envio de mensagens ao receptor, de acordo com a necessidade deste, conforme a percepção do emissor, dependendo de cada situação.

Portanto, impacta lembrar aos profissionais de saúde, que são pessoas determinantes no relacionamento interativo, que esses devem ser, agentes efetivos de transformação dos significados embutidos na linguagem verbal da mulher a respeito das experiências no cuidado ao longo de sua saúde mamária. Percebe-se que a informação oferecida pela enfermeira funciona como ferramenta no processo de autonomia da cliente, uma vez que, quanto melhor informada a cliente estiver, terá mais opções de escolhas para decidir sobre o que é melhor para si. Ainda nesse contexto, devemos considerar que as orientações para uma boa comunicação estão intimamente relacionadas com a otimização do aporte de serviços dos profissionais que a unidade ambulatorial coloca à disposição do usuário do SUS e em atendimento ao princípio de integralidade. Segundo a Constituição Federal (Brasil, 1991), integralidade é o *atendimento integral, com prioridade para as atividades*

preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais, o que possibilita a articulação, em diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde, a nível de promoção, proteção, recuperação, atividades preventivas e assistenciais.

Nessa esfera, também podemos entender uma dimensão da integralidade, expressa, exatamente, na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, por exemplo, na ocasião de uma consulta ginecológica, na qual a enfermeira escuta com atenção o relato de uma cliente a respeito de um nódulo encontrado. O momentâneo sofrimento que pode estar sendo expresso pela cliente no exemplo citado resultou de clientela da chamada demanda espontânea que teve espaço para acontecer dentro da oferta relativa das ações, ou procedimentos preventivos em uma unidade de saúde. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que podem estar menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criarem dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção ou detecção precoce do câncer de mama.

Por outro lado, a informação deve proporcionar às clientes a compreensão sobre o que o profissional está lhes propondo, e uma vez dispondo do conhecimento possam entender a *complexidade* do que possa estar lhes ocorrendo, propiciando, assim, um caminho questionador a respeito do atendimento que lhes é oferecido. É preciso reconhecer que a realidade atual impõe o desafio de visualizar a comunicação, não apenas como uma troca de mensagens sem efeitos, mas sim uma comunicação dialógica no sentido de incorporar o diálogo interativo como uma experiência única, na

qual a enfermeira busca ajudar o outro a resolver seus problemas a partir de relação recíproca de confiança.

4.5 CATEGORIA Nº 3

Cuidado e tecnologia no auto-exame das mamas

A categoria “cuidado e tecnologia no auto-exame das mamas” dá ênfase ao cuidar/cuidando que é a realização da atividade básica da enfermeira. No exercício dessa modalidade de sua atividade, cuidar/cuidando a enfermeira demonstra, através de palavras e gestos a cliente a técnica de realização do auto-exame das mamas. Sabe-se que esse cuidado é especialmente da maior importância, tanto para a mulher e sua família quanto para a sociedade, propriamente dita, uma vez que o AEM, com toda a naturalidade e simplicidade que o mesmo envolve é uma técnica que contribui sobremaneira para o rastreamento precoce de tumores de mama, haja vista já 90% dos cânceres de mama serem detectados pela própria mulher (Thuler, 2003). Estudos têm provado que ao praticar com maior frequência o auto-exame as mulheres aprendem, mais facilmente, a notar qualquer modificação nas mamas, de um mês para o outro, como também podem detectar tumores pequenos em um estágio clínico mais favorável ao tratamento da doença do que aquelas que nunca realizam essa prática (Davim et al, 2003). Consequentemente, a realização do AEM poderá contribuir significativamente para elevar o padrão de saúde em mulheres, repercutindo na saúde da população em geral. A ocorrência do câncer acarreta, via de regra, repercussões, não só para a saúde física, mas também para alguns aspectos familiares, psicológicos, sociais e econômicos, uma vez que o câncer de mama tornou-se um paradigma da doença maligna com todas as suas repercussões psicossociais (Fernandes, 1997). Revela-se, portanto, a

enfermeira, na relação interativa ao compartilhar conhecimento, sensibilidade, habilidade técnica e espiritualidade, elevando o outro e ajudando-o a crescer na obtenção de uma saúde mais integral. Sobre esses aspectos foram selecionados, para ilustrar essa categoria, fragmentos de diálogos entre enfermeiras e clientes, os quais, vêm a seguir apresentados no quadro nº 3 e posteriormente discutidos.

QUADRO N° 3

Cuidado e tecnologia no auto-exame das mamas

Enfermeira	Cliente
<i>A senhora vem com essa mãozinha direita e levanta o braço esquerdo acima da cabeça (RI nº 1)</i>	<i>Levanta assim?</i>
<i>Vem lá da axila, vem fazendo o contorno da região mesmo para sentir se tem alguma alteração. E no final a senhora faz uma leve expressão no mamilo para ver se existe alguma secreção (RI nº 2)</i>	<i>Hum-Hum.</i>
<i>Com a mão direita examina a mama esquerda e com a mão esquerda examina a mama direito (RI nº 3)</i>	<i>Silêncio.</i>
<i>Levante o braço e você começa a palpar aqui dessa região e faz o seio como se fosse um relógio (RI nº 4)</i>	<i>Silêncio.</i>

Vê-se pela fala extraída do diálogo (RI nº 1), que a enfermeira comunicou-se com a paciente utilizando termos bastante adequados, uma vez que mostram características, ao mesmo tempo respeitosos e carinhosos, e também, devidamente direcionados para o fim desejado, ou seja, ela explicita os movimentos que devem ser feitos tanto com a mão direita, como com o braço esquerdo, até que altura o braço deve ser elevado, descendo, portanto a pormenores quanto à realização do procedimento de cuidado com a saúde relacionada ao objetivo primário do AEM.

No mesmo contexto, a explicitação detalhada é necessária, a enfermeira deve, além de demonstrar as etapas propedêuticas do auto-exame das mamas para as usuárias do sistema único de saúde (SUS), direcionar esforços no sentido de encaminhar informações de forma que sejam devidamente acolhidas pela paciente e obtenha a necessária assimilação. Será, provavelmente, a partir da forma como a mensagem for passada ao interlocutor que este certamente irá realizar o que estiver explícito em seu conteúdo, havendo o acolhimento favorável da informação, associado tanto com a terminologia adotada, quanto com a clarificação dos termos utilizados pelo profissional, o que poderá garantir o entendimento da mensagem.

Para tanto é necessário que a comunicação verbal seja facilitada pela utilização de uma linguagem acessível, evitando-se o uso de jargões e de termos técnicos, nem sempre compreensíveis à pessoa com quem se fala, assim, certamente irá obter a ressonância desejada. Esses fatores poderão facilitar a comunicação, especialmente para que aconteça uma efetiva compreensão da mensagem. É importante que as palavras usadas, sejam claras, de fácil compreensão e tenham significado comum, levando em conta também, o repertório e vocabulário do outro, assim como o grau de escolaridade, para ser reconhecido por ele, tendo em consideração também, expectativas e crenças, (Silva, 2002). Considerados esses aspectos, amplia-se

a chance de êxito da enfermeira em alcançar uma sólida adesão das usuárias do serviço ao hábito de realizar mensalmente o AEM em domicílio.

É nessa perspectiva que a ação da profissional enfermeira pode alcançar, inclusive, os diferentes saberes, histórias, modos de ser e de viver, visto estar ela própria inserida no mesmo contexto cultural, social, histórico e político, salvo algumas variações, às quais poderão estar inseridas pessoas com as quais lida no cotidiano de sua prática profissional.

Deste modo, deverá ela, então, tomar em consideração esses aspectos tendo em vista caminhar no sentido de construir uma linguagem ao alcance da cliente, a fim de manter com a mesma uma comunicação de fato, e poder motivá-la a intensificar esforços no aprendizado da técnica correta de detecção precoce da ocorrência de possíveis nódulos mamários, através das técnicas de inspeção, palpação e expressão mamária.

Dentre os achados viu-se, pelo diálogo acima apresentado, que a técnica do AEM foi, com muita simplicidade e propriedade, apresentada pela enfermeira à cliente sob seus cuidados e orientações. A continuidade desse processo interativo influenciará, certamente, a população feminina, conclamando-a a uma mudança comportamental, baseada na adoção de um hábito simples, sem custos financeiros e que apresenta resultados positivos. Visto, no entanto, ser necessário que passe a constituir um novo hábito e crença, que privilegie também a geração que, acaso não tenha assimilado esse ensinamento a partir de avó ou de mãe para filha.

As pesquisas indicam impacto significativo do AEM na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas.

Isso tem diminuído a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida (Monteiro et al, 2003). Referidos aspectos vêm influenciando também no tratamento subsequente, cujo esquema indicado produz menor sofrimento para a mulher, visto o menor teor de toxicidade.

A demonstração prática do AEM para a paciente, sempre que necessário deve, contar inclusive com o auxílio de recursos audiovisuais, os quais contextualizam mais objetivamente a tecnologia específica, enriquecendo e tornando mais agradável, aos olhos da cliente a dinâmica de demonstração, menos cansativa. Dessa forma poderá ser melhor propiciada a motivação e conseqüentemente a adesão ao hábito e a posterior solicitação de *feedback* dessa técnica. Linard, Machado e Macedo (2003) enfatizam que a técnica do AEM, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida da mulher e funcionar como importante meio para auxiliar o diagnóstico precoce do câncer de mama. Este recurso de detecção do nódulo mamário pode ser realizado continuamente nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), por ocasião da consulta de prevenção, associada a palestras e a oficinas, para a discussão do tema.

Outro aspecto relevante reside no fato de que apenas transmitir/divulgar a informação não é suficiente para a mudança de comportamento, já que a prática do AEM depende da decisão da cliente, a partir da compreensão e interpretação que tem da possibilidade de detecção e de sua responsabilidade pela própria saúde. Entendemos que os profissionais detêm um papel importante neste processo, devendo atuar junto à clientela, no que concerne a realização mensal do AEM, prevenção anual e orientação para a procura de um profissional de saúde, caso seja identificado alguma anormalidade. O que consideramos ser responsabilidade tanto do poder público quanto da sociedade no que se inclui o compromisso com a divulgação e prática do

AEM, visando o controle dessa patologia que atinge a população feminina. (Linard et al, 2002).

O estudo de Monteiro et al (2003), realizado com 505 mulheres entrevistadas, revelou que a quase totalidade das entrevistadas (96,0%), conheciam o AEM, contudo menos de um terço dessas o realizavam corretamente. Dentre as que não o realizavam (114), o principal motivo era o desconhecimento da técnica, (55 mulheres), representando 48,2% do total.

Thuler (2003) destaca que é essencial educar a população e os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer, contribuindo para sua detecção, em estágios menos avançados e aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado.

Por esses e outros aspectos, como pesquisadoras na temática lembramos que a detecção precoce do câncer de mama por meio do ensino do auto-exame é de responsabilidade de todos os que assistem clientes do sexo feminino, e não apenas daqueles que atuam em programas específicos para esse fim. É necessário que os profissionais da saúde e pesquisadores estejam empenhados nesse exercício, a fim de realmente contribuir sempre mais para a efetiva e correta prática da técnica do AEM pela população feminina.

4.6 CATEGORIA Nº 4

A presença de fatores de risco para o câncer de mama

Nesta categoria reportamo-nos ao momento do relacionamento interativo no qual o diálogo enfermeira X cliente refere-se aos fatores de riscos que favorecem o surgimento do câncer de mama. Devendo esses fatores de riscos ser percebidos e entendidos como elementos rastreadores de um futuro nódulo, que poderá ser tratado em tempo hábil. Tais ações conjugadas

às atuações dos demais profissionais poderão focalizar a redução da mortalidade por esse tipo de neoplasia.

QUADRO N° 4

A presença de fatores de risco para o câncer de mama

Enfermeira	Cliente
<i>Você tem câncer de mama na família ai é que tem que ter cuidado. (RI n° 1)</i>	<i>Certo.</i>
<i>Evitar cigarro, café e refrigerantes reduz as alterações funcionais benignas da mama. (RI n° 2)</i>	<i>Silêncio.</i>
<i>É tão raro uma mulher que venha a esse serviço e não tenha filhos. (RI n°3)</i>	<i>Não, eu não tenho filhos e até gostaria de pesquisar para saber o motivo.</i>
<i>Onde é o câncer da irmã? (RI n° 4)</i>	<i>É no útero, mas ela já foi operada.</i>

Os fatores de risco são, rotineiramente, questionados pela enfermeira durante a anamnese e é então que se abre uma oportunidade de estabelecer um diálogo interativo de cunho educativo, tornando possível esclarecer dúvidas e proporcionar uma porta de comunicação de mão dupla para o relacionamento interativo atual e os subseqüentes. É importante que o profissional de saúde, nessa ocasião, retire sua máscara branca, mostre-se aberto a conversas, receptivo às indagações e torne aquele um espaço de aprendizagem. Silva (2001), afirma que é fundamental insistirmos nas interações, fazermos aquilo que ensinarmos, aquilo que considerarmos importante, compartilharmos as informações que consideramos fundamentais praticar, aperfeiçoar nossas qualidades e habilidades, tanto profissionais como humanas.

Indagações ou afirmações feitas pela enfermeira tais como as que se seguem, propõem uma comunicação verbal interativa que se bem sucedida poderá não assustar a paciente, mas sim alertá-la para a necessidade de cuidado consigo e motivá-la ao retorno à unidade de saúde, se acontecer de encontrar ou perceber algo de diferente na glândula mamária: *Você tem câncer de mama na família? Onde é o câncer da irmã?*

A cada nova consulta a enfermeira poderá se deparar com um novo contexto de vida, quando poderá abrir mais uma oportunidade para o exercício, com responsabilidade, ética e respeito ao próximo, do cuidado de enfermagem interativo.

4.7 CATEGORIA Nº 5

A Comunicação verbal enfermeira-cliente durante o auto-exame das mamas

Essa categoria, assim como as demais, emerge de falas captadas durante os diálogos em relações interativas observadas pelas pesquisadoras nos diversos momentos de conversação, durante o trabalho de campo. Refere-se à comunicação verbal entre enfermeira e cliente, o contexto em que ocorre esta comunicação e do seu conteúdo é fator da maior importância no que tange ao sucesso desejado para uma determinada situação interativa, em particular, quando a mesma tem caráter clínico-terapêutico, como é o caso, em uma consulta de enfermagem.

Assim, pois, ao apresentar e discutir essa categoria pretendemos trazer à tona aspectos que podem contribuir para o aperfeiçoamento da tecnologia de comunicação por ocasião de uma consulta de enfermagem. Podendo, ao mesmo tempo mostrar possíveis dissonâncias, passíveis de correção, existentes no processo de comunicação enfermeira-cliente, e assim contribuir

para que, cada vez mais o profissional possa aprimorar-se no sentido de melhor lidar com a questão do processo comunicativo, em situação clínica.

Conforme seu conteúdo pode-se perceber que são da maior significação, tanto para quem clama por orientação – a cliente, como para quem aspira em obter êxito e ressonância naquilo que comunica – no caso, a enfermeira.

Destacamos a seguir, fragmentos dos diálogos, que vêm caracterizar e portanto compor a presente categoria, com conseqüentes comentários.

QUADRO N° 5

A Comunicação verbal enfermeira-cliente durante o auto-exame das mamas

Enfermeira	Cliente
<i>Já fez mamografia alguma vez? (RI nº 1)</i>	<i>Não.</i>
<i>O seu último exame de prevenção está com quanto tempo? (RI nº 2)</i>	<i>Agora em maio fez um ano. Eu faço com Dr Ricardo na prevenção.</i>
<i>O que é que a senhora está sentindo hoje? (RI nº 3)</i>	<i>Eu quero fazer a prevenção, porque esse exame da prevenção do seio eu já fiz, mas diferente do que faz agora que põem a máquina que aperta o peito. Esse eu ainda não fiz.</i>
<i>Já te orientaram como se deve fazer o auto-exame das</i>	<i>Uma vez só, mas eu nunca fiz.</i>

mamas? (RI nº 4)

Você está examinando o seio Examino.

em casa, fazendo o auto- Não, nunca fiz.

exame? (RI nº 5)

Às vezes.

Sempre eu faço isso (o auto-exame) e não noto nenhum caroço.

Não! Eu fiz a última vez em dezembro.

Todo o mês?

De vez em quando eu faço.

Os fragmentos de diálogos mostrados no quadro nº5, conforme se pode identificar, apresentam uma forma de comunicação verbal estanque, direcionada ao procedimento e a inquisição de ordem ginecológica, relacionados, exclusivamente, à operacionalização da consulta, não há evidências de empenho em dar uma continuidade, em envolver psicologicamente a cliente, não procuram motivá-la a uma sintonia com o emissor da mensagem. O uso indiscriminado de perguntas pode induzir a cliente a ter a idéia de que seu papel é passivo, de que só lhe caberia responder ao que lhe fosse questionado pela enfermeira e que caso esta não lhe coloque perguntas, deverá ficar calada.

Stefanelli (1993) considera comunicação verbal à linguagem escrita e falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicar. Potter e Perry (1999) ressaltam que comunicação verbal envolve palavras ou símbolos usados para expressar idéias ou sentimentos, incitar respostas ou descrever inferências. Conforme Silva (2002), a comunicação verbal é aquela associada às palavras, por meio da linguagem escrita ou falada. Face a tais definições

elaboramos um conceito de comunicação verbal que se desdobra como um processo interativo de troca de mensagens verbais entre enfermeira (receptor) e paciente (emissor) com objetivo de ajuda mútua, ou seja: acatar uma orientação e ser compreendido no que orienta.

Cita a autora acima que, ao início de um relacionamento interativo enfermeira-cliente, deve-se evitar interrogações diretas, frases começadas por: “por que” e “como”. Estas expressões no início das frases, tornam a pergunta agressiva, podem levar a paciente a sentir-se interrogada. Recomenda o uso de técnicas como: “ouvir reflexivamente”, isto é, procurar estimular a paciente a descrever sua situação e experiências. Ao considerar a interação como um processo, devemos trabalhar conforme os diferentes momentos do mesmo. Travelbee (1979) sugere que esse processo pode ser dividido nas seguintes fases: encontro inicial, identidades emergentes, empatia, simpatia e *rapport*. No encontro inicial acontece o primeiro contato entre a enfermeira e a cliente. As identidades emergentes envolvidas no processo de comunicação expressam sua identidade pessoal, valores e seus significados, a empatia ocorre quando ambas expressam o desejo de estabelecer um processo de ajuda mútua, em seguida tem-se a simpatia onde a enfermeira se coloca como apoiadora, para ajudar a cliente a enfrentar a situação e a última fase é o *rapport* caracterizados pela eclosão de pensamentos relacionados ao que uma pessoa transmite e comunica à outra.

Assim, os momentos interativos de Travelbee, quando adequadamente utilizados durante a consulta poderão estar conjugados a determinadas técnicas de comunicação, tais como: ouvir reflexivamente, solicitar à cliente que esclareça termos comuns, repetir a mensagem da paciente e sumarizar o conteúdo da interação, a fim de que a comunicação torne-se terapêutica e, dessa forma, atinja o objetivo desejado nessa comunicação. É necessário perceber o momento certo de questionar a paciente, para que envolvida por

uma sintonia da interação, possa então, falar espontaneamente sobre seus problemas.

Os profissionais de saúde têm o hábito de fazer muitas perguntas aos pacientes quando desejam obter dados que revelem problemas, como é o caso dos que a mulher vivencia em seu processo de vida. Entretanto, respostas obtidas de perguntas indiretas ou mais sutis poderão carrear dados mais consistentes e úteis que aqueles oriundos de perguntas muito objetivas. Mesmo sendo importante do ponto de vista clínico, a informação coletada a partir desse tipo de questionamento, essa poderá servir apenas quando se deseja material para preenchimento de longos formulários técnicos, não contribuindo para a construção de uma relação de confiança entre paciente e profissional, e nem como forma ou intuito de obtenção de dados.

Portanto, é necessário que os profissionais procurem ampliar a compreensão para a importância *do uso* da comunicação *não* diretiva, no âmbito da busca do contexto de vida ora sinalizada, quer seja de forma verbal ou não verbal, pela cliente, no momento da relação interativa, durante a consulta.

Retomando os objetivos do estudo apresentamos em forma de diagrama os fatores que podem influenciar na ação interativa do processo de comunicação enfermeiro-cliente.



Ao longo do estudo identificamos que os elementos: espaço físico, tempo de cada consulta, feedback da informação, terminologia utilizada no diálogo e o saber ouvir funcionam como fatores influenciadores do caminhar da ação interativa. Nas falas apresentadas em cada categoria e na descrição do cenário das consultas as variáveis influenciadoras se apresentam em maior ou menor dimensão, revelando que existe uma diferença na qualidade das informações captadas pela paciente quando se disponibiliza uma escuta atenta por parte do profissional, dissociada de termos técnicos imersos no universo de compreensão cognitiva da paciente.

Outro aspecto importante é a duração da consulta que deve acontecer em um espaço de tempo adequado para oportunizar o estabelecimento de um elo de confiança, necessário á motivação, capaz de impulsionar a uma mudança de comportamento.

No que tange ao feedback da informação percebemos que existe uma lacuna nas consultas o que vem a fragilizar a resolutividade do atendimento, uma vez que, deixa em aberto o processo de validação da informação recebida pela paciente e leva ao risco de ficar no esquecimento coletivo.

Reportando-nos ao espaço físico é clara a inexistência de relação entre privacidade de cada paciente e dimensões físicas da sala de atendimento (incluindo banheiro e mesa ginecológica), ou seja, quanto menor as dimensões da sala menor será o espaço destinado à passagem das pessoas dentro da sala. Nessa linha de raciocínio poderá haver momentos em que a paciente sentindo-se inibida não revele seus anseios de ordem ginecológica.

A fim de estabelecermos um confronto entre posicionamentos observados nas enfermeiras e conceitos que estas têm sobre comunicação lhes questionamos a esse respeito e obtivemos os seguintes resultados apresentados no Quadro a seguir:

QUADRO N.º. 6

**CONCEITOS DE COMUNICAÇÃO SEGUNDO O
ENTENDIMENTO DE CADA ENFERMEIRA**

QUESTÃO	RESPOSTAS
Para você o que é Comunicação?	<p><i>É o elo de ligação com o paciente, troca de informações importantes, pois o paciente pode perguntar tudo, devemos escutar, conversar (Selene).</i></p> <p><i>A comunicação é uma disponibilidade para estar com o outro, compreender e participar (Melanipe).</i></p> <p><i>É a maneira como você se expressa, se comunica e tenta passar alguma informação para as pessoas (Eleutera).</i></p> <p><i>É você se fazer entender. Se alguém entender o que você disse você se comunica bem (Crissa).</i></p>

A comunicação para Selene, Melanipe, Eleutera e Crissa denota o entendimento ao estar com o outro, a forma da comunicação, a disponibilidade, o escutar e conversar. Nessas falas identificamos o resgate de elementos fundamentais da comunicação que devem estar presentes no espaço do consultório por ocasião das consultas.

Considerando a paciente como a razão do cuidado da enfermagem, se não procurarmos ouvi-la com sabedoria, pode-se perder a oportunidade de atingir-se o objetivo de ajudá-la, tendo em vista os objetivos da interação anteriormente estabelecidos, e ao mesmo tempo obter-se êxito no processo de comunicação estabelecido pelo profissional. Por isso, é necessário desenvolver-se a habilidade de fazer-se uso de perguntas abertas, explorando as respostas decorrentes das mesmas. Atuando nesta linha a enfermeira inicialmente poderá deter uma falsa impressão de perda de tempo ao usar perguntas abertas, no entanto é somente uma questão de treinar a habilidade

no uso dessa tecnologia e logo poderá ver os resultados daí decorrentes. Ao dialogar com a cliente, os profissionais da saúde têm o hábito de oferecer informações com base no que “pensam” ter percebido e entendido do problema, muitas vezes, até impedindo que a cliente continue o seu discurso, seja por intimidação ao ser interrompida, ficando desanimadas, desistindo de continuar a falar já que o profissional não se empenha nesse incentivo. Muitas vezes, determinadas colocações dos profissionais diante de um “suposto” problema da cliente, podem inclusive ser desnecessárias, pois não condizem com a realidade imaginada pelo profissional, visto que não ajuda no real problema existente. Com isso, a cliente desanima, pois percebe que não teve oportunidade de ser ouvida e talvez nem compreendida.

Para Silva (2002), quando se faz uma pergunta, deve-se esperar para ouvir a resposta e não oferecer logo em seguida uma alternativa de resposta. Muitas vezes, interrompe-se a resposta do outro porque se pensa já ter entendido todo seu raciocínio, quando nem sempre isso é verdadeiro. Dessa forma, estar-se-á inibindo a expressão da pessoa e perdendo a oportunidade de ouvir relatos, muitas vezes de grande importância. Deixa-se de exercer uma necessária e benéfica influência sobre o comportamento da mulher, a curto, médio e longo prazo. O que poderia ter resultado em tomada de decisões no que se refere à adoção da prática do auto-exame das mamas, como hábito rotineiro e mensal, ação essa da maior importância para o ser mulher e para o aperfeiçoamento do processo tecnológico, enquanto AEM e, para a sociedade como um todo.

C

ONSIDERAÇÕES FINAIS

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O RI entre enfermeira e cliente é um fator preponderante para o êxito do exercício do cuidado de enfermagem. Através do estabelecimento de uma comunicação com credibilidade por parte dos profissionais de saúde poderemos estar contribuindo para a redução dos índices de mortalidade por câncer de mama.

Através deste estudo procurou-se mostrar que a variável espaço físico onde se desenvolve o processo interativo da consulta de enfermagem ginecológica, influencia sobremaneira no ato da consulta em si, pois a maior ou menor privacidade poderá ou não facilitar o entendimento das informações pertinentes ao AEM.

Viu-se também, a evidente necessidade dos enfermeiros utilizarem, com maior freqüência as técnicas de comunicação divididas nos grupos expressão, clarificação e validação e, à medida que as utilizam buscarem aprimorar a forma de realizar a decodificação das informações no intuito de se fazer entender.

Ainda com relação às técnicas de comunicação, verificamos que a validação na ação interativa não foi utilizada em nenhum momento, constituindo uma lacuna que deve ser preenchida, uma vez que pedir à cliente para repetir as orientações recebidas e o enfermeiro sumarizar a interação propiciará, a curto prazo, a adesão feminina aos hábitos de cuidado com o corpo.

A comunicação acontece por meio de palavras, gestos, olhares e postura do profissional. Esses elementos, agregados ao ato de interação da cliente com o enfermeiro oferecerá maiores chances de estabelecimento de uma relação de confiança, na qual a paciente possa se sentir à vontade para expressar as dúvidas que perduram em seus pensamentos.

Percebe-se que a ação interativa entre enfermeiro e cliente vem acontecendo com alguns diálogos estanques direcionados especificamente para a queixa da paciente, deixando de lado aspectos psicológicos que se reportem ao estado emocional que podem influenciar sobremaneira na compreensão das orientações de enfermagem.

Os termos utilizados pelos enfermeiros nas interações devem ser propícios à medida que se utiliza uma linguagem acessível, não se voltando para o uso de jargões e nem tão pouco utilizando termos técnicos excessivos ou que sejam deslocados de uma decodificação acessível ao nível de interpretação da paciente.

Por ocasião das interações, percebemos a técnica de autocuidado devidamente utilizada pela enfermeira, quando ensina e demonstra na própria cliente a forma correta de realizar o AEM. No uso do toque instrumental ora realizado, o profissional utiliza a comunicação não verbal para motivar um processo de aprendizagem que deve ser contínuo e estar presente a cada nova consulta realizada.

Ressaltamos que a atual política de saúde (SUS), não privilegia estratégias adequadas de comunicação conforme enfatizadas neste estudo, devido a rigidez na definição de tempo para cada consulta. Dessa forma, é necessário mais e mais descobrir-se estratégias, a partir de idéias criativas e com fundo científico.

A adoção do hábito mensal do AEM pela mulher que se submete à consulta ginecológica carece ainda de uma forte colaboração das políticas de saúde e de promoção social, associada a um maior empenho e conscientização do próprio profissional enfermeiro. Assim, pois, conforme definida nesta Tese, a ação interativa estabelecida entre enfermeira-cliente e o favorecimento de uma relação de confiança que possibilite uma comunicação congruente

com as orientações de enfermagem a fim de garantir ensinamento eficaz, carece ainda de ser trabalhada de forma mais determinada e contar com a colaboração das políticas públicas e ações sociais.

As divergências e desencontros observados no cotidiano, no mundo dos relacionamentos interpessoais, revelam o quanto a comunicação é um elemento fundamental para que a humanidade possa caminhar de forma harmoniosa, fazendo-se necessário abraçar o desafio de aprimorar o relacionamento interativo, no cotidiano das atividades ocupacionais e profissionais.

O estudo apresentado constitui uma contribuição para o entendimento do processo de comunicação em toda sua complexidade e importância, conclamando os pesquisadores qualitativistas a continuarem com trabalhos que desnudem a essência do relacionamento interativo e suas múltiplas facetas.

*R*EFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. **Câncer de mama**: análise dos fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin. Rio de Janeiro, 1991. 67p. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem da Anna Nery- UFRJ.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977, 226p.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B. e LEOPARDI, M. T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M. T et al. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96. Decreto N° 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n 2. Suplemento, 1996, p. 15-25.

BRASIL, **Constituição da república federativa do Brasil**. 2ed, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Câncer no Brasil dos Registros de Base Populacional**. Instituto do Câncer (Coordenação de Programas de Controle de Câncer- Pro- ONCO) Rio de Janeiro, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Rio de Janeiro: INCA, 2003. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2.ed., Rio de Janeiro: INCA, 2002b. 380p

CHAVES, I. G. et al. **Mastologia: aspectos multidisciplinares**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

CHUNG, T. Dr. **Qualidade começa em mim: manual neurolinguístico de liderança e Comunicação**. 4ed. São Paulo: Maltese, 1996.

DANCE, F. E. X. (org) **Teoria da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1973.

DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. 3.ed. São Paulo: E.P.U., 1981

DAVIM, R. M. B. et al. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 1, p.21-7, jan/fev. 2003.

FERNANDES, A. F. C. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M.; GURGEL, A. H. e LINARD, A. G. Detecção precoce do câncer de mama – vivência de um grupo de mulheres. In: PAGLIUCA, L. M. F.(Org) , **Cultura e poder nas práticas de saúde: Sociedade, Grupo e família**. Fortaleza: EDUFC, 1998a. P 71-77.

FERNANDES, A. F. C.; GURGEL, A. H.; SILVA, R.M. e LINARD, A. G. Prevenção do câncer de mama: ações para autogestão em saúde. IN: **VI Colóquio Pan-Americano de Investigação em Enfermagem**, SM08, Ribeirão Preto-SP de 19 a 22 de maio de 1998b.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org). **Saúde sexual e**

reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: 1999, cap. 4, p.151-162.

FRANKL, V. **A presença ignorada de Deus.** Petrópolis: Vozes, 1992, 101p.

GAHAGAN, J. **Comportamento interpessoal e de grupo.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

GOMES, J. C. N. Diagnóstico clínico do câncer mamário. In: FARIA, S. L.; LEME, L. H. S.; OLIVEIRA FILHO, J. A. **Câncer de mama: diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. Cap.4, p.29-38.

JÚNIOR, A. B.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULHO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.61-73.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2001.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G., **Medicina preventiva.** São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. 744p.

LEITÃO, G. da C. M.; LINARD, A. G.; RODRIGUES, D. P. Conceitos de Enfermagem segundo Roy, Orem e Watson. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, v.13, n.3, set/dez 2000.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

LINARD, A. G. **Os efeitos produzidos no comportamento da mulher, para a adoção de hábitos do auto-exame de mamas, a partir de campanhas veiculadas pela mídia.** Fortaleza, 2000. 100p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará.

LINARD, A. G. et al Mulheres - os efeitos da comunicação na adesão do auto-exame da mama In: MENDES, I. A. C.; CARVALHO, E. C. de

Comunicação como meio de promover a saúde do 7^o Simpósio Brasileiro de Comunicação em enfermagem, Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000, p. 159-163.

LINARD, A. G.; ALMEIDA, A. M. de; SILVA, R. M. As mulheres construindo uma opinião sobre câncer de mama a partir dos anúncios no mass media. IN: **I Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa da UNIFOR**, 66, Fortaleza, 2001.

LINARD, A. G.; MACHADO, F. A. S.; MACEDO, A. da S. Avaliando a assistência de enfermagem no combate ao câncer de mama em Barbalha-Ce. **Rev. Técnico Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2003.

LINARD, A. G. et al. Ensinando mulheres da Comunidade do Dendê, na faixa etária de 50 a 59 anos, a fazerem o auto-exame das mamas. IN: **VIII Encontro de Iniciação à Pesquisa/UNIFOR**, 381, Fortaleza, 2002.

LINARD, A. G.; RODRIGUES, M. S. P. Breast cancer in the Brazilian Northeast: current incidence and mortality estimates. In: **15th International Congress n Women's Health Issues**, São Pedro, 2004.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988.

MARRINER, A.; GARCIA, M. S. **Modelos y teorías de enfermería**. Spain: Rol, S. A., 1989.

MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULHO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.61-73.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**, 4ed. São Paulo, 1996, 269p.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 3 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1985.

MONTEIRO, A. P. de S. et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstét.**, v. 25, n. 3, 2003.

PAGLIUCA, L.M.F.; RODRIGUES, D. P.; LINARD, A. G. Ensinando o auto-exame das mamas a um grupo de estudantes de enfermagem: enfoque no autocuidado. In: GURGEL, A. H.; COSTA, L. B. e VIEIRA, M. Di C. M.(Org), **O cuidado em Saúde**. Fortaleza: EDUFC, 2000, p 65-73.

PARKIN, D. M., BRAY, F. I., DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **European Journal of Cancer**, v.37, p. S4-S66, 2001.

PAULINELLI, R. R. et al A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 3 (1): 17-24, jan. - mar., 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p.

Potter e Perry (1999)

RIBEIRO, L. Dr. **Comunicação global: a mágica da influência**. 41 ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 1993.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiras**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999, 119p.

ROGERS, C. R.; KINGET, G. M. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1975, v.1 e 2.

SEARLE, J. R. **Expressão e significado: estudos da teoria dos atos da fala.** São Paulo: Martins Fontes, 1973. 294p.

SILVA, M. J. P. **A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes.** São Paulo, 1989. 113p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, M. J. P. da Comunicação e marketing de enfermagem: reflexões. *Rev. Cogitare Enferm*, Curitiba, v. 6, n.1, p.37-43, jan/jul. 2001.

SILVA, M. J. P. da **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Edições Loyola, 2002, 133p.

SMELTZER, C. S.; BARE, B. G. Oncologia: a enfermagem e o paciente com câncer. In: **Brunner e Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

STEFANELLI M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino.** 2 ed. São Paulo: Robe, 1993.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona.** Colombia: Carvajal S.A. 1979.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. de Cancero.**, Rio de Janeiro, v.49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, 685p.

VARGAS, G. O. P.; SCAIN, S. F. Educação para a saúde a grupo de obesos. **Rev. Bras. Enf.**, Rio Grande do Sul, n.36, p.38-49, 1983.

*A*PPÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice I

Roteiro de Observação

1- Diálogo durante a consulta no que se reporte à detecção precoce do câncer de mama.

2-Termos utilizados.

3-Estrutura física dos consultórios utilizados na consulta de enfermagem.

4-Fluxo de atendimento da cliente na unidade ambulatorial.

Apêndice II

Diário de Campo

1. Perfil das enfermeiras

Faixa etária	Estado Civil:	Renda:
<input type="checkbox"/> 26 - 29	<input type="checkbox"/> solteira	<input type="checkbox"/> 6-8 salários mínimos
<input type="checkbox"/> 30 - 33	<input type="checkbox"/> casada	<input type="checkbox"/> 8-10 salários mínimos
<input type="checkbox"/> 34 - 37	<input type="checkbox"/> divorciada	<input type="checkbox"/> >10 salários mínimos
<input type="checkbox"/> 38 - 41	<input type="checkbox"/> separada	valor do salário mínimo na época R\$ 260,00
<input type="checkbox"/> 42 - 45	<input type="checkbox"/> viúva	
<input type="checkbox"/> 46 - 49	<input type="checkbox"/> união consensual	
<input type="checkbox"/> ≥ 50	<input type="checkbox"/> outros	

Formação na Pós-Graduação:

Especialização incompleto Filhos: SIM NÃO

completo 1-2

Mestrado incompleto 2-4

completo + 4

Doutorado incompleto

completo

2. Qual o seu conceito de comunicação?

Apêndice III

Termo de Consentimento Informado

Sou aluna do curso de doutorado em enfermagem da UFC e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre A COMUNICAÇÃO NA AÇÃO INTERATIVA ENFERMEIRA-CLIENTE DURANTE A CONSULTA GINECOLÓGICA. Deste modo, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa deixando-me observar suas consultas de enfermagem ginecológicas.

Esclareço que:

- As informações coletadas nas observações somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- Que a senhora tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.
- Em nenhum momento a senhora terá prejuízo nas suas atividades ocupacionais.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável

Nome: Andrea Gomes Linard

Endereço: Rua Correia Lima nº 250 apto 101-B

TELEFONE:32452570

Gostaria de acrescentar que sua participação será de extrema importância para esta pesquisa.

Consentimento pós-esclarecimento

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura da pessoa alvo de observação

Assinatura do pesquisador

*A*NEXO



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA**

PARECER N.º. 277/2004


Projeto de Pesquisa: Detecção precoce do câncer de mama: propondo um estilo de comunicação interativa enfermeira-cliente

Pesquisador Responsável: Andréa Gomes Linard

Data de apresentação ao COÉTICA: 20/05/2004

Registro no COÉTICA: 04-216

Parecer: APROVADO data de 28/06/2004



Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA