

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

MARIA IRENÍ ZAPALOWSKI GALVÃO

**COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO À
LUZ DA TEORIA DE PEPLAU**

BRASÍLIA
2016

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA IRENÍ ZAPALOWSKI GALVÃO

**COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS:
UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DE PEPLAU**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de pesquisa: Cuidado, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Moema da Silva Borges

**BRASÍLIA
2016**

MARIA IRENÍ ZAPALOWSKI GALVÃO

**COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS:
UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DE PEPLAU**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 02 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Moema da Silva Borges – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Diana Lúcia Moura Pinho – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professora Doutora Elizabeth Queiroz – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professora Doutora Débora Luíza de Oliveira Rangel – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho

à minha família, que sempre me apoiou e incentivou.

Aos profissionais da saúde, para o aperfeiçoamento de suas habilidades comunicacionais na relação com o paciente em cuidados paliativos e com seu familiar.

AGRADECIMENTOS

Ninguém consegue caminhar e conquistar sozinho os seus sonhos. É preciso um olhar de compreensão, uma palavra de incentivo e direcionamento, um conhecimento profundo, um gesto de apoio, uma atitude de amor, uma mão para levantar e caminhar juntos. Então, meus agradecimentos,

A Deus, por estar sempre ao meu lado, ter me concedido o dom da sabedoria, força para desenvolver este trabalho e conquistar este sonho.

À professora Dra. Moema da Silva Borges, pelo privilégio de ser sua orientanda. Por sua dedicação, apoio, pelos ensinamentos valiosos, compromisso com a orientação, acompanhamento e elaboração desta pesquisa. Também por me acolher, acreditar em mim e no trabalho desenvolvido, ajudando no meu crescimento pessoal e profissional. Minha admiração e gratidão pelo seu trabalho e pela sua pessoa. Meus mais sinceros agradecimentos.

À Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, pelo incentivo ao crescimento profissional, pela oportunidade de desenvolver a pesquisa e pela confiança no trabalho desempenhado.

Ao Comitê de Enfermagem, Enfermeira Luciana Simionatto e Silva e Enfermeira Christiane Gigante, pelo incentivo e apoio em busca do meu aperfeiçoamento profissional.

À equipe de Enfermagem da Oncologia, pelo convívio diário, colaboração e palavras de incentivos. Meu carinho e respeito.

À equipe do Programa de Oncologia, pelo auxílio, disponibilidade e colaboração no desenvolvimento da minha intervenção. Obrigada por compartilharem os seus conhecimentos!

Aos pacientes e familiares, pela aceitação em participar do estudo e por dividirem comigo as suas vivências. Por mostrarem o valor da comunicação e o sentido da vida. E por reforçarem em mim o valor da enfermeira.

Às professoras Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, Dra. Elizabeth Queiroz e Dra. Débora Luíza de Oliveira Rangel, que se disponibilizaram em participar da defesa da dissertação, momento único e grandioso da minha vida pessoal e profissional, e compartilhar suas experiências valiosas neste campo tão importante que é a comunicação interpessoal nos cuidados paliativos.

Às professoras da Pós-Graduação em Enfermagem, profissionais competentes e de grandes conhecimentos. Obrigada por participarem da construção da minha história e me mostrarem novos horizontes.

Aos colegas da Pós-Graduação, pela oportunidade do convívio, amizade e troca de experiências.

Meu agradecimento mais profundo dedico à minha família.

Ao Sérgio Luiz Soares Galvão, meu esposo, pelo incentivo, paciência, cuidado, por compreender a minha ausência e compartilhar os sonhos comigo.

Às minhas amadas filhinhas, Anna Luiza, Anna Carolina e Anna Beatriz, pelas palavras de incentivo, carinho, amor, abraço, massagens nos momentos de cansaço, e presença em minha vida.

À minha querida mãezinha Sofia, por todos os ensinamentos, amor, apoio, dedicação e cuidado zeloso.

Minha família fez-se presente o tempo todo ao meu lado, compartilhou comigo momentos difíceis, alegres e de conquistas. Fizeram-me acreditar que meu sonho seria possível. Muito obrigada!

Minha gratidão à sociedade brasileira, que, através da UnB, investiu neste estudo.

E, finalmente, a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente fizeram parte desta caminhada, para que eu pudesse chegar até aqui. O meu sincero agradecimento.

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela mais tolos nos tornaremos na arte de viver.

Rubem Alves (1933-2014)

RESUMO

GALVÃO, Maria Irení Zapalowski. **Comunicação interpessoal em cuidados paliativos: um estudo à luz da teoria de Peplau**. 2016. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

A comunicação interpessoal sustenta as relações humanas e ancora as atividades assistenciais dos profissionais da saúde. As habilidades comunicacionais são componentes básicos no atendimento de alta qualidade e competência profissional. Dessa forma, ela constitui novo paradigma e meta na prática do cuidar, da educação e saúde. Objetiva-se, nesta pesquisa, analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe, pacientes em cuidados paliativos e familiares em uma unidade de Oncologia, à luz da Teoria das Relações Interpessoais, de Peplau. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com pacientes em cuidados paliativos, familiares e equipe de um hospital de Brasília-DF. Foi realizada uma análise documental em prontuário eletrônico dos pacientes em busca de termos relacionados a cuidados paliativos para a inclusão no estudo; entrevista em profundidade, no período de setembro e outubro de 2015. A análise do conteúdo do *corpus* gerado foi realizada com auxílio do *software* ALCESTE. A leitura das vivências dos pacientes à luz da teoria de Peplau apontou que o processo de comunicação interpessoal entre paciente e equipe se iniciou na fase de *orientação* por meio da resposta a uma necessidade sentida – doença, diagnóstico e tratamento. A *identificação* ocorreu mediante a empatia e o estabelecimento de vínculos de confiança com a equipe. Essa interação favoreceu a *exploração* de recursos disponíveis e a participação ativa no processo de tratamento. A fase *resolução* resiliente foi alcançada mediante a mobilização de recursos internos e suportes externos provenientes do familiar e equipe, adaptando-se à situação vivenciada com a possibilidade de ressignificar o seu processo de adoecimento. Nas vivências dos familiares à luz da teoria de Peplau evidenciou-se que a fase de *orientação e identificação* assemelha-se ao do paciente. Configurou-se, nesse momento, o acolhimento do familiar por uma equipe, sendo que cada integrante atuou de acordo com a sua competência, e juntos se apoiaram e concretizaram a relação de ajuda. O apoio da equipe e a comunicação eficaz favoreceram o paciente e familiar a usufruírem e *explorarem* todos os serviços disponíveis a fim de responder seus interesses e necessidades, a *resolução*. Apreendeu-se com a equipe que a comunicação eficaz nos cuidados paliativos é uma ferramenta que possibilita o levantamento

das necessidades, estabelece a empatia e relação de ajuda, atende os desejos, viabiliza o trabalho em equipe e proporciona a capacitação para o cuidado. Dessarte, os maiores desafios estão ligados à abordagem da comunicação das más notícias concernentes à transição dos cuidados curativos para paliativos, prognóstico, progressão, evolução da doença e utilização da comunicação de maneira clara. Ressalta-se que a comunicação das más notícias é algo impactante e desafiador tanto para a equipe que comunica, como para o paciente e familiar que recebem. No contexto da comunicação, constatou-se que existem lacunas na formação acadêmica da equipe. Entretanto, as vivências *in loco*, trabalho e discussões em equipe ganham destaque, e são de grande valia para o aprimoramento da competência paliativista, desenvolvimento de ações práticas para o relacionamento interpessoal e a aquisição das habilidades comunicacionais.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados Paliativos; Teoria das Relações Interpessoais de Peplau; Trabalho em Equipe; Enfermagem; Oncologia.

ABSTRACT

Interpersonal communication sustains human relationships and anchors the welfare activities of health professionals. Communicational skills are basic components in the care of high quality and professional competence. Thus, it constitutes new paradigm and goal in care practice, of education and health. The objective in this research is to analyze the interpersonal communication process between staff, patients in palliative care and family in a unit of Oncology, in the light of the Theory of Interpersonal Relations by Peplau. This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach, conducted with patients in palliative care, family and staff of a hospital in Brasilia-DF. A documentary analysis in electronic medical records of patients for related terms to palliative care for inclusion in the study was conducted; in-depth interview, during September and October 2015. The analysis of the corpus content was performed using the software ALCESTE. Reading the experiences of patients in the light of Peplau theory pointed out that the process of interpersonal communication between patient and staff began in the *orientation* phase through response to a felt need – disease, diagnosis and treatment. The *identification* was made through empathy and bonds of trust establishment with the team. This interaction favored the *exploitation* of available resources and the active participation in the treatment process. The *resilient* resolution phase was achieved by mobilizing internal resources and external supports from the family and staff, adapting to the situation experienced with the ability to reframe the disease process. In the experience of the family in the light of Peplau theory, it showed that the phase of *orientation* and *identification* look likes the patient's phase. At this time, there's the host of the family by a team, with each member acting according to his/her ability, and together they have supported and realized the aid relationship. The team support and effective communication favored the patient and family to take advantage and *explore* all services in order to meet their interests and needs, the *resolution*. It was apprehended with the team that effective communication in palliative care is a tool that enables the assessment of the needs, establishing empathy and help relationship, meets the desires, enables teamwork and provides training for care. Thus, the biggest challenges are related to addressing the communication of bad news concerning the transition from curative to palliative, prognosis, progression, disease progression and use of communication clearly. It was emphasized that the communication of bad news is something striking and challenging for both: the team that communicates, and the patient and family that receives it. In the context of the communication, it was found that

there are gaps in the academic training of the team. However, experiences *in loco*, work and team discussions are highlighted, and they are of great value to the improvement of palliative competence, development of practical actions to interpersonal relationships and the acquisition of communication skills.

Keywords: Communication; Palliative care; Theory of Interpersonal Relations by Peplau; Team Work; Nursing; Oncology.

RESUMEN

La comunicación interpersonal sustenta las relaciones humanas y fija las actividades de bienestar de los profesionales de la salud. Las habilidades de comunicación son componentes básicos en el cuidado de alta calidad y competencia profesional. Por lo tanto, ella constituye nuevo paradigma y meta en la práctica de la atención, la educación y la salud. El objetivo, en esta investigación, es analizar el proceso de comunicación interpersonal entre el personal, los pacientes en cuidados paliativos y la familia en una unidad de Oncología a la luz de la Teoría de las relaciones interpersonales, de Peplau. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con pacientes en cuidados paliativos, la familia y el personal de un hospital en Brasilia-DF. Se realizó un análisis documental de los registros médicos electrónicos de pacientes para los términos relacionados con los cuidados paliativos para su inclusión en el estudio; entrevista en profundidad, entre septiembre y octubre de 2015. El análisis del contenido generado por el corpus se realizó utilizando el software ALCESTE.

La lectura de las experiencias de los pacientes a la luz de la teoría de Peplau señaló que el proceso de comunicación interpersonal entre el paciente y el personal comenzó en la fase de *orientación* a través respuesta a una necesidad sentida – enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento. La *identificación* se realiza a través de la empatía y la creación de lazos de confianza con el equipo. Esta interacción favoreció la *explotación* de los recursos disponibles y la participación activa en el proceso de tratamiento. La fase de *resolución* resiliente se logró mediante la movilización de recursos internos y externos de apoyo de la familia y el personal, adaptándose a la situación vivida con la capacidad de replantear el proceso de la enfermedad. En la experiencia de la familia a la luz de la teoría de Peplau se demostró que la fase de *orientación* y de *identificación* se asemeja al paciente. Se ha configurado en este momento, la acogida de la familia por un equipo, con cada miembro actuado según su capacidad, y juntos han apoyado y se dio cuenta de la relación de ayuda. El apoyo del equipo y la comunicación efectiva favorecieron el paciente y su familia para disfrutar y explorar todos los servicios con el fin de satisfacer sus intereses y necesidades, la *resolución*. Con el equipo se ha aprehendido que la comunicación efectiva en los cuidados paliativos es una herramienta que permite la evaluación de las necesidades, establecer la relación de empatía y ayuda, cumple los deseos, permite el trabajo en equipo y proporciona formación para el cuidado. De este modo, los mayores desafíos están conectados al abordaje de la comunicación de las malas noticias concernientes a la transición de los cuidados curativos para paliativos, pronóstico, progresión,

evolución de la enfermedad y utilización de la comunicación de manera clara. Se resalta que la comunicación de las malas noticias es algo impactante y desafiador tanto para el equipo que comunica, como para el paciente y familiar que reciben. En el contexto de la comunicación, se constató que existen lagunas en la formación académica del equipo. Sin embargo, las vivencias *in loco*, trabajo y discusiones en equipo ganan destaque, y son de grande valía para la mejora de la cualificación paliativista, desarrollo de acciones prácticas a las relaciones interpersonales y la adquisición de habilidades de comunicación.

Palabras-clave: Comunicación; Cuidados Paliativos; Teoría de las relaciones interpersonales de Peplau; Trabajo en equipo; Enfermería; Oncología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de desenvolvimento dos cuidados paliativos.....	47
Figura 2 – Dendograma com os eixos e classes que emergiram das entrevistas com os pacientes, Brasília – 2015.....	90
Figura 3 – Dendograma do <i>corpus</i> das entrevistas com familiares, organizado em 2 eixos e 5 classes.....	115
Figura 4 – Dendograma do <i>corpus</i> das entrevistas com a equipe organizado em 2 eixos e 5 classes.....	140

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1a - A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia	94
Diagrama 1b- A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia	97
Diagrama 2- Orientação/participação proativa no tratamento.....	100
Diagrama 3a- Exploração/enfrentamento do tratamento	104
Diagrama 3b- Exploração/enfrentamento do tratamento	104
Diagrama 3c- Exploração/enfrentamento do tratamento	106
Diagrama 4a- A identificação com a equipe/vínculo terapêutico	109
Diagrama 4b- A identificação com a equipe/vínculo terapêutico	111
Diagrama 5- Identificação dos próprios sentimentos/resolução resiliente.....	114
Diagrama 6- A orientação do familiar/acolhimento	120
Diagrama 7a- A exploração/apoio da equipe ao familiar	124
Diagrama 7b- A exploração/apoio da equipe ao familiar	125
Diagrama 8a - A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia	130
Diagrama 8b - A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia	130
Diagrama 9- A exploração/motivo explícito-doença	135
Diagrama 10- A exploração/implicações decorrentes do tratamento	139
Diagrama 11- Necessidade sentida/desafios da comunicação das más notícias	146
Diagrama 12a- Papéis da equipe e as estratégias de comunicação	152
Diagrama 12b- Papéis da equipe e as estratégias de comunicação	152
Diagrama 13- Comunicação como constituinte do ser humano	160

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do período de acompanhamento do familiar com o paciente e o grau de parentesco.	88
Tabela 2 – Tempo de formação profissional e trabalho na Oncologia.	89

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

AHD – Análise Hierárquica Descendente

ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CST – *Communication Skills Training*

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial da Saúde

PubMed – Publicações Médicas

PNH – Política Nacional de Humanização

MeSH – *Medical Subject Headings*

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
INTRODUÇÃO.....	22
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	22
1.2 O CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	24
1.3 CÂNCER E CUIDADOS PALIATIVOS	25
1.4 A PROFISSÃO E A TEORIA DA ENFERMAGEM.....	26
1.5 OBJETIVOS	27
1.5.1 Objetivo geral	27
1.5.2 Objetivos específicos.....	28
1.6 ESTRUTURAÇÃO DO <i>CORPUS</i> DO ESTUDO	28
2 REVISÃO DE LITERATURA	30
2.1 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E AS SUAS DIMENSÕES	30
2.2 Dimensões da comunicação.....	31
2.2.1 Comunicação verbal/ psicolinguística.....	31
2.2.2 A comunicação não verbal/psicobiológica	32
2.3 A COMUNICAÇÃO HUMANA E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	40
2.4 BREVE HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS	42
2.4.1 Situação dos cuidados paliativos e <i>hospice</i> no Mundo e no Brasil.....	45
2.5 O TRABALHO EM EQUIPE.....	49
2.6 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS	52
2.7 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM OS FAMILIARES	55
2.8 A COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	58
2.9 CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE	63
2.10 PERSPECTIVAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO	67
2.11 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD ELIZABETH PEPLAU NO CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO	69
3 MÉTODO.....	75
3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	76
3.1.1 Critérios de inclusão	77
3.1.2 Critérios de exclusão	78
3.2 CAMPO DA PESQUISA	78
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	79
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	82
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	85
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
4.1 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES	86
4.1.1 Caracterização dos participantes	86
5 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	90
5.1 EIXO 1 – A VIVÊNCIA DO PACIENTE AO LONGO DO TRATAMENTO COM CÂNCER.....	91
5.1.1 Classe 3 – A resposta à necessidade sentida/Comunicação da má notícia.....	91
5.1.2 Classe 4 – Orientação/Participação proativa no tratamento	97
5.1.3 Classe 5 – A exploração/Enfrentamento do tratamento	99

5.2 EIXO 2 – APRENDIZADO E SUPERACÃO/RESOLUÇÃO RESILIENTE	105
5.2.1 Classe 1 – A identificação com a equipe/Vínculo terapêutico	106
5.2.2 Classe 2 – Identificação dos próprios sentimentos/Resolução resiliente	110
6 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM O FAMILIAR NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	114
6.1 EIXO 1 – PSICODINÂMICA DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM O FAMILIAR.....	115
6.1.1 Classe 2 – A orientação do familiar/Acolhimento	116
6.1.2 Classe 4 – A exploração/Apoio da equipe ao familiar	119
6.1.3 Classe 1 – A resposta à necessidade sentida/Comunicação da má notícia.....	124
6.2 EIXO 2 – EXPERIÊNCIAS PSICOBIOLOGICAS	129
6.2.1 Classe 3 – A exploração/Motivo explícito - Doença	130
6.2.2 Classe 5 – Exploração/Implicações decorrentes do tratamento.....	135
7 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DA EQUIPE COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E FAMILIARES.....	139
7.1 EIXO 1 – PSICODINÂMICA DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DA EQUIPE	140
7.1.1 Classe 1 – Necessidade sentida/Desafios da comunicação das más notícias	141
7.1.2 Classe 2 – Papéis da equipe e as estratégias de comunicação.....	145
7.1.1 Classe 4 – Exploração de recursos para o trabalho em equipe	152
7.1.2 Classe 5 – Profissionalização/Demanda para o desenvolvimento dos recursos ..	154
7.1.3 Classe 3 – Comunicação como constituinte do ser humano.....	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
REFERÊNCIAS.....	163
APÊNDICE 1 – BUSCA EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS	175
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE	176
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIAR	178
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – EQUIPE.....	180
APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PACIENTE	182
APÊNDICE 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA- FAMILIAR	185
APÊNDICE 7 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – EQUIPE ..	188
ANEXO 1 – PARECER CONSUSBTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	190

APRESENTAÇÃO

Minha motivação para o estudo é aprender os caminhos e as habilidades de comunicação, os modos de utilizá-la como ferramenta terapêutica no cuidado de enfermagem com os pacientes oncológicos em cuidados paliativos, bem como com os seus familiares.

Durante a graduação em enfermagem, não tive a oportunidade de conhecer e desenvolver estratégias sobre a comunicação e o seu emprego terapêutico com os pacientes oncológicos e seus familiares. Essa temática, ainda hoje, é sutilmente abordada na academia, embora, nos últimos anos, venha despontando em diferentes disciplinas o interesse em discutir a importância da comunicação, sobretudo no relacionamento entre pacientes em cuidados paliativos. Isso se deve à sua grande significância no que diz respeito à qualificação da vida dos pacientes e de seus familiares, dos serviços de saúde, e a satisfação para o próprio profissional.

No percurso de minha vida profissional, tenho cuidado de pacientes com doenças crônicas e de seus familiares, o que muito se deve às características do hospital com o qual tenho vínculo empregatício. Foi no cuidar de pacientes oncológicos que me deparei com diferentes semblantes de pacientes e familiares fragilizados devido à sensação de impotência diante da doença, do processo terapêutico agressivo, do medo da morte, das perdas físicas, pessoais, financeiras, emocionais, e tantos outros sentimentos e modificações que a doença pode acarretar.

Percebe-se que a doença atinge não só o próprio paciente, mas também os membros da família, provocando diferentes reações emocionais, comportamentais, físicas, de intensidade variada. Há necessidade de reestruturação da dinâmica familiar. É difícil olhar para o rosto do outro e ver o seu sofrimento. Brota o desejo de fazer algo para aliviar a dor que, em geral, nenhum medicamento consegue amenizar. Os esforços ficam voltados para o paciente, e, muitas vezes, o próprio familiar esquece-se de se cuidar. Já não pensa mais em si, mas pensa no outro e com ele se preocupa.

Em minha experiência observei que há muito desejo de viver nos pacientes oncológicos, pois, embora isso pareça uma grande controvérsia, eles vivem cada instante da sua vida de forma intensa. Mesmo os mais debilitados, com insuficiência respiratória, e necessitando de níveis elevados de suporte de oxigênio, conseguem dizer: “eu estou bem”, “quero ir para casa”. Quanta vida no pouco que lhe resta! Quanta ânsia em viver!

Sou frequentemente questionada, inclusive por profissionais de outros programas, sobre a minha capacidade para trabalhar em Oncologia e vivenciar tanto sofrimento. Respondo sempre que fico impactada e sensibilizada pelas diferentes circunstâncias que afetam o paciente e seu familiar durante a doença e o tratamento oncológico, na maioria das vezes impregnados pelo estigma da dor e do sofrimento. Mas, sobretudo, sou movida pela compreensão que a Oncologia representa um lugar de esperança, em que a pessoa tem muita força de vontade, de vida, energia, entusiasmo e de imensa fé. O que fortalece e confere forças para lidar com os desafios impostos pela vivência do sofrer do outro é saber que posso fazer algo para aliviar a angústia, posso estar presente em momentos peculiares da sua vida, ser uma pessoa significativa na vida de alguém, ou até, estar junto no último sopro de vida, na hora da partida, segurando a sua mão. Que magnânima é a luta desses pacientes! Que privilégio em poder estar ao lado deles! Que lição de vida!

Então, como me comunicar com esse paciente e familiar, favorecendo que eles tenham ciência do quadro nosológico e do prognóstico de evolução da doença? Como manter a esperança e energia para realizar os seus desejos, resolver os conflitos mais íntimos, e viver ativamente o tempo que lhe resta? Frente às diferentes situações vivenciadas pelo paciente em cuidados paliativos e por seu familiar, o desafio da equipe é como estabelecer uma comunicação que satisfaça e harmonize as diferentes necessidades de cada um.

O significado que cada pessoa atribui ao câncer é único. E quando o paciente se encontra fora de possibilidades terapêuticas de cura, o prognóstico de fim de vida traz o pensamento de que nada mais pode ser feito em benefício dele. Porém, deve-se acreditar na significância do cuidado paliativo, integral, sobretudo para a melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico e de seu familiar. Nesse cenário, destaca-se o papel fundamental da comunicação efetiva, com o intuito de se estabelecer um vínculo de confiança com o paciente e seu familiar, além de satisfazer as suas necessidades e ajudar a suavizar o percurso do tratamento oncológico.

Espera-se que esta pesquisa acrescente benefícios e possibilite uma reflexão crítica no processo de cuidar dos pacientes em cuidados paliativos, aos seus familiares e à equipe. Visto que ainda são incipientes as ações disponibilizadas a essa clientela nos serviços de saúde, tanto sob o ponto de vista quantitativo e como qualitativo.

INTRODUÇÃO

Esta introdução apresenta o objeto da dissertação no contexto teórico da Comunicação em Enfermagem, considerando, para tanto, as contribuições de autores que pesquisam e desenvolvem seus estudos em torno de ideias sobre *comunicação, cuidados paliativos, câncer e cuidados paliativos e a profissão e a teoria da enfermagem*. Apontam-se os objetivos geral e específicos deste estudo e indica-se como o trabalho foi estruturado.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

A comunicação permeia a evolução humana, ampliando seu grau de complexidade com o desenvolvimento do ser humano. É uma ação criativa. O ser humano utiliza a comunicação para interagir, compreender fatores psicológicos e sociais que acontecem entre os indivíduos e consigo mesmo no âmbito interpessoal, grupal, organizacional e de massa (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Durante o processo da comunicação, ocorre uma troca de informações entre as pessoas, criando um movimento de retribuição, interação e reação, ocasionando, em um período pré-determinado de tempo, alterações no sentir, pensar e agir dos participantes do processo (PEREIRA, 2008; SILVA, 2013).

Uma vez que o modo de comunicação sustenta as relações humanas e fazem parte das atividades assistenciais dos profissionais de saúde, a comunicação vem recebendo destaque e atenção de diversas categorias de profissionais na área da saúde, estabelecendo-se como um novo paradigma e meta na prática do cuidar, na educação em saúde (PEREIRA, 2008; STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Para compreensão e aperfeiçoamento do processo de comunicação, exige-se entendimento científico e apropriação de saberes de diversas áreas do conhecimento e disciplinas (RECTOR; TRINTA, 1990; ARAÚJO; SILVA, 2012).

O emprego correto da comunicação verbal e não verbal é considerado uma ferramenta essencial para se estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipe, o paciente e a família. Sabe-se que os profissionais de saúde percebem a importância da comunicação interpessoal, mas apresentam dificuldades em empregá-la como recurso terapêutico na assistência ao paciente e seu familiar, sobretudo relacionado a abordagens de final de vida e cuidados paliativos (MALDONADO; CANELLA, 2009; STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013). Também apontam lacunas nos domínios de gerenciamento dos sintomas, atendimento

psicossocial e habilidades de comunicação (GRAINGER *et al.*, 2010; GOLDSMITH *et al.*, 2013).

Estudos de intervenção em cuidados paliativos sinalizam que os profissionais de saúde muitas vezes omitem a quantidade e a qualidade da informação a ser comunicada ao paciente e a seu familiar. Sentem-se desconfortáveis, e relatam ser um assunto de difícil discussão, principalmente no que tange a questões de prognóstico, planejamento de cuidados avançados e paliativos, espiritualidade e morte (WALLEN *et al.*, 2012; GOLDSMITH *et al.*, 2013; HUI; BRUERA, 2015).

Conforme os autores Malloy, Virani *et al.* (2010), as falhas de comunicação para com os pacientes são repercutidas em: qualidade de informação, assistência no alívio da dor e dos sintomas, escuta dos sentimentos, estratégias para manter um bom senso e de saber que a vida dele tem significado e propósito. Já em relação aos membros da família, incluem a oportunidade para falar e serem ouvidos de como eles enfrentam o declínio e a morte de seu ente querido.

A maioria dos pacientes e seus familiares relatam que as respostas de aceitação e atitudes diante de um diagnóstico, prognóstico e tratamento são diretamente influenciados pela forma com que os profissionais emitem essa informação (WALLEN *et al.*, 2012). Pacientes que têm discutido suas preferências para o cuidado de fim de vida com o médico e demais profissionais da saúde são mais suscetíveis a escolher o cuidado paliativo ao invés de medidas agressivas e de morrer em casa recebendo cuidados conforme suas necessidades e preferências (GRAINGER *et al.*, 2010; BUSS *et al.*, 2011; GRAMLING *et al.*, 2013). Portanto, os cuidados menos agressivos estão associados a melhor qualidade de vida e menor sofrimento (MACK *et al.*, 2012).

Em um ensaio clínico randomizado com 469 pacientes em cuidados paliativos com câncer avançado em bom estado geral, desenvolvido por Wentlandt *et al.* (2012), foram avaliadas as associações da comunicação clínico-paciente e preparação para o final de vida. Para melhor qualidade de vida e preparação para o final de vida foram correlacionados os seguintes aspectos: idade avançada, viver sozinho, menor número de sintomas (dor, ansiedade, depressão) e melhor bem-estar espiritual. Dos pacientes, 31% concordaram em estarem preocupados sobre a preparação da sua família para lidar com o futuro; 27% concordaram que seria um fardo para sua família, comprometendo, assim, a sua sensação de bem estar e dignidade humana; 20% destacaram a pressão financeira; e 16%, medo de morrer. Percebe-se, então, que a maioria dos pacientes com câncer avançado, mas com boa

performance e *status*, estão preocupados com a preparação de final de vida, particularmente em relação a sua família.

O processo de aperfeiçoamento das habilidades de comunicação ainda é lento nos países em que a especialidade em cuidados paliativos não é credenciada. No entanto, muitos oncologistas que têm interesse em cuidados paliativos são capazes de adquirir as competências básicas através de oficinas, rodízios, programas de formação e durante a investigação científica nesta área (HUI *et al.*, 2015).

Na literatura estrangeira, existem estudos que abordam a comunicação na terminalidade, sendo que a maioria deles se limita à comunicação relacionada ao diagnóstico, prognóstico e/ou comunicação de más notícias (KISSANE *et al.*, 2012). Os estudos que abordam a comunicação em uma magnitude maior enfocam a necessidade de programas de capacitação para equipe de saúde em comunicação com pacientes em doença avançada (GOLDSMITH *et al.*, 2013; WITTENBERG-LYLES; GOLDSMITH; PLATT, 2014). Em nível nacional, a literatura relacionada ao processo de comunicação com pacientes em cuidados paliativos esta em desenvolvimento (ARAÚJO; SILVA, 2012; BURLÁ; PY, 2014).

1.2 O CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A população mundial vem vivenciando nas últimas décadas mudanças em seu perfil demográfico, atribuídas ao crescente envelhecimento da população. Esse fato resulta em importantes implicações para as pessoas, famílias e sociedade. Conforme Guo, Jacelon e Marquard (2012), a população dos Estados Unidos está envelhecendo em taxas elevadas, e um novo padrão de doença está surgindo, com a aproximação do fim da vida: as doenças crônicas degenerativas. Da mesma forma, Epstein e Morrison (2012) descrevem o aumento do número de cidadãos norte-americanos com múltiplas comorbidades, e estimativas para 2020 de 81 milhões de pessoas idosas, além do crescimento de sobreviventes de câncer com doenças concorrentes. Também Caswell *et al.* (2015) relatam que as pessoas estão morrendo com idades avançadas, o que representa 36,2% das mortes na Inglaterra em 2011 e estimativas para 2030 de 44% de mortes em indivíduos com idade superior a 85 anos.

No Brasil também é observada a mudança do perfil demográfico atribuída ao crescente envelhecimento da população. Desde o século XIX até meados da década de 1940, prevaleceram elevadas taxas de natalidade e mortalidade. A partir desse período, iniciou-se a transição demográfica, com redução das taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas

e aumento das crônicas degenerativas. Isso se deve a implementação das políticas de saúde pública, mudanças de estilos de vida, industrialização, urbanização, avanços na medicina e descoberta dos antibióticos. A taxa estimada de crescimento da população com 60 anos ou mais de idade é mais de 4% ao ano, no período de 2012 a 2022. E passou de 14,2 milhões em 2000, para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060 (IBGE,2015).

O advento da tecnologia altamente avançada conquistado em meados do século XX, o desenvolvimento de diferentes terapêuticas e a busca incessante por diagnósticos mais precisos e intervenções de cura aumentaram a expectativa de vida das pessoas e modificaram o curso das doenças mortais para doenças crônicas degenerativas, dentre elas o câncer (IBGE, 2015; INCA, 2015).

1.3 CÂNCER E CUIDADOS PALIATIVOS

O vocábulo “câncer” origina-se do grego *karkínos*, que significa caranguejo, terminologia essa usada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. Assim, o câncer é uma doença de longa data, sendo os primeiros indícios observados em múmias egípcias há mais de 3 mil anos a.C. Nos dias de hoje, o câncer é atribuído a um grupo de mais de 100 doenças, que apresentam o crescimento desorganizado de células e geralmente invadem tecidos e órgãos vizinhos (INCA, 2012).

O câncer é considerado um problema de saúde pública e encontra-se em crescimento nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (GEOVANINI; BRAZ, 2013). No Brasil, para os anos de 2016 e 2017, a estimativa é de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. O impacto do câncer na população equivalerá a 80% entre os países em desenvolvimento, dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025. Em nível mundial estima-se para 2030, 27 milhões de casos novos de câncer (INCA, 2015).

Frente a essa situação, necessita-se investir no equilíbrio entre o conhecimento científico e humanizado, a fim de assegurar a dignidade humana. Para tal fim, os cuidados paliativos despontam como o caminho para completar a lacuna nos cuidados ativos aos pacientes sob tais cuidados (MATSUMOTO, 2012; HUI; BRUERA, 2015). Em princípio, o cuidado paliativo referia-se apenas ao cuidado de indivíduos que estavam morrendo, principalmente pacientes com câncer e, mais recentemente, AIDS (RODRIGUES;

FERREIRA; MENEZES, 2010). De acordo com Guo, Jacelon e Marquard (2012), em sua pesquisa identificaram que os cuidados paliativos podem ser eficazes para condições crônicas tais como doença pulmonar, insuficiência cardíaca, doenças neurológicas degenerativas, congênitas, com risco de vida e na demência. Também tem sido defendida a sua aplicação para pacientes com doenças agudas graves, como aqueles admitidos na terapia intensiva.

Os pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas necessitam do cuidado no decorrer de sua vida. Diante desse contexto, Santos (2011) descreve que a enfermagem assume um papel de destaque, pois tem como formação a primícia do cuidar.

Segundo Collière (*apud* TOMEY; ALLIGOOD, 2004), há necessidade de os profissionais de enfermagem discernirem a natureza dos cuidados a fim de acompanhar, confortar e revigorar tudo o que o ser humano possa experimentar durante a sua existência. Assim sendo, a enfermagem utiliza as teorias para embasar e nortear a sua prática, ensino e pesquisa, bem como para a elaboração de um pensamento crítico e de se estabelecer como ciência e profissão (MOIR *et al.*, 2015; WARNOCK, 2014).

1.4 A PROFISSÃO E A TEORIA DA ENFERMAGEM

De acordo com Peplau (1952, *apud* TOMEY; ALLIGOOD, 2004), a ciência do cuidado se consolida e se aperfeiçoa a partir da prática segura, eficiente e de qualidade, baseada em evidências clínicas consistentes. A enfermeira não é o mero praticante do cuidado que fundamenta sua prática na intuição, hábito, costume ou boa fé, mas em evidências comprovadas por métodos científicos para sua tomada de decisões e prescrição de cuidado individualizado. Tal embasamento teórico, além de todas as características descritas, também fortalece a prática autônoma da enfermeira.

Diante desse contexto, este estudo ancora-se na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau, devido a uma relação próxima com o objeto de pesquisa que enfatiza a comunicação interpessoal como ferramenta essencial nos cuidados paliativos. O trabalho pioneiro de Peplau dentro da enfermagem, embora menos explorado do que mereceria, orienta a prática ainda nos dias atuais e possibilita rever a aplicação dessa teoria para assistência de enfermagem e para o desenvolvimento da competência interpessoal da enfermeira, elemento-chave para o encontro, a percepção, o diagnóstico e o cuidado do outro (GEORGE, 2000). Além disso, contribui para uma nova abordagem do paciente a partir da

valorização da relação interpessoal, privilegiando este aspecto no cuidado (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Peplau define com clareza os pressupostos básicos e os conceitos-chave de sua teoria, que serve como base para aplicações de métodos de investigações atuais, permitindo que outras categorias da Saúde e estudiosos usufruam a mesma, e validem seu modelo teórico (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Sendo assim, justifica-se este estudo, ao propor a análise da dinâmica comunicacional dos atores sociais que vivenciam o cotidiano dos pacientes em cuidados paliativos. Espera-se, a partir da compreensão das necessidades de cada um dos envolvidos, desvelar estratégias para vencer obstáculos, contribuindo com meios que visem a melhoria na prática clínica do cuidado humanizado, a satisfação da equipe e o levantamento de conhecimentos inovadores na formação dos profissionais de saúde e na implementação de políticas voltadas aos pacientes em foco.

Mediante o exposto, desponta a seguinte questão norteadora: Como se dá a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe, os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares em uma unidade de Oncologia?

A fim de responder esta questão, o apoio da literatura é imprescindível para a elaboração de bases teórico-metodológicas, e para familiarizar-se com o tema, bem como indicar suportes teóricos científicos alcançados pelos pesquisadores, métodos empregados, percalços encontrados e lacunas existentes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Analisar a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe, os pacientes em cuidados paliativos e os familiares em uma unidade de Oncologia, à luz da Teoria das Relações Interpessoais, de Peplau.

1.5.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes, familiares e equipe;
- Apreender a dinâmica do processo de comunicação da equipe no cuidado de pacientes;
- Apreender a dinâmica do processo de comunicação da equipe com os familiares;
- Compreender a dinâmica da comunicação interpessoal da equipe.

1.6 ESTRUTURAÇÃO DO *CORPUS* DO ESTUDO

O termo *corpus* vem do latim e significa “corpo”. Refere-se a uma coleção finita de materiais escritos ou com funções simbólicas com tema em comum (BAUER; GASKEL, 2012).

O presente estudo está estruturado na seguinte ordem:

- Introdução: apresenta a contextualização temática
- Revisão de literatura: expõe o aprofundamento do tema em estudo apoiado pela bibliografia
- Método: apresenta o caminho metodológico seguido, de modo a responder a questão central da investigação.
- Resultados e discussões: expõem, de maneira detalhada, os resultados obtidos no estudo, confrontando com achados relevantes sobre o tema na literatura científica.
- Considerações finais: apresentam respostas aos objetivos desta pesquisa e reflexões a respeito da comunicação interpessoal entre a equipe, os pacientes em cuidados paliativos e os familiares. Além disso, sugerem novos caminhos sobre a direção de futuras pesquisas.
- Na sequência, apresentam-se as referências e os apêndices que complementam a pesquisa.

Para o embasamento teórico-científico foi realizada uma busca nas bases de dados Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando os seguintes Descritores

em Ciências da Saúde (DeCS): “comunicação”, “cuidados paliativos”, “relações interpessoais”, “relações profissional-paciente”, “família”; e na base de Publicações Médicas (PubMed), com o descritor Medical Subject Headings (MeSH): “communication”, “palliative care”, “interpersonal relations”, “professional-patient-relations”, “family”. Foram levantados diversos estudos, mas elegeram-se preferencialmente, para análise, os estudos publicados no período de 2010 a 2016, que apresentavam os descritores nos resumos, e textos completos.

Para o levantamento da teoria das relações interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau, utilizou-se o DeCS “enfermagem” e o descritor não controlado “Peplau” no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram usados artigos resgatados na base Publicações Médicas (PubMed) utilizando “*interpersonal relations*” como descritor Medical Subject Headings (MeSH) e, novamente, o descritor não controlado “Peplau”.

Este estudo possibilitou a realização de um artigo original que foi submetido para publicação, bem como dados que, posteriormente, serão trabalhados para futuras publicações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura situa o objeto da dissertação no contexto teórico da Comunicação em Enfermagem. Apresentam-se contribuições de autores que abordam conceitos e desenvolvem suas reflexões acerca da *comunicação humana*, os *cuidados paliativos*, o *trabalho em equipe*, a *comunicação em cuidados paliativos* e as *relações interpessoais* – envolvendo profissional-paciente-família –, e a contextualização da *morte*. Busca-se apresentar as perspectivas para melhorar a comunicação em cuidados paliativos à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau.

2.1 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E AS SUAS DIMENSÕES

Em todos os campos da atividade humana utiliza-se, de alguma forma, a comunicação para interagir com o outro. Sendo assim, o ato de comunicar configura-se como uma função social. Ele permeia a evolução e o comportamento humanos (ARAÚJO; SILVA, 2012; SILVA, 2013). Antes da aquisição da habilidade da palavra articulada pela criança, a comunicação ocorre por meio dos movimentos do seu corpo, expressando suas necessidades fisiológicas, emocionais e sentimentais (RECTOR; TRINTA, 1990). A aptidão em comunicar-se em um nível mais elevado e elaborado distingue e diferencia os seres humanos de outros animais (LITTLEJOHN, 1988). Comunicar é expressar a essência do ser humano (RECTOR; TRINTA, 1990).

Etimologicamente, a palavra “comunicar”, provém do latim *comunicare*, significa “tornar comum”, “partilhar”, “conferenciar”. A comunicação é uma interação em que duas ou mais pessoas trocam mensagens; e durante o processo, ambas se apresentam e interpretam-se entre si (SILVA, 2013; ARAÚJO; SILVA, 2012; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como um “comportamento interativo, que significa dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (GARCIA, 2015).

O processo de comunicação pressupõe os seguintes elementos: emissor, signo, canal, mensagem, contexto, receptor e resposta (SILVA, 2013).

O emissor é aquele que emite a mensagem, a codifica e transmite para o outro. Essas mensagens são transmitidas através de canais, referidos na comunicação interpessoal como os órgãos dos sentidos: visão, audição, tato, olfato, paladar (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). As mensagens são constituídas de signos que apresentam significados e veiculam informações. Os signos transmitem ideias, mensagens para as pessoas, sejam eles símbolos (uma única decodificação) ou sinais (mais de uma decodificação). A palavra pode ser considerada um signo verbal por representar uma ideia, já os gestos são considerados signos não verbais por representarem mais de um significado (SILVA, 2013).

No processo de comunicação, o receptor é a pessoa que recebe a mensagem enviada e elabora uma resposta mediante a interpretação e decodificação da mensagem recebida. A resposta indicará se a mensagem recebida foi compreendida e, a partir de então, a informação torna-se comum entre os interlocutores. No processo de comunicação interpessoal, é atribuição do profissional da saúde, observar e avaliar as respostas emitidas pelo paciente. A resposta é considerada satisfatória quando a mensagem transmitida pelo emissor alcançou o receptor e a mensagem foi validada, provocando resultados e auxiliando na mudança de comportamento do paciente e família (PEREIRA, 2008; STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013). De acordo com Rector e Trinta (1990), uma unidade de comunicação constitui uma mensagem, e a sequência de mensagens intercambiadas entre os interlocutores produz uma interação interpessoal.

Segundo Stefanelli e Carvalho (2012), as funções da comunicação organizam-se nos seguintes eixos: investigar, informar, conhecer a si mesmo e o outro, manter uma relação significativa, modificar a atitude e o comportamento. Ao investigar, levantam-se informações sobre o paciente e a família, sobre o processo de doença e elementos associados. A informação consiste em enviar as mensagens novas a quem ocupa o lugar de receptor, a depender de cada situação ou necessidade.

2.2 DIMENSÕES DA COMUNICAÇÃO

2.2.1 Comunicação verbal/ psicolinguística

O processo de comunicação possui duas dimensões, a verbal e não verbal. A comunicação verbal ou psicolinguística acontece por meio de palavras, utilizando a linguagem escrita e falada (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013). A língua é

caracterizada como um fluxo estruturado de sons da fala, que são organizados em frases, de acordo com as normas da sintaxe ou gramática (LITTLEJOHN, 1982). Ela é influenciada pela cultura de cada indivíduo (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013). A cultura representa os hábitos compartilhados por integrantes que convivem em uma determinada área geográfica; são as informações adquiridas, preservadas e passadas entre os grupos da sociedade humana (RECTOR; TRINTA, 1990).

A comunicação verbal é um recurso utilizado entre as pessoas para transmitir e *expressar* seus pensamentos, *clarificar* uma situação, compartilhar vivências, e *validar* o significado da percepção da informação (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013). De acordo com Silva (2013), algumas estratégias ajudam a operacionalizar a linguagem verbal. Na *expressão*, permanecer em silêncio e escutar o outro, tendo consciência das suas próprias atitudes e de conter as emoções; expressar aceitação (“eu entendo...”) e interesse (“continue...”), através da demonstração de atenção ao relato do outro; reiterar as últimas palavras faladas pela pessoa; escutar reflexivamente. Durante a *clarificação*, incentivar comparações auxiliando a pessoa a se expressar (“a senhora quer falar que é igual a...”); reenviar as perguntas realizadas, a fim de elaborar um raciocínio sobre a questão e o que a motivou a realizar a pergunta (“em sua opinião, o que a senhora acha...?”); pedir esclarecimento de vocábulos e expressões diferentes e de dúvidas (“obrar”, “arribar”...). E por último, na *validação*, retornar a falar a mensagem dita (“então combinamos que...”, “só para lembrar que...”); solicitar que a pessoa repita a conversa (“como foi mesmo que acertamos?”); “para eu ficar tranquila, a senhora pode dizer o que conversamos?”). De acordo com estudos, a não validação da comunicação é um dos fatores de falta de entendimento entre as pessoas.

É necessário que a comunicação verbal seja qualificada, acrescida de emoções e sentimentos, os quais são classificados pela comunicação não verbal (SILVA, 2013). O processo de comunicação em si pode ser limitado devido ao fato de apenas 7% dos pensamentos serem emitidos verbalmente, e 93% pela comunicação não verbal (SILVA, 2013). Portanto, mesmo que os profissionais não falem diretamente com o paciente, ainda assim estão se comunicando com eles mediante os sinais não verbais, através da sua postura corporal, aparência, presença física ou ausência (KOZIOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012).

2.2.2 A comunicação não verbal/psicobiológica

A comunicação não verbal ou psicobiológica é a linguagem do corpo, revelada através de suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais. Nas relações interpessoais, destacam-se

quatro funções da comunicação não verbal, sendo elas: completar a comunicação verbal, substituir a comunicação verbal, contradizer o verbal, e demonstrar sentimentos (STEFANELLI; CARVALHO 2012; SILVA, 2013).

De acordo com Stefanelli e Carvalho (2012), e com Silva (2013), existem diferentes canais na comunicação não verbal, a saber: paralinguagem ou paraverbal, cinésica, proxêmica, tacêsica, características físicas e os fatores do meio ambiente.

Dentre as várias teorias da comunicação não verbal, destacam-se duas abordagens estruturais antropológicas – a teoria cinésica de Birdwhistel e a teoria prôxêmica de Hall – e a obra de Trager sobre paralinguagem, esta última não muito conhecida, mas uma grande contribuição para o entendimento da paralinguística (LITTLEJOHN, 1982; BIRDWHISTELL, 1985; SILVA, 2013).

A paralinguagem ou paraverbal estuda o tom de voz e o realce concedido a diferentes palavras (LITTLEJOHN, 1982; SILVA, 2013). É toda atividade comunicativa não linguística ou qualidades não verbais da voz, geradas pelo aparelho fonador, que aparecem na vocalização de uma conversa (RECTOR; TRINTA, 1990). O estudioso Trager classificou os índices paralinguísticos em quatro modos: *qualidade da voz*, que inclui a altura do tom de voz, qualidade da articulação e ritmo; *caracterizadores vocais*, que compreendem ruídos como riso, choro, gritos, bocejos e outros; *qualificadores vocais*, que é a maneira como as palavras e frases são emitidas; e os *segregados vocais*, que são os fatores rítmicos que ajudam para o fluxo da fala, como o “hum”, “hem”, pausas e alternância de ritmos (LITTLEJOHN, 1982).

Conforme Silva (2013), os sons das palavras demonstram comportamentos e caracterizam: *emoções* (voz trêmula); *qualidades da personalidade* (os introspectivos geralmente têm o tom de voz baixo; já os extrovertidos, mais alto); *posturas e atitudes* (diferentes modos de falar “sim” ou “não”); *característica da interação interpessoal* (se for empática, a voz é mais suave; se antipática, é mais rude); e de *autoimagem* (na boa autoestima, a voz é mais firme; já na baixa autoestima, a voz é instável).

A paralinguagem é um meio de regular o fluxo do diálogo, qualificando a fala, incentivando o outro a falar ou a permanecer em silêncio. Durante a conversa, pode-se interromper o curso da fala, quando um dos interlocutores começar a tossir ou usar um tom de voz mais alto, permanecer em silêncio, ou mudar repentinamente de assunto. No momento da fala, acontece uma sincronia entre o movimento corporal com a modulação da voz, podendo esse fato ser observado em situações de emergências, medo, pânico, dentre outras (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

A compreensão da paralinguagem permite à equipe compreender, por exemplo, os possíveis significados do silêncio do paciente e de seu familiar. Frente a essa situação, pode-se inferir que eles não sabem qual relação devem ter com o profissional, se falam ou apenas respondem as perguntas, têm medo de errar; ou não estão interessados em interagir; podem estar deprimidos; confusos, não sabendo como expressar as suas necessidades; organizando suas ideias; ou estarem cansados de expor as suas necessidades. A interpretação do significado do silêncio está condicionada ao conhecimento da comunicação não verbal do paciente e do seu familiar (MIRANDA; MIRANDA, 1996; STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

A cinésica trata da linguagem do corpo, manifestada através de expressões faciais, gestos e movimentos corporais. Todo movimento ou expressão corporal exibe um significado, e seus padrões são influenciados pela cultura de cada um e por padrões adotados pela sociedade em que se encontra inserido (LITTLEJOHN, 1982; SILVA, 2013).

Segundo Birdwhistell (1985), destacam-se alguns pressupostos que fundamentaram a sua teoria, a saber:

1. Nenhum movimento ou expressão é desprovido de significados no cenário em que se apresenta;
2. A postura corporal, o movimento e a expressão facial são uniformes e sujeitos a avaliação sistemática;
3. O movimento corporal sistemático de um grupo faz parte da comunidade em que o indivíduo pertence culturalmente determinado;
4. O movimento corporal visível, assim como a atividade acústica audível, interfere sistematicamente no comportamento de outros membros do grupo;
5. O sistema biológico e a experiência de vida do indivíduo influenciarão a estrutura cinésica.

Um dos aspectos importantes na cinésica é a gestualidade. Os gestos podem ser conceituados como movimento do corpo imbuídos de significados, e funcionam como apoio na comunicação verbal, ou até mesmo como substitutos (BIRDWHISTELL, 1985; PEREIRA, 2008). De acordo com Silva (2013), os gestos humanos podem ser classificados como: *emblemáticos, ilustradores, reguladores, de manifestações afetivas, e adaptadores*.

Os gestos *emblemáticos* são culturalmente apreendidos, simbólicos e usados socialmente. Ao levantar o polegar, pode-se afirmar que está tudo bem; já ao posicioná-lo para baixo, que está mal; e assim por diante. Os *ilustradores* são gestos adquiridos por imitação e ilustram a fala (“a ferida é desse tamanho” ou “tamanho”). Os *reguladores* são gestos que regulam e sustentam a comunicação entre os interlocutores (o meneio positivo da cabeça confirma e aceita a mensagem, já o meneio negativo discorda ou sinaliza não acreditar no que está ouvindo ou enxergando). As *manifestações afetivas* expressam os estados emocionais das pessoas, podendo estas terem consciência ou não, e serem identificados por outras pessoas (expressão de tristeza e desesperança ao dar uma má notícia; a expressão de alegria a resultados satisfatórios de exames). E por último, os *adaptadores*, gestos que geralmente ocorrem quando não se consegue verbalizar os sentimentos, e são utilizados para compensar os sentimentos negativos que surgem durante a comunicação (roer unhas ao receber um diagnóstico; mexer no cabelo no momento em que se exige uma tomada de decisão) (SILVA, 2013).

Na cinésica, o rosto é a parte do corpo humano mais expressivo de linguagem não verbal. O olhar é um primeiro sinal de interesse pela pessoa, pois ninguém é insensível ao olhar do outro. Ele direciona o fluxo da conversa, controla a atenção, retrata as emoções e as orientações culturais. Durante a realização de um procedimento técnico pela enfermeira, o paciente direciona o olhar para o rosto da mesma, e não para as suas mãos, no intuito de captar os sentimentos da mesma ao cuidar dele (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Inclusive os olhos também emitem mensagens, conforme a sua apresentação. O olho exibirá uma abertura maior diante de uma surpresa, brilhará em momentos de alegrias, e nas tristezas terá uma abertura menor (SILVA, 2013).

A audição exerce papel imprescindível na comunicação interpessoal, não essencialmente na sua função fisiológica de ouvir, mas na função psicológica de escutar. Escutar não se limita apenas a ouvir, mas impõe interesse e empatia pelo outro, compreensão da fala e análise crítica. A psicologia clínica criou o termo “empatia” para designar a habilidade de imersão no mundo subjetivo do outro e de compartilhar a sua vivência, mas sem perder a sua identidade (PEREIRA, 2008).

Durante a escuta, a posição do corpo pode transmitir diferentes mensagens. Quando a posição do tronco está relaxada ou recostada em uma cadeira, demonstra desânimo, desinteresse. Porém, o tronco muito ereto denota posição de superioridade. No entanto, ao inclinar o corpo para frente, o profissional comunica total atenção ao paciente (MIRANDA; MIRANDA, 1996).

O antropólogo Hall compartilhava com Birdwhistell a opinião de que a comunicação é um processo que envolve múltiplos canais. Foi adotado por Hall o termo “proxêmica” para se “referir às observações e teorias inter-relacionadas, relativas ao uso que o ser humano faz do espaço como elaboração especializada da cultura” (HALL, 1981, p. 13). Ela estuda o significado social do espaço e a sua estruturação, bem como os espaços interpessoais que os comunicadores mantêm durante a interação (HALL, 1981, STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013).

Segundo as autoras Stefanelli e Carvalho (2012), e Pereira (2008), a distância estabelecida entre as pessoas está vinculada a: regras culturais, situações e circunstâncias, sentimentos, interrupções espaciais, interação entre os interlocutores, idade, sexo, características físicas, personalidade, autoimagem, papel que desempenham socialmente, e afinidades.

Segundo Hall (1981), existem três modos de espaço: as características fixas, as semifixas e o espaço informal.

As características fixas são as disposições estruturadas inalteradas, e facilitam a organização das atividades dos indivíduos e grupos. Existem alguns espaços com características fixas não visíveis, e dependem do comportamento da pessoa, ou de uma linha imaginária (a fronteira invisível que separa os leitos dos pacientes). As pessoas trazem consigo internalizações do espaço com características fixas apreendidas no decorrer do desenvolvimento humano (HALL, 1981).

As características semifixas consistem na forma como são dispostos o mobiliário, e o espaço informal relativo ao território pessoal em torno do corpo e que se move com a pessoa (as cadeiras dispostas em círculo no momento da realização de atividades em grupo, logo após o término da atividade são enfileiradas uniformemente ao longo da parede) (HALL, 1981).

O espaço informal inclui a distância entre as pessoas, e é estabelecida em momentos de conversas informais e influenciadas pela cultura. A forma das pessoas se sentirem com relação umas às outras, em diferentes situações, determina a distância a ser estabelecida entre os interlocutores (HALL, 1981).

Segundo Hall (1981), existem quatro zonas de distância que se originaram de observações e entrevistas com adultos de ambos os sexos, da área de negócios e profissionais liberais de classe média, saudáveis, e a maioria procedentes da região nordeste dos Estados Unidos. As distâncias mensuradas variaram de acordo com a personalidade e fatores ambientais.

O antropólogo norte americano Hall categorizou a distância interpessoal da seguinte maneira: distância íntima de 15 a 45 cm (há um envolvimento físico entre as pessoas, sente-se o calor e o odor do outro, a visão pode ficar turva devido à proximidade e a voz é escutada por meio de sussurro); distância pessoal de 50 cm a 1,20 m (é possível tocar ou segurar a mão de outra pessoa, ocorre durante o cumprimento formal ou aproximação das pessoas em eventos, troca de olhares, de sorrisos, o nível da voz é moderado); distância social de 1,20 a 3,50 m (o nível da voz é normal, tem caráter formal, utilizada no contato com pessoas importantes ou superiores a nós); distância pública acima de 3,50 m (usada em ocasiões públicas, a voz precisa ser amplificada, a pessoa é vista em tamanho reduzido).

De acordo com Stefanelli e Carvalho (2012), a linguagem proxêmica é constituída por dois conceitos fundamentais para o cuidado, que são o espaço pessoal e a territorialidade.

O espaço pessoal representa uma área de proteção localizada em torno do corpo da pessoa, semelhante a uma zona energética ou bolha de proteção. Essa percepção faz com que a pessoa tenha consciência de si. O distanciamento estabelecido entre as pessoas se diferencia entre elas. Pode-se determinar, no ambiente hospitalar, o espaço pessoal de cada paciente pela disposição dos seus objetos pessoais no recinto. Quando a equipe interprofissional não respeita esse limite, invade o espaço pessoal do paciente. E este rejeita essa atitude, expressando-se por meio da mudança de posicionamento no leito, da elaboração de barreiras por meio do seu próprio corpo (pernas e braços), e distanciando-se do profissional (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013).

Na territorialidade, a pessoa determina uma espécie de área física, estabelecendo-a como sendo a sua propriedade. O paciente, ao se internar, delimita o seu território, o qual é representado por seu leito, mesinha de cabeceira e posição física na enfermaria, disposição de seus objetos pessoais, demarcando, assim, a sua área. Alguns profissionais, ao prestar atendimento ao paciente, muitas vezes por não estarem atentos a esses detalhes, modificam os móveis e objetos de uso pessoal, e com isso desrespeitam o território do paciente (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013).

O toque e suas características são estudados pela tacêtica, e comporta-se como canal de comunicação não verbal. Devem ser analisados alguns aspectos em relação ao toque, como: tempo, período, localização, extensão, modo, representação, parte do corpo a ser tocada e sensação desencadeada. O contato físico, além de representar um acontecimento emocional no qual os receptores sensoriais são estimulados e desencadeiam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, contribui para o restabelecimento do paciente (SILVA, 2013). No idoso, essas funções sofrem um declínio, tornando-as mais débeis,

acompanhadas de modificações do turgor da pele e função imunológica. A sensibilidade é alterada, mas a necessidade do toque permanece (SCHIMIDT; SILVA, 2013).

O toque é apontado como um dos mecanismos mais importantes de contato com o mundo (SCHIMIDT; SILVA, 2013). Isso é perceptível já desde o nascimento da criança, quando usa o tato para tocar o seio de sua mãe ao ser amamentada e os objetos que a rodeiam. Com o passar dos anos, o tato vai se tornando mais contido e rígido, pelas exigências sociais e culturais (RECTOR; TRINTA, 1990).

O toque pode ser *instrumental* (exercido durante um procedimento técnico); *expressivo ou afetivo* (na manifestação de empatia, afeto e de aproximação); *terapêutico* (na técnica terapêutica de imposição das mãos) (SILVA, 2013; SCHIMIDT; SILVA, 2013). A maioria dos procedimentos realizados pela enfermeira na área assistencial exige alguma forma de contato com o paciente (KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012). O toque não deve estar condicionado apenas à realização de procedimentos técnicos, mas demonstrar atenção, empatia, segurança e relação de proximidade entre profissional e paciente (KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012; SILVA, 2013). Entretanto, é necessário considerar as diferenças individuais e culturais de cada pessoa. No caso de uma pessoa introspectiva, ela provavelmente rejeitará o toque; já as culturas como dos latinos aceitam melhor essa forma de comunicação (SILVA, 2013).

Em relação aos profissionais da saúde, o maior receio está relacionado em tocar pessoas do sexo oposto durante a realização de procedimentos invasivos ou ao tocar a área íntima da pessoa. Isso pode ocasionar constrangimentos ao profissional e ao paciente. O toque sofre interferências em relação à qualidade e quantidade, a depender do estado emocional do profissional, empatia, profissionalismo e características dos pacientes (SCHIMIDT; SILVA, 2013).

Os processos psicoterapêuticos são mais convidativos quando os pacientes são recepcionados com aperto de mão e toque (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Também é constatado, na pesquisa de Kozłowska e Doboszynska (2012), que do ponto de vista do paciente, a melhor forma de toque é a enfermeira segurando sua mão. E as formas de comunicação não verbal mais usadas pelas enfermeiras em suas práticas diárias de cuidado são o toque, a expressão facial, o contato com os olhos, e a demonstração de compaixão por seus pacientes.

O paciente é mais sensível ao toque em situações em que se encontra desacompanhado, em fase final de vida, com dor, autoestima rebaixada, entristecido e com nível de consciência e sentidos diminuídos (KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012).

Porém, quando uma pessoa é tocada, está sendo invadida no seu espaço pessoal; então, necessita-se pedir licença e seu consentimento, além de estar atento à linguagem verbal e não verbal, manifestada pela pessoa através da sua expressão facial, movimentos corporais, sons emitidos, fala, dentre outros. No entanto, há situações em que só o toque pode expressar a presença de uma pessoa ao seu lado (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013).

As características físicas integram a comunicação não verbal e são representadas pela forma e aparência do corpo. Essas descrições transmitem informações sobre a faixa etária, origem étnica e social, condições de saúde, e auxiliam na elaboração do diagnóstico. Na interação com o outro, as principais características que fornecem informações estão relacionadas ao rosto, olhos, nariz, boca, cabelos, dentre outros. Os objetos e artefatos usados pela pessoa também oferecem informações de seu autoconceito (SILVA, 2013). No estudo realizado pelas autoras Kozłowska e Doboszynska (2012), a aparência exibe um importante significado, sendo que a maioria dos pacientes afirmou que as enfermeiras devem manter os seus uniformes limpos, porque estes prestam atenção nesses aspectos.

O profissional pode prestar cuidados indiretos ao paciente e seu familiar, antes mesmo de iniciar o seu atendimento. Na sala de espera, ao dispor de revistas, música, cafezinho/chá/água, toalete, dentre outros. Já durante o atendimento direto, colocar uma caixa de lenços, a fim de proporcionar privacidade, permitindo que o paciente e seu familiar expressem as suas emoções (MIRANDA; MIRANDA, 1996). A maioria das informações íntimas e pessoais dos pacientes e seus familiares não é dita à equipe, porém esta, muitas vezes, nem as percebe (SILVA, 2004). Assim, um ambiente acolhedor, a demonstração de empatia, atenção e conhecimento da linguagem não verbal são facilitadores para detectar as emoções mais íntimas do paciente e seu familiar. Já os fatores relacionados a ruídos e temperaturas extremas, presença de cores vibrantes, grande luminosidade e falta de privacidade podem provocar desconforto físico e isolamento social (SILVA, 2013; MIRANDA; MIRANDA, 1996). Segundo Caswell *et al.* (2015), em seu estudo etnográfico em ambiente hospitalar, os altos níveis de ruídos podem ser desencadeados por telefones tocando, campainhas de pacientes, conversas, chamadas de profissionais através de áudios e equipamentos movimentados nos corredores.

Pode-se dizer que o emprego eficaz da comunicação verbal e não verbal é considerado uma ferramenta essencial para se estabelecer uma interação entre a equipe e o paciente e família (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Durante a realização do cuidado, a enfermeira e demais profissionais precisam estar conscientes de que todo comportamento verbal ou não

verbal, sendo ele intencional ou não, é uma maneira de comunicação (PEREIRA, 2008; STEFANELLI; CARVALHO, 2012; KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012).

2.3 A COMUNICAÇÃO HUMANA E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A comunicação interpessoal se estabelece em encontros que ocorrem face a face, no intuito de compreender o outro e de ser compreendido, através da troca recíproca da linguagem verbal e não verbal. É determinada pela necessidade do relacionamento entre as pessoas, e de fazer parte da vida em sociedade (BARNULUND *apud* LITTLEJOHN, 1982; PEREIRA, 2008; SILVA, 2013). Esse conceito inclui cinco critérios, a saber: devem existir duas ou mais pessoas próximas fisicamente, e que sejam perceptíveis uma à outra; abrange a interdependência comunicativa, isto é, o comportamento comunicativo de uma pessoa é influenciado pela resposta direta de outra pessoa; envolve a troca de mensagens; as mensagens são codificadas da forma verbal e não verbal; a comunicação interpessoal não tem uma estrutura definida, sendo percebida pela informalidade e flexibilidade (BARNULUND *apud* LITTLEJOHN, 1982).

Segundo Silva (2013), existem cinco componentes utilizados para examinar uma situação da comunicação interpessoal, e decodificar claramente uma interação, sendo eles: a *realidade ou situação* (circunstâncias em que ocorre a interação); *interlocutores* (pessoas se comunicam e transmitem mensagens continuamente, seja através de palavras ou movimentos corporais); *mensagem* (informações transmitidas imbuídas de emoções, linguagem própria e muitas vezes não codificadas); *signos* (sinais ou símbolos usados para emitir a mensagem); *meios* (veículos usados para transmitir uma informação, podendo ser palavras, movimentos corporais, espaços entre interlocutores, acessórios, objetos, entre outros).

Segundo Peplau (1952, *apud* STEFANELLI; CARVALHO, 2012), a comunicação terapêutica é fundamental na enfermagem psiquiátrica, como em outras áreas de atuação da enfermagem. Ela destaca alguns aspectos importantes no relacionamento enfermeira e paciente, a saber:

- Incentivar o paciente a relatar a situação vivenciada por ele;
- Permanecer em silêncio;
- Centrar a atenção em um assunto de cada vez;
- Clarificar os pensamentos relatados pelo paciente;
- Utilizar palavras concretas ao falar;

- Evitar questionamentos que não incentivem respostas, ou deixem a enfermeira em situação desconfortável;
- Retornar ao paciente o próprio questionamento realizado por ele;
- Solicitar esclarecimentos sobre o possível causador da situação problema, nos momentos em que o paciente utiliza pronomes indefinidos;
- Não iniciar uma conversa com perguntas “por que” e “como”;
- Validar o entendimento da mensagem do paciente;
- Procurar entender os sentimentos expressos pela linguagem não verbal;
- Demonstrar atenção pelo paciente.

A comunicação e as habilidades interpessoais são componentes básicos no atendimento de alta qualidade e competência profissional (KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012). A adequada capacidade de comunicação, quando empregada de maneira terapêutica, resulta uma maior satisfação do paciente, adesão e melhores resultados ao tratamento, controle eficaz da dor, entendimento do processo de doença, menor número de reclamações de negligência médica, redução da ansiedade (KISSANE *et al.*, 2012). Além disso, ajuda os pacientes no enfrentamento e adaptação da sua condição atual de vida, identificação e atendimento de suas necessidades e prioridades em saúde. Também transmite confiança, segurança, para participação no processo decisório, uma vez que esses pacientes detêm informações necessárias para serem ajudados e para ajudarem a si próprios (PEREIRA, 2008; PETERSON; CARVALHO, 2011; ARAÚJO; SILVA, 2012; KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012).

Existem barreiras que podem interferir no processo de comunicação e estão associadas a: linguagem utilizada, como o emprego de termos técnicos, afirmações preconceituosas e mensagens fragmentadas; surdez e mutismo; falta de atenção e significado comum entre emissor e receptor; e ausência de privacidade (SILVA, 2013). Além da idade do paciente, nível educacional, cultural, comportamentos e nível social (KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012). Já em Oncologia, as barreiras na comunicação podem ocorrer em diferentes momentos do processo de tratamento, principalmente em abordagens relacionadas a doença e morte, e acentuadas pelo simbolismo que a palavra “câncer” exibe no meio social (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

As principais reclamações na área da saúde estão relacionadas à comunicação. Em atendimentos médicos, os pacientes vivenciam duplos sentimentos de *conhecer e compreender* o processo da doença, tratamento, prognóstico, e de *sentir-se conhecido e*

compreendido em suas individualidades e necessidades (EPSTEIN, 2014). A relação de ajuda e a comunicação eficaz são imprescindíveis para auxiliar os pacientes a entenderem a sua doença e condição de saúde. Neste contexto, os profissionais que fornecem assistência aos pacientes em cuidados paliativos devem ter habilidades de iniciar conversas difíceis ou de transmitir más notícias para os pacientes e famílias (PEREIRA, 2008; KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012; MONDEN; GENTRY; COX, 2016).

Pacientes e familiares constantemente sentem-se insatisfeitos pelo tipo de informação repassada pela equipe que lhes atende. São submetidos a diversos procedimentos, mas sem ter clareza da sua real indicação, sentindo-se invadidos e expostos no ambiente hospitalar (SILVA, 2004). Apenas com a utilização da comunicação adequada com o paciente e familiar é que o profissional conseguirá entender as suas necessidades e ajudá-lo a enfrentá-las e a buscar soluções, bem como estabelecer novos modelos de atitudes e comportamento (SILVA, 2004; MALDONADO; CANELLA, 2009).

Sendo assim, a comunicação dá sentido às relações interpessoais. Portanto, é necessário dispensar tempo para preservar e fortalecer essas interações. Ao planejar o uso do tempo, necessita-se fazer escolhas. Se a escolha é cuidar do outro, deve-se organizar o tempo para escutar, olhar nos olhos, tocar e sentir o outro (SILVA, 2004). Nesse contexto, quanto mais vulnerável uma pessoa se encontra, mais a comunicação com ela precisará ser planejada de forma adequada (MACK *et al.*, 2012). No caso da comunicação nos cuidados paliativos, esse planejamento é imprescindível, pois o foco é a atenção voltada inteiramente para a pessoa como indivíduo biográfico, autônomo e participante ativo do processo de cuidado/tratamento (BERNACKI *et al.*, 2015).

2.4 BREVE HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

As primeiras tentativas de minimizar o padecimento físico ou espiritual do ser humano originam-se com os xamãs nas sociedades antigas, dentre eles o hindu, a chinesa, a caldeia e a egípcia. Nesse período, o Egito e a Índia Antiga dispunham de entidades que possuíam alguns traços que já remetiam a hospitais, bem como a organizações de ensino médico e cuidados de saúde. No Ceilão, em 437 a.C, havia hospitais com particularidades dos atuais *hospices*, os quais dispunham de tratamentos para doentes crônicos ou fora de possibilidades terapêuticas de cura. Os familiares dos pacientes eram orientados a oferecer aos seus doentes, cuidados de conforto, frutas secas e vegetais, e administrar medicamentos (SANTOS, 2011).

A estimativa de vida no período a.C era de aproximadamente duas décadas, e o principal motivo da morte eram as doenças infecciosas, que se assemelhavam à situação do Brasil no século XIX. Essas instituições são reconhecidas historicamente por se assemelharem aos *hospices*, pois tinham o objetivo de tratar e cuidar de pessoas com doenças crônicas ou sem presunção de cura. Porém, o cuidar e o tratar eram limitados, em virtude do incipiente conhecimento científico. Os *hospices* eram abrigos destinados a receber e cuidar de peregrinos viajantes. O termo *hospice* deriva do latim *hospes*, que significa “estranho” ou “estrangeiro”. Mais tarde, o vocábulo teve outro significado, *hospitalis*, que tinha a conotação de “boas vindas” ao estrangeiro e *hospicium* significava acolhimento, recebimento e hospedagem. No idioma português, o termo foi interpretado como “hospício”, local em que se tratavam pessoas com patologias mentais. Devido a essa conotação, manteve-se na língua portuguesa o termo inglês *hospice*. Também usado pelos países anglo-saxônicos e de cultura latina, como França e Itália. Então, foi atribuído ao termo *hospice*, local, habitação fixa destinada aos menos favorecidos socialmente, aos insanos, e pacientes com doenças incuráveis (SANTOS, 2011). Segundo Meier (2011), *hospice* é o local destinado para pacientes terminais, com o propósito de fornecer um cuidado abrangente, com base em equipes interdisciplinares de cuidados paliativos. Por outro lado, de acordo com Santos (2011), o hospital tinha a concepção de local da permanência temporária para enfermos com possibilidades de cura.

Os primeiros locais de cura e de tratamento também eram templos religiosos, destacando-se o Templo de Asclépio (deus da medicina) na Grécia Antiga, recebendo os pacientes que não tinham sido curados por um médico itinerante, o *Iatros*. Diante desse panorama, o advento da medicina hipocrática buscava compreender o motivo das doenças, das dores e de organizar o tratamento e o cuidar com embasamento empírico. Pela tradição hipocrática, era negado tratamento aos pacientes com doenças incuráveis, pois alegavam que era vontade dos deuses, e então seria antiético cuidar desses doentes. Para tratar as dores físicas, utilizavam-se bebidas alcoólicas e drogas fitoterápicas, como o ópio, do qual se deriva a morfina, medicação utilizada nos dias de hoje para tratamento da dor em pacientes em cuidados paliativos (SANTOS, 2011).

Na era cristã, quando se propagava o Cristianismo pela Europa, surgiram os cuidados paliativos. O termo “paliativo” origina-se do latim *pallium*, que tem o sentido de “manto”, vestimenta usada pelo Papa, dotado de simbologia e significação. O manto correlaciona-se com a figura do Bom Pastor, levando o cordeiro nos ombros (SANTOS, 2011). Na época das Cruzadas, os cavaleiros recebiam um manto, *pallium*, para protegê-los das intempéries do

caminho na longa jornada (BURLÁ; PY, 2014). Contudo, na língua portuguesa, o termo “paliativo” foi interpretado como uma solução passageira e não resolutiva (SANTOS, 2011; BURLÁ; PY, 2014).

Os cuidados paliativos foram definidos em 1990, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “o cuidado total ativo de pacientes cuja doença não responde a tratamentos curativos”, embora essa definição também afirmasse que alguns aspectos dos cuidados paliativos são utilizados na fase inicial da doença (HUI *et al.*, 2015). Ao longo das duas últimas décadas, em respostas às necessidades dos pacientes que vivem com doença grave por vários anos, a transformação de muitos cânceres em doenças crônicas por avanços no tratamento, e o reconhecimento de que os pacientes não podem ser categorizados em “aqueles que estão vivendo” e “os que estão morrendo”, a definição dos cuidados paliativos sofreu modificações (EPSTEIN; MORRISON, 2012). Sendo assim, a OMS definiu, em 2002, os cuidados paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar não somente a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010; GUO; JACELON; MARQUARD, 2012; WHO, 2010).

A partir da definição de cuidados paliativos pela OMS em 2002, elencaram-se alguns princípios para nortear essa modalidade de tratamento, dentre eles: agir no controle da dor e dos sintomas que geram sofrimentos; afirmar a vida e o morrer como um processo natural; não apressar e nem retardar a morte; incorporar ao cuidado os aspectos psicológicos e espirituais; ajudar os pacientes a viverem ativamente até a sua morte; auxiliar a família a lidar com a doença do seu ente querido e no momento do luto; trabalhar em equipe e melhorar a qualidade de vida dos pacientes; ser iniciado precocemente, junto com outras medidas terapêuticas de prolongamento da vida, como a quimioterapia, cirurgia e radioterapia (WHO, 2010). Assim, durante a progressão da doença, os cuidados paliativos e curativos seguem paralelamente, e um não exclui o outro (SANTOS, 2009). Neste contexto, os autores Guo, Jacelon e Marquard (2012) ressaltam alguns atributos dos cuidados paliativos como sendo uma especialidade médica, um cuidado holístico, um cuidado centrado no paciente e na família, um trabalho em equipe interdisciplinar, uma comunicação eficaz e uma abordagem integrada.

Para Meier (2011), os cuidados paliativos são indicados para os pacientes e suas famílias que renunciam às terapias curativas, devido aos efeitos colaterais desses tratamentos superarem os seus benefícios, ou dos pacientes terem um prognóstico de vida que vai de

semanas a meses. Eles podem ser estabelecidos em nível primário, secundário, terciário. O nível primário do cuidado paliativo corresponde ao tratamento médico com objetivo de proporcionar aos seus pacientes, alívio da dor e de outros sintomas, bem como a realização precoce de discussões sobre o planejamento da assistência. Já o nível secundário, ocorre no momento em que o médico referencia o paciente ao especialista em cuidados paliativos, para resolução de problemas complexos ou difíceis. E por último, o nível terciário envolve a pesquisa e o ensino, além de especialista em cuidados paliativos. Para Burlá e Py (2014), os cuidados de final de vida estão inclusos nos cuidados paliativos e destinam-se aos pacientes em declínio clínico progressivo e os que estão próximo da morte.

Devido à vulnerabilidade do paciente e às alterações constantes do quadro clínico, este necessita de diferentes cuidados e tratamentos para alívio e conforto de sintomas, que são oferecidos em instituições hospitalares, *hospice* ou em domicílio (SANTOS, 2011). Geralmente nos últimos meses de vida, o paciente é acompanhado em nível ambulatorial, porém nos últimos dias de vida é frequente a internação hospitalar (ARAÚJO; SILVA, 2012).

A biotecnologia não se contrapõe aos cuidados paliativos, visto se tratar de uma modalidade puramente intervencionista e de alta complexidade. Mas se associada e bem dimensionada, pode auxiliar, por meio de suas medidas farmacológicas avançadas, a atenuar a dor e controlar os sintomas decorrentes da doença incurável e prolongada. É um ajuste harmônico entre o desenvolvimento técnico-científico e o humanismo, entre as medidas farmacológicas e não farmacológicas (BURLÁ; PY, 2014).

Segundo Hui e Bruera (2015), no decorrer de todo o percurso do tratamento oncológico (investigação diagnóstica, cura do câncer ou evolução para cuidados paliativos e morte), os cuidados de suporte acompanham o paciente. Essa modalidade de tratamento tem o objetivo de satisfazer as necessidades de informações, o aspecto emocional, espiritual, social ou físico do paciente e familiar durante o diagnóstico, tratamento ou fases de acompanhamento, incluindo questões relacionadas a promoção da saúde, prevenção de complicações, sobrevivência, palição e luto. Este cuidado necessita de apoio de outros serviços, tais como o de uma equipe interprofissional para gerenciar os efeitos tóxicos dos tratamentos oncológicos e complicações relacionadas à progressão da doença.

2.4.1 Situação dos cuidados paliativos e *hospice* no Mundo e no Brasil

O primeiro hospital com especialidade em cuidados paliativos foi construído na Ásia Menor em meados do ano 370 d.C., pelos cristãos ortodoxos orientais, destinados a cuidar de

idosos portadores de doenças avançadas e leprosas, que na época morriam devido a essas enfermidades (SANTOS, 2011).

A primeira pessoa a utilizar o termo *hospice* foi Madame Jeanne Garnier, na cidade de Lyon, na França, em 1842, durante a criação de instituições com a intenção de cuidar de moribundos. Posteriormente ocorreu a criação do Our Lady's Hospice, em 1879 em Dublin, e do St. Joseph's Hospice em 1905, em East Londres, além de diversas casas católicas, protestantes e judias no final do século XIX e início do XX, nos Estados Unidos, Austrália e países europeus (SANTOS, 2011).

Uma pesquisa realizada pelo *International Observatory on End of Life Care* (IOELC), da Universidade de Lancaster, no Reino Unido, envolveu um mapeamento global e de desenvolvimento dos cuidados paliativos/*hospice* nos 234 países incluídos na lista da Organização das Nações Unidas (ONU). O estudo foi desenvolvido em 2006 e replicado em 2011, com novos critérios de categorização dos níveis de cuidados paliativos/*hospice*. Em 2006, categorizaram-se 4 Grupos (1, 2, 3, 4) de cuidados paliativos/*hospice*; já em 2011, foram realizadas alterações nos critérios para o nível de desenvolvimento nos Grupos 3 e 4, e estes foram subdivididos para produzir dois níveis adicionais de categorias (Grupos 3a, 3b, 4a e 4b), conforme Lynch, Connor e Clark (2013), a saber:

Grupo 1: nenhuma atividade registrada de cuidados paliativos e *hospício* conhecidos;

Grupo 2: países com possibilidades de construir as atividades de cuidados paliativos/*hospice*, mas sem a presença de nenhum;

Grupo 3a: isolada prestação de cuidados paliativos;

Grupo 3b: ampla prestação de cuidados paliativos;

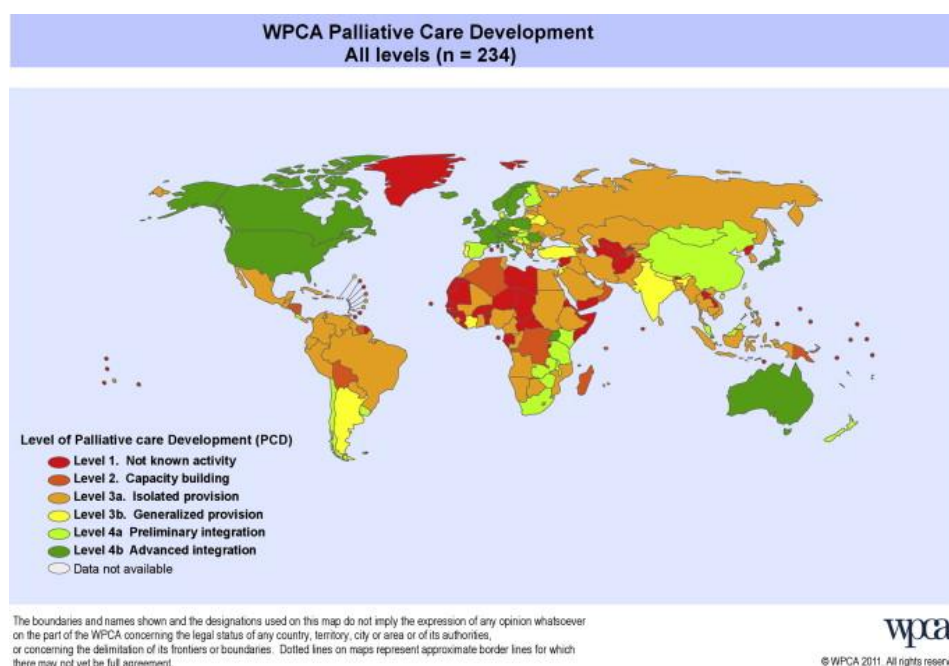
Grupo 4a: países em que os serviços de cuidados paliativos/*hospice* estão em uma fase preliminar de integração com os serviços de saúde.

Grupo 4b: países em que os serviços de cuidados paliativos/*hospice* estão em uma fase de integração avançada com demais serviços de saúde.

Conforme os autores Lynch, Connor e Clark (2013), em 2006, 115 dos 234 países do mundo (49%) tinham estabelecido um ou mais serviços de cuidados paliativos/*hospice*, sendo que em 2011, 136 dos 234 países do mundo (58%) apresentaram um ou mais serviços de cuidados paliativos/*hospício*, tendo um crescimento de 21 países (+9%). Dentre as categorias, foram quantificados os países, representando no Grupo 1, 75 (32%); Grupo 2, 23 (10%); Grupo 3a, 74 (31,6%); Grupo 3b, 17 (7,3%); Grupo 4a, 25 (10,7%); e Grupo 4b, 20 (8,5%). O Brasil encontra-se no Grupo 3a (países com isolada prestação de cuidados paliativos) com registro de 22 serviços, para uma população de 193.734.000, estabelecendo

uma proporção de 1: 8. 800.000 milhões de pessoas. Vale ressaltar que embora o Brasil possua serviços estruturados, associações de profissionais e legislações favoráveis, carece de educação e formação em cuidados paliativos. Já nos grupos 4a /4b varia de 1: 34.000 de pessoas na Áustria a 1: 8.511.000 na China. Existe uma grande relação entre cuidados paliativos e desenvolvimento humano nos países. Apenas seis países (13%) nos Grupos 4a /4b têm um baixo nível de desenvolvimento humano, e estão localizados na África.

Figura 1 – Níveis de desenvolvimento dos cuidados paliativos.



Fonte: Mapping levels of palliative care development: a global update (LYNCH; CONNOR; CLARK, 2013).

O movimento *hospice* moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, com formação em enfermagem, assistência social e medicina. Essa profissional idealizou e fundou, por volta de 1967, o St. Christopher's Hospice, no Reino Unido, sendo pioneira em criar os cuidados paliativos, e em se preocupar com a indiferença social com a qual os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares vivenciavam o processo do adoecimento e o fim de vida (SANTOS, 2011; GUO; JACELON; MARQUARD, 2012; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). A estrutura do *hospice* possibilitou a inserção dos cuidados paliativos, a assistência aos pacientes em domicílio e para a sua família, durante a doença e pós-morte, além do desenvolvimento de ensino e pesquisa, que hoje é uma referência mundial. Esse modelo de instituição se propagou principalmente para os Estados Unidos e Canadá (MATSUMOTO, 2012).

No Brasil, os cuidados paliativos são relativamente novos, introduzidos no século passado na década de 1980, e estabelecendo-se como uma nova forma de cuidar do paciente sem possibilidades terapêuticas de cura. O primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil surgiu em 1983 no Rio Grande do Sul, seguido da Santa Casa de Misericórdia em São Paulo em 1986 e após, em Santa Catarina e no Paraná. Em 1998, foi criado o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos. Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), constituída por profissionais com o objetivo de difundir a filosofia dos cuidados paliativos no Brasil. Surge em 2000 o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, destinado ao tratamento de portadores de metástases, o qual, em 2003, tornou-se uma enfermaria de cuidados paliativos. Também surgiram outros serviços, como: o Projeto Casa Vida, associado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; o grupo de Cuidados Paliativos em AIDS do Hospital Emílio Ribas de São Paulo; o Programa de Internação Domiciliar da Prefeitura em Londrina; os Centros de Associações à Assistência Domiciliar em prefeituras no Paraná; os Hospitais do Câncer de Salvador, Barretos, Goiânia, Belém, Manaus e São Paulo; os ambulatórios em Hospitais Universitários, como o ambulatório da Unifesp, HC/FMUSP, das escolas de Botucatu e Caxias do Sul; o serviço do Hospital de Base de Brasília; o Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal; e fundada em 2005, a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP) (MATSUMOTO, 2012; HERMES; LAMARCA, 2013).

O Ministério da Saúde vem fortalecendo oficialmente os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. Ressalta-se nesse contexto a divulgação da Portaria n. 79, de 04 de fevereiro de 2002, que considera no Art. 2º o cadastramento da unidade hospitalar Associação das Pioneiras Sociais/SARAH-Brasília/DF para a realização de procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia(CACON I) sem Radioterapia; e a Portaria n. 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

No Brasil, apenas em 2011 a medicina paliativa tornou-se uma especialidade da atuação médica, segundo a Resolução 1973/2011 do Conselho Federal de Medicina. Porém, nos Estados Unidos a acreditação dessa especialidade ocorreu em 2006, sendo necessários para tal formação, a Oncologia e o treinamento de um ano em cuidados paliativos (HUI *et al.*,

2015). Já no Reino Unido, desde 1987 o país reconhece a importância dos Cuidados Paliativos na medicina e possui uma melhor qualidade de morte (HERMES; LAMARCA, 2013; HUI; BRUERA, 2015).

Segundo Meier (2011), o acesso aos programas de cuidados paliativos e *hospice* nos Estados Unidos é altamente diferenciado em todo o país. No Sul dos Estados Unidos, instituições com fins lucrativos e com pequenas redes de hospitais (menos de 100 leitos) são menos propensas a instituir programas de cuidados paliativos no hospital, em comparação com instituições sem fins lucrativos fora do Sul, e hospitais maiores.

Segundo Caswell *et al.* (2015), os hospitais gerais são planejados para tratar e curar pacientes com doenças agudas ao invés de pacientes em estágio final de vida. Frente a essa projeção, considera-se que essa característica de hospital é inadequada para a prestação de cuidados de fim de vida para os pacientes e suas famílias.

Conforme Hermes e Lamarca (2013), os cuidados paliativos devem ser incorporados à atenção básica, em razão de a mesma envolver um conjunto de ações individuais e coletivas em prol da resolução dos problemas de saúde mais relevantes para a população. Porém, são vivenciados alguns obstáculos nos cuidados paliativos referentes ao atestado de óbito em domicílio; à doação de medicamentos, conservação, distribuição e ao descarte de drogas opiáceas que atenuam a dor.

Mediante a complexidade que exigem os cuidados paliativos, é imprescindível que a atuação de uma equipe interdisciplinar, por meio da comunicação eficaz, favoreça o compartilhamento de conhecimentos e competências entre as disciplinas e uma melhor resolutividade frente às demandas apresentadas pelos pacientes e seus familiares (INCONTRI, 2011).

2.5 O TRABALHO EM EQUIPE

As concepções de equipe provêm historicamente da necessidade do ser humano em unir esforços para atingir objetivos, ou, no mundo atual, de aumentar as produções visando ao lucro. Atrelado a esse contexto, surgem diferentes maneiras de pensar as relações e os processos de trabalho, visto que a atividade individual é substituída pelo trabalho integrado em equipe (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013). Devido à complexidade dos processos “saúde-doença”, é inviável trabalhar sozinho; portanto, necessita-se do apoio de outras disciplinas (PEREIRA, 2008).

O trabalho em equipe pode ser compreendido como uma estratégia de atuação a fim de melhorar a efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, decorrentes da complexidade do processo saúde/doença (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013). Consiste em utilizar a ação terapêutica, com a finalidade de promover saúde e melhor qualidade de vida ao paciente e seu familiar (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010).

O trabalho das disciplinas ainda é fragmentado e disciplinar, podendo esse fato ser atribuído ao regime educacional vigente, desde a formação do Ensino Fundamental, Médio e Acadêmico (SANTOS, 2011). Em uma equipe multiprofissional, cada categoria de profissional contribui com seu conhecimento, mas carece de uma articulação dos trabalhos, levando a ações e avaliações fragmentadas do paciente (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013). Porém, dois aspectos impulsionam para a interprofissionalidade e transdisciplinaridade, sendo eles: a complexidade das áreas de pesquisa e cuidado, e a necessidade prática de planos de atuação no cotidiano (SANTOS, 2011).

A interprofissionalidade configura-se na integração de duas ou mais categorias, com o intuito de conciliar diferentes áreas do saber (VEIT, 2008). Nesse contexto, a interdisciplinaridade surge para romper o paradigma positivista, baseado no modelo cartesiano da ciência, a especialização de áreas. Apesar das críticas à especialização, é através dela que é possível o aperfeiçoamento do conhecimento e de habilidades técnicas na área de atuação em serviço (SANTOS, 2011; HERMES; LAMARCA, 2013).

Segundo Gerard, Kazer *et al.* (2014), globalmente há um grande apelo para o desenvolvimento de modelos de educação interdisciplinar e assistencial, bem como a necessidade de liderança clínica em cuidados de saúde. As demandas atuais dos sistemas de saúde incluem três grandes eixos, que são: a transformação em direção a um sistema de segurança e de qualidade; o uso da tecnologia para oferecer cuidados e envolver os pacientes; e o trabalho em equipe para atender as necessidades atuais e futuras da população.

A interdisciplinaridade é compreendida a uma interação entre uma ou mais disciplinas, na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas, ocorrendo uma alteração interna de cada uma a partir dessa relação, em busca de um objetivo comum, que é a abordagem do paciente na sua integralidade. Isso quer dizer, não apenas os aspectos físicos, mas também sociais, psicológicos, espirituais e culturais (SANTOS, 2011; MATOS; PIRES; SOUSA, 2011; HERMES; LAMARCA, 2013; GERARD *et al.*, 2014). Portanto, para melhor direcionar as situações problemas do paciente e familiar, a disciplina que originou o problema a ser tratado, se sobressai no direcionamento e acompanhamento da discussão, mantendo um predomínio hierárquico na condução e resolução do caso (SANTOS, 2011).

A interdisciplinaridade no Brasil tem avançado nos últimos 30 anos em busca de fortalecer a integralidade e articular princípios, valores e conhecimentos comuns (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010; HERMES; LAMARCA, 2013). Hoje se discute a “transdisciplinaridade”, termo sugerido por Jean Piaget, que propõe um enfoque em que o conhecimento transcenda as disciplinas, rompendo fronteiras entre elas, além de compartilhar estruturas conceituais, compreender a complexidade de fenômenos e processos, e abordagens para tratar problemas comuns de pacientes e familiares (VEIT, 2008; SANTOS, 2011).

Os pacientes necessitam de profissionais e pessoas de sua relação, que ofereçam apoio emocional para restabelecer o seu bem-estar, além do atendimento às suas necessidades físicas, sociais, espirituais e culturais, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida (EPSTEIN, 2014). Diante desse cenário, faz-se necessária a presença de uma equipe com conhecimento técnico-científico, com enfoque na pessoa doente e não na doença, resgatando as relações interpessoais (PEREIRA, 2008). Configuram-se duas dimensões de assistência: o tratar e o cuidar. O tratar corresponde ao “modo de ser trabalho”, e o cuidar o “modo de ser cuidado”. No mundo contemporâneo da absolutização do tecnicismo, o grande dilema é aliar o cuidado com o trabalho. É uma atitude que une habilidade técnico-científica, humanismo, bondade e dedicação. É a relação centrada na pessoa-pessoa, e não pessoa-objeto. Esse entendimento ultrapassa o ser biológico. É uma visão integral do outro, e um dos princípios dos cuidados paliativos, e para tanto, exige-se um trabalho em equipe interdisciplinar (BERTACHINI; PESSINI, 2011).

No que tange aos cuidados paliativos, uma equipe pode configurar-se desde um núcleo básico composto por um médico paliativista e uma enfermeira especializada, como por várias outras áreas do saber (WENTLANDT *et al.*, 2012), sendo esses profissionais: “arte terapeutas, assistentes sociais, cuidadores espirituais ou pastorais, enfermeiras, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, músicos, terapeutas, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas da respiração, terapeutas holistas, terapeutas ocupacionais, terapeutas recreacionistas e voluntários, educador, filósofo e tanatólogo” (INCONTRI, 2011, p. 144). Este último profissional ainda não compõe a equipe, mas existe uma tendência de ele vir a se juntar às demais categorias (INCONTRI, 2011).

O cuidado paliativo implica trabalho interdisciplinar, somando esforços para que o paciente e seu familiar sintam-se acolhidos, seguros e tenham uma qualidade de vida (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013). Para tanto, a realização desse trabalho é possível quando a equipe utiliza a comunicação como meio de estabelecer um canal de integração

entre os próprios membros da equipe, bem como com o paciente e seu familiar (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

2.6 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

A comunicação e o relacionamento interpessoal, o controle da dor e os sintomas, e o trabalho em equipe constituem a tríade-alicerce que sustenta os cuidados paliativos, destinados a melhorar a qualidade de vida dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (ARAÚJO; SILVA, 2012). Esse discurso é reforçado no estudo de Wallen *et al.* (2012), os quais descrevem que a comunicação deve ser consistente a fim de individualizar o cuidado e a equipe interdisciplinar capaz de apoiar emocionalmente e de fazer-se presente, e auxiliar no manejo da dor e demais sintomas dos pacientes. Entretanto, Costa *et al.* (2013) relatam que os cuidados paliativos envolvem três categorias, o paciente, a família e a equipe, independentemente do nível de atenção à saúde.

Nos cuidados paliativos, a comunicação é um dos elementos fundamentais, pois proporciona uma assistência de qualidade para os pacientes e seus familiares, e uma interação com a própria equipe que presta atendimento (GUO; JACELON; MARQUARD, 2012; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Os pacientes com doença grave geralmente compreendem o seu diagnóstico, mas não o prognóstico ou prováveis resultados do tratamento (GRAINGER *et al.*, 2010; MOIR *et al.*, 2015). Embora os médicos informem aos pacientes sobre os objetivos do tratamento, muitos deles concentram suas conversas em escolhas de procedimentos – como ressuscitação ou inserção de cateteres – e não sobre os objetivos, valores, desejos que constituem a base de um paciente devidamente informado (BERNACKI *et al.*, 2015). Além disso, esquivam-se de falar sobre a expectativa de vida, a morte iminente, alternativas de tratamento, bem como o impacto da terapêutica sobre a sua qualidade de vida (GRAINGER *et al.*, 2010; MOIR *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que não existem evidências de que a comunicação sobre questões de fim de vida aumentam a angústia e o sofrimento do paciente (BERNACKI *et al.*, 2015). Em contrapartida, Wentlandt *et al.* (2012) relatam que não é conveniente a preparação de fim de vida para os pacientes que passam por períodos de exacerbação dos sintomas e deficiência funcional, em razão de eles requererem tempo e energia para a “viagem” em direção à morte.

Porém, para os membros da família, é importante o conhecimento de fim de vida de seu ente querido, a fim de antecipar processos burocráticos, como os de prática jurídica e financeira.

Diante de uma doença fora de possibilidades terapêuticas de cura, é imprescindível assegurar ao paciente e a seu familiar a esperança. A cura muitas vezes não é possível, contudo, a equipe jamais deve desistir do paciente. Devem juntos trilhar um caminho para o alívio do sofrimento (KÜLBER- ROSS, 2008).

Muitos profissionais da área de Oncologia relatam dificuldades em discutir a transição do tratamento curativo do câncer para cuidados paliativos (MACK *et al.*, 2012). Existem inúmeras barreiras para o encaminhamento dos pacientes para os cuidados paliativos, visto o equívoco de que essa modalidade de tratamento se destina apenas para os pacientes no final da vida (HUI *et al.*, 2015). Os princípios que orientam os cuidados paliativos recomendam que essas discussões ocorram quando a doença ainda exibe um comportamento estável, inclusive em nível ambulatorial (EPSTEIN, 2014). Lamentavelmente, constata-se que essas discussões não têm sido a prática da equipe interdisciplinar, e têm ocorrido na fase aguda da doença, quando o paciente necessita de hospitalização e está próximo à morte, ou incapaz de tomar decisões por si mesmo (MACK *et al.*, 2012).

A maioria dos membros da equipe sinaliza a comunicação como algo desafiador na interação com pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. Este fato é atribuído aos próprios medos dos profissionais em relação à morte e ao sofrimento, ao julgamento prévio de como o paciente vai reagir frente ao diagnóstico da doença, à falta de tempo e capacitação, e à complexa interação com o paciente em estágio final (PETERSON; CARVALHO, 2011). A equipe interdisciplinar pode se perceber impotente e de presumir falhas nos seus atendimentos, ocasionando *stress* e elevados índices de *Burnout* (BUSS *et al.*, 2011; GRAMLING *et al.*, 2013; WARNOCK, 2014; HUI *et al.*, 2015). Conseqüentemente a esse comportamento, adota-se um mecanismo de autodefesa, de distanciamento do profissional com o paciente e o familiar, evita-se abordar o prognóstico, adotando-se tratamentos desnecessários e arriscados (BUSS *et al.*, 2011), bem como ocasionando desentendimentos entre os membros da equipe (WARNOCK, 2014). A atitude de distanciamento dos profissionais do paciente e familiar é compreendida pela literatura como construção de uma couraça ou mecanismo de autodefesa, necessários à proteção contra sentimentos indesejáveis acerca da morte (PEREIRA, 2008; PETERSON; CARVALHO, 2011; BUSS *et al.*, 2011; GRAMLING *et al.*, 2013).

Quando o paciente não é devidamente informado pela equipe sobre sua doença, tratamento e prognóstico, surgem diversas conseqüências. Dentre elas, podem-se destacar que

os pacientes: recebem tratamentos agressivos e inadequados; não compreendem os objetivos do tratamento e ficam insatisfeitos com os resultados; percebem a incoerência entre as situações vivenciadas e as informações recebidas, gerando um falso otimismo; não participam na tomada de decisões e propostas terapêuticas; são envolvidos por um alto nível de estresse e ansiedade em se preocupar com o desconhecido; limitam-se ao convívio com os familiares e seus amigos quando em condição de estabilidade da doença; não se permitem a discussão de fim de vida e de colocarem seus assuntos em ordem; perdem o vínculo de confiança entre a equipe e familiares, e com isso acontece o afastamento entre eles. Também ocorre a divergência de opiniões sobre os objetivos do tratamento (WARNOCK, 2014), além de se interpretar o fato como falta de cuidado, percepção de abandono e de morte iminente (BUSS *et al.*, 2011).

Os pacientes mais jovens são menos propensos a esperar um diagnóstico de doença terminal ou de encontrar significado frente a tal adversidade (WENTLANDT *et al.*, 2012), pois essa fase é marcada pelo dinamismo, criatividade, é o “pico” da vida (KOVÁCS, 1992). Conhecer a experiência de vida desses pacientes pode conduzir a cuidados que contribuam para uma assistência no processo de aceitação da doença e também da morte (WENTLANDT *et al.*, 2012).

O estudo realizado por Geovanini e Braz (2013) teve a pretensão de avaliar os principais conflitos éticos vividos por oncologistas, referentes à comunicação do diagnóstico e prognóstico de câncer ao paciente e seus familiares. Os principais conflitos citados foram: o emprego da verdade na comunicação, a imprevisibilidade das consequências da informação da má notícia sobre os pacientes e familiares, e o manejo das emoções. Segundo o mesmo autor, esses conflitos fazem com que os profissionais adotem um comportamento paternalista e protetor com o paciente e familiar, substituindo o exercício ético da autonomia e beneficência pela obstinação terapêutica.

Por longos anos, prevaleceu o ocultamento da verdade para os pacientes com o diagnóstico de câncer, predominando a mentira, o silêncio, pois os profissionais acreditavam que isso seria moralmente correto e preservaria a integridade do paciente (GEOVANINI; BRAZ, 2013; RODRIGUEZ, 2014). Ainda nos dias de hoje se faz presente esse tipo de comportamento relacional. Porém, com a evolução da sociedade, tecnologias de informação inovadoras e de fácil acesso, desenvolvimento das ciências médicas, e a presença da bioética, a omissão da verdade foi substituída por valores e regras morais aliados a autonomia, respeito aos direitos do paciente, reforçados no Código de Ética Médica Brasileiro de 2010 (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

O relacionamento médico-paciente tem sofrido modificações devido à busca incessante por diagnósticos mais precisos e intervenções de cura. O restabelecimento da saúde tornou-se uma meta, tanto para o paciente como para o médico. Mesmo frente a doenças graves e com possibilidades de cura, a pessoa enfrenta riscos de morte, dado que nenhuma intervenção médica apresenta 100% de eficácia (SANTOS, 2009).

Do ponto de vista dos pacientes e familiares, os cuidados de alta qualidade ocorrem quando a equipe controla os sintomas físicos, ajuda a amenizar o sofrimento emocional, apoia a tomada de decisão compartilhada, coordena o cuidado tranquilamente, proporciona informação adequada, e trata o paciente terminal com respeito e bondade (GUO; JACELON; MARQUARD, 2012).

No ambiente hospitalar, os interlocutores no processo de comunicação não são todos iguais, e os profissionais de saúde apresentam mais “poder” do que os pacientes ou seus familiares. Esse “poder” é derivado do *status* e autoridade que os médicos em particular ocupam na instituição hospitalar e sociedade. Geralmente a conversa é liderada pelos profissionais, e os pacientes e familiares são muitas vezes vistos como os receptores passivos de informação, e não como participantes ativos para uma discussão partilhada (CASWELL *et al.*, 2015).

Os pacientes, após serem comunicados sobre o diagnóstico de câncer, esperam receber, dos profissionais de saúde e de seus familiares, ajuda e momentos de escuta para expressarem suas ansiedades, medos, incertezas e obterem informações necessárias para participarem do processo decisório (PETERSON; CARVALHO, 2011). Além disso, desejam também: estabelecer vínculos de confiança com a equipe que presta cuidado, receber assistência e tratamentos de maneira que preservem sua dignidade, meios de aliviar os sintomas, a presença de pessoas próximas as quais são importantes para o paciente, contar com a disponibilidade de uma equipe interdisciplinar para discutir sobre a doença, responder questionamentos através de uma linguagem acessível, compreensível e verdadeira (MUNHOZ *et al.*, 2014).

2.7 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM OS FAMILIARES

O paciente com um diagnóstico de doença grave busca ajuda, habitualmente, na família, portanto, esta também deve ser amparada pela equipe interdisciplinar, pois o adoecimento de um membro da família faz com que todos os demais sejam atingidos

(COSTA *et al.*, 2013; BORGES; PINHO, 2013). Diante desse contexto, a família carece de apoio, comunicação eficaz, segurança de que as demandas do paciente e as suas serão supridas (BORGES; PINHO, 2013).

O paciente acometido de uma doença sem possibilidades terapêuticas de cura geralmente é acompanhado por um familiar durante um longo período de tempo (GUIMARÃES; LIPP, 2011; BORGES; PINHO, 2013), sendo a prevalência dos acompanhantes do sexo feminino (75%) e filhos (65%) (MUNHOZ *et al.*, 2014). Os membros da família são um recurso essencial para os pacientes em cuidados paliativos, servindo como cuidadores, informantes, bem como oferecendo apoio e participando no processo de tomada de decisão (KÜBLER-ROSS, 2008; CASWELL *et al.*, 2015). Mas por outro lado, há familiares que apresentam grandes expectativas e exigências, solicitando frequentemente informações e atualizações do quadro clínico do paciente sem ter ocorrido mudanças significativas, e alguns expressando atitudes de intolerância e de pouca cooperação com as rotinas da instituição (CASWELL *et al.*, 2015).

Segundo Caswell *et al.* (2015), em seu estudo etnográfico de observação não participante num período de 245 horas, com profissionais de saúde e cuidadores enlutados de pessoas idosas, em hospital universitário inglês, evidenciaram-se nas relações interpessoais o predomínio da comunicação verbal e a interação face a face. Os períodos de comunicação oscilaram de satisfatória até momentos de insatisfação. Esse fato pode estar relacionado à presença dos consultores e médicos sênior por um período limitado nas enfermarias, bem como de seus horários não coincidirem com os das visitas de familiares, não sendo possível, assim, a comunicação com esses profissionais e esclarecimento de dúvidas pertinentes ao quadro oncológico de seu familiar.

A comunicação inadequada também ocorre da parte dos profissionais para com os familiares. Esse fato é manifestado pela equipe ao não cumprimentar os parentes quando estes chegam à enfermaria, e ao adotar um olhar voltado para baixo a fim de evitar o contato direto com os seus olhos, além de esquivar-se de uma comunicação proativa e de se envolver com os familiares dos pacientes. Com isso, gera-se desconforto para a família em visitar seu ente querido, e barreiras na comunicação com a equipe (CASWELL *et al.*, 2015).

Pessoas que já vivenciaram o processo de morte iminente relataram que no início a comunicação com seus familiares sobre a morte e morrer é complicada e difícil, melhorando com o passar do tempo, e o sofrimento possibilitando aproximação e compreensão entre os membros. Para tanto, as instituições hospitalares devem dispor de um ambiente adequado para que os familiares falem entre si, compartilhem anseios e medos, descansem, e também de

profissionais disponíveis e com habilidades em comunicação para oferecerem apoio emocional (KÜBLER-ROSS, 2008).

A doença pode representar uma gradativa adaptação e reorganização familiar antes da morte de seu ente querido. Os familiares, durante o acompanhamento do paciente no processo de adoecimento, vivenciam diferentes estágios de adaptação, assemelhando-se aos vivenciados pelos pacientes (KÜBLER-ROSS, 2008; MOIR *et al.*, 2015). Inicialmente podem negar o diagnóstico e procurar diversos serviços em busca de outra resposta, ou na tentativa de confirmar a má notícia recebida. No período em que o paciente passa pelo estágio de raiva, o familiar pode experimentar esse mesmo sentimento em relação ao médico que diagnosticou e informou a doença. Há sentimentos de culpa e um desejo de recuperar o tempo e as oportunidades perdidas. Os familiares, após percorrerem as fases de negação, raiva e culpa, adentram numa fase de pesar. Frente a esse contexto, deve-se proporcionar e incentivar momentos de ausência do familiar junto ao paciente, a fim de que ele busque forças para agir em diferentes situações de estresse (KÜBLER-ROSS, 2008).

As estratégias de enfrentamento do paciente após receber uma má notícia, são influenciadas pela organização e estabilidade de sua família, relacionamento e vínculo afetivo entre seus membros (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016). Cada integrante da família preenche uma lacuna que se abre durante o adoecimento de um ente querido. Até mesmo o familiar distante do envolvimento emocional da família e do paciente poderá ajudar, através da escuta das necessidades e preocupações de seus familiares, além de auxiliar nas providências legais e encaminhamentos em caso de morte (SOUZA; SARAN, 2012).

Na maioria das vezes, o paciente percebe no semblante de seus familiares que a sua doença está causando sofrimento, desgaste físico, psicológico, social e financeiro. Frente a essa situação, nenhuma medicação ou equipamento, por mais poderoso que seja, poderá amenizar esse sentimento, mas sim uma equipe capacitada e com habilidades comunicacionais, a fim de estabelecer uma confiança mútua, uma relação interpessoal empática e com compaixão com o paciente e familiar (SOUZA; SARAN, 2012). Segundo Wentlandt *et al.* (2012) e Warnock (2014), a comunicação inadequada do familiar com o paciente ocasiona impacto em suas relações, como o isolamento entre eles, estresse, e o fardo do sentimento de estar mentindo para o paciente.

As necessidades da família são diversas e modificadas no decorrer do processo de doença e durante o luto pós-morte. Os problemas do paciente acabam após a sua morte, mas os da família podem ter início ou prosseguirem. Muitas situações desagradáveis poderiam ser evitadas se fossem trabalhadas com o paciente ainda em vida. Dentre as situações, os

sentimentos de culpa levam o familiar a apresentar sintomas somáticos. Esses sentimentos podem estar relacionados à percepção do familiar quanto à falta de atenção dispensada da equipe com o paciente, e do próprio familiar com o seu ente querido em tardar a procura de assistência médica, dos desentendimentos entre eles, da falta de perdão e verbalização do desejo de morte do outro (KÜBLER-ROSS, 2008).

Os elementos considerados fundamentais para a satisfação dos familiares dos pacientes em cuidados paliativos consistem em: serem informados adequadamente, de maneira compreensível, sobre a doença de seu familiar, dos riscos e benefícios do tratamento; participação e auxílio na tomada de decisões; estabelecer vínculo de confiança com a equipe; controle adequado dos sintomas do paciente e tratamento digno e humanizado; receber apoio emocional e atendimento das necessidades religiosas e espirituais (MUNHOZ *et al.*, 2014), e não mais respostas de cura sobre o paciente (KÜBLER-ROSS, 2008).

A comunicação de más notícias e discussões sobre as propostas de tratamento nem sempre são fáceis para a equipe, bem como para o paciente e seu familiar. Na maioria das vezes, o paciente apresenta dificuldades em aceitar a evolução da doença e seu prognóstico, tornando a comunicação limitada entre a equipe, paciente e familiar (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010).

2.8 A COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A comunicação das más notícias continua sendo uma das situações mais difíceis e desafiadoras nas relações interpessoais, pois envolve a sabedoria de como, o que, quanto, como deve ser relatada a notícia (SILVA, 2012; WARNOCK, 2014). A má notícia é todo tipo de declaração que resulta sentimentos desconfortáveis em um de seus agentes, particularmente aquelas relacionadas ao diagnóstico e prognóstico de doenças (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012). É uma informação penosa, cujo significado modifica negativamente as expectativas ou percepções do presente e futuro, mas não exclui a esperança. A sua interpretação é influenciada por fatores subjetivos, como expectativas, desejos, valores, vivências, situação social e contexto em que ocorreu o repasse da mensagem. Durante a informação da má notícia podem ser despertadas diferentes reações no paciente e familiar, como raiva, choro, irritação, gritos, negação, insultos, comportamento ameaçador, silêncio e negociação (WARNOCK, 2014).

Entre os anos de 1950-1970, a maioria dos médicos considerava desumano e inconveniente revelar as más notícias relacionadas ao diagnóstico de câncer a seu paciente (BAILE *et al.*, 2000). Destaca-se nesse período a limitação tecnológica e terapêutica. Entretanto, hoje, com os avanços da medicina e tecnologia, é possível oferecer esperanças ao paciente e familiar, mudando os cursos das doenças que anteriormente eram consideradas letais, como o caso do câncer (BAILE *et al.*, 2000; BURLÁ; PY, 2014). Acompanhando essas mudanças, também se revelou a necessidade de maior habilidade médica em discutir as más notícias e o interesse pelas informações por parte dos pacientes e familiares. Dentre as situações de maior complexidade ressaltam-se a recidiva ou progressão da doença, respostas negativas ao tratamento proposto, efeitos colaterais irreversíveis, diagnósticos positivos dos testes genéticos, cuidados paliativos e a não reanimação quando não existem outras opções de tratamento (BAILE *et al.*, 2000; GRAINGER *et al.*, 2010).

As organizações que regulamentam a prática médica e de enfermagem enfatizam a importância da comunicação eficaz com os pacientes e familiares. Porém, nos hospitais de tratamento agudo há registros de ausência de estratégias que envolvam os familiares na tomada de decisões. Além de não oferecer privacidade nas discussões, há pouco tempo disponível para os profissionais de saúde estabelecerem uma interação com pacientes e familiares. A informação da má notícia ao paciente e familiar geralmente é realizada por um médico sênior, com o apoio da enfermeira (CASWELL *et al.*, 2015). A enfermeira assume o papel de professora, fornecendo explicações complementares ou esclarecimentos para os pacientes e seus cuidadores (GEORGE, 2000), e também o de transmitir a má notícia aos familiares em situações que ocorrem eventos súbitos ou inesperados, e em caso de óbito ocorrido no período noturno (CASWELL *et al.*, 2015).

No processo da transmissão de más notícias, o profissional deve atentar-se quanto à realização de algumas atividades antes e após o repasse da informação. Previamente à má notícia, faz-se necessário antecipar e identificar o conteúdo da informação e preparar o paciente e familiares para o recebimento da notícia. Após a emissão da má notícia, deve-se clarificar a mensagem, apoiando-se na tomada de decisões e no enfrentamento da situação (NGO-METZGER; SRINIVASAN; LIAO, 2008; WARNOCK, 2014).

Conforme Warnock (2014), a participação da enfermeira na transmissão da má notícia fortalece suas relações com os pacientes e familiares; envolve avaliação e identificação do tipo de informação que o paciente e familiar necessitam saber; ajuda a obter um consenso de quem deve ser informado sobre as situações decorrentes da doença e tratamento; atua como mediadora entre a equipe de saúde para iniciar as discussões; orienta e auxilia os pacientes e

familiares a realizarem perguntas ou a falarem com os médicos; está presente no momento da transmissão da má notícia; ajuda a equipe durante o repasse das informações auxiliando na adequação do linguajar e nas explicações para maiores esclarecimentos; repassa para os demais integrantes da equipe os assuntos abordados; auxilia os pacientes e familiares na reflexão e no entendimento das informações recebidas; responde questões e esclarece mal entendido ou falas distorcidas; fornece informações sobre o percurso da doença e tratamento; oportuniza discussões sobre questões complexas como ressuscitação, consentimento informado; ajuda a família a estabelecer um senso comum sobre o plano de cuidados, e intermedeia a comunicação entre pacientes, familiares e equipe.

Segundo Baile *et al.* (2000), além da necessidade de aquisição de habilidades em relatar a má notícia, requer-se também a de responder à emoção do paciente e familiar, envolver-se na tomada de decisões, manejar as expectativas de cura e o envolvimento dos membros da família, além de oferecer esperança frente a uma situação grave.

Os autores Ngo-Metzger, Srinivasan e Liao (2008) descrevem algumas orientações-chave para os profissionais na preparação e prática da abordagem de uma má notícia:

1. Avaliar o grau de entendimento do paciente sobre a doença e suas expectativas para o futuro.
2. Investigar a quantidade de informações que o paciente deseja saber, e de adaptar a discussão ao contexto do paciente e de seu familiar.
3. Continuar envolvido com a assistência ao paciente durante todo o processo de tratamento, desde o início até o estágio final da evolução da doença.
4. Iniciar discussões sobre acesso de serviços direcionados para o tratamento de sintomas coordenados pelos cuidados paliativos. Isso porque à medida que a doença progride, os médicos devem realizar a transição da terapia curativa para os cuidados paliativos.
5. Evitar termos que possam ser mal interpretados pelo paciente, ocasionando respostas negativas, como de abandono e não colaboração no tratamento.
6. Avaliar a sensibilidade, individualidade, preferências culturais do paciente durante a abordagem de final de vida. A cultura pessoal é influenciada pela família, religião e espiritualidade, escolaridade, ocupação, *status* social, amigos e preferências próprias.

Os mesmos autores, Ngo-Metzger, Srinivasan e Liao (2008), apontam as seguintes recomendações ao abordar os pacientes durante a comunicação de más notícias:

1. Priorizar assuntos importantes e pontos-chave para a discussão; o que o paciente deve guardar de informação; decisões e condutas a serem tomadas na reunião; reações esperadas pelo paciente no decorrer da conversa.
2. Praticar e se preparar para dar más notícias; preparar um ambiente adequado e acolhedor, propício para a entrega da notícia, livre de interrupções e ruídos; questionar o interesse do paciente em convidar membros da família, amigos para participar do encontro.
3. Avaliar a compreensão do paciente: iniciar a conversa com perguntas abertas, evitando informações médicas, a fim de determinar o grau de compreensão do paciente sobre a doença (o que sabe, me fale sobre a sua doença, dentre outras).
4. Determinar as preferências do paciente: questionar o quê, e quanto de informações deseja saber e receber (detalhes ou apenas informações amplas).
5. Apresentar as informações em utilizar linguagem acessível e de fácil entendimento, evitando jargões médicos e frases que podem transmitir fracasso ou abandono; fornecer informações pausadas, e em pequena quantidade de cada vez; avaliar constantemente a compreensão do paciente sobre os assuntos abordados.
6. Oferecer apoio emocional, oportunizando a expressão das emoções do paciente. Utilizar os sinais não verbais, tais como contato visual; audição (escuta), e validação de suas reações com demonstrações de empatia (“eu entendo isso, é difícil”, “você está triste”, “deixe-me saber quando devemos prosseguir a conversa” e outras).
7. Discutir as escolhas para o futuro, elaborando um esquema para visitas e cuidados no decorrer do tratamento; auxiliar a compreender o curso da doença, opções de terapias e respostas positivas ou negativas ao tratamento.
8. Proporcionar apoio adicional através de serviços de apoio, como folhetos informativos, visitas, atendimentos, encaminhamentos para grupos de apoio e demais profissionais da saúde.

9. Valorizar preferências individuais, questionando diretamente interesses do paciente, e adequando-se à discussão de forma apropriada, conforme o perfil sociodemográfico.

Para a transmissão de más notícias, também é descrito o protocolo SPIKES, que é uma forma estruturada e didática de treinamento de habilidades em comunicação médico-paciente, e é empregado no ensino de habilidades de comunicação. Esse processo obedece seis passos, cada um deles associado a habilidades específicas (BAILE *et al.*, 2000; WARNOCK, 2014).

O primeiro passo do protocolo SPIKES (*SETTING UP*) refere-se à preparação do médico e do espaço físico para a reunião. Faz-se necessária a realização de um autoensaio mental na preparação de atividades estressantes, mediante a revisão de estratégias para relatar a má notícia, e agir frente às respostas emocionais e a perguntas difíceis. Deve-se também preparar o ambiente físico para: obter privacidade; envolver as pessoas significativas (na presença de muitos membros, solicitar ao paciente a escolher um ou dois representantes); acomodar o paciente na posição sentada (convidá-lo a relaxar é um sinal de atenção e disponibilidade); interagir com o paciente através do contato visual e do toque; informar possíveis interrupções durante a conversa e o tempo disponível.

O segundo passo (*PERCEPTION*) consiste em verificar se o paciente tem consciência de seu estado. Deve-se iniciar a conversa com perguntas abertas para avaliar o nível de conhecimento do paciente sobre a doença, esclarecer interpretações distorcidas e possível negação.

O terceiro passo (*INVITATION*) é convidar o paciente a participar das discussões, pois muitos deles não demonstram interesse pelas informações sobre o diagnóstico, prognóstico e detalhes de sua doença. Questiona-se o paciente sobre como ele gostaria de receber as informações, e discutir o plano de tratamento, e a quantidade de informação e detalhes que deseja saber.

O quarto passo (*KNOWLEDGE*) é a transmissão da notícia propriamente dita. A conversa deve ser introduzida com termos que remetem a uma má notícia (infelizmente, sinto muito). Essa estratégia diminui o impacto do paciente frente à má notícia. A linguagem utilizada deve ser acessível, delicada e clara, informações em pequena quantidade e constantemente avaliando a compreensão, além de evitar palavras que levam a desesperança e abandono.

O quinto (*EMOTIONS*) é destinado a responder empaticamente e com solidariedade à reação emocional demonstrada pelo paciente (silêncio, choro, raiva, negação).

E por último, o sexto passo (*STRATEGY and SUMMARY*) visa amenizar a ansiedade do paciente ao lhe relatar o plano terapêutico e o que há por vir (BAILE *et al.*, 2000).

Bernacki *et al.* (2015) desenvolveram um guia composto de sete elementos fundamentais que devem ser abordados durante uma conversa com pacientes portadores de doenças graves, bem como sugestões de questões em cada item para direcionar o diálogo, a saber: (1) Compreensão da doença: Qual a sua compreensão atual da sua doença? (2) Preferências de informação: Quanto de informação você gostaria de ter sobre a sua doença? (alguns pacientes têm interesse em saber sobre o tempo de vida, outras expectativas ou ambos os assuntos). No que tange ao prognóstico, abordam-se os (3) Objetivos e metas: Se o seu estado de saúde se agravar, quais são as suas metas mais importantes? (4) Medos e preocupações: Quais são os seus maiores medos e preocupações com o futuro de sua saúde? (5) Funções: Quais habilidades são muito importantes para a sua vida que você não pode imaginar a vida sem elas? (6) Escolhas: se você se tornar mais doente, o quanto você está disposto a ir com a possibilidade de ganhar mais tempo? (7) Família: O quanto a sua família sabe sobre os seus desejos e prioridades?

Os pacientes que são esclarecidos e dispõem de um plano de tratamento claro e objetivo têm menos chances de sentirem-se ansiosos e desesperançosos (NGO-METZGER; SRINIVASAN; LIAO, 2008; HILAIRE, 2013). Para tanto, antes de discutir o plano, deve-se avaliar se o paciente está pronto para a discussão. A tomada de decisão compartilhada com o paciente divide responsabilidade, e a sensação de fracasso se o tratamento proposto não obtiver os resultados esperados. Deve-se comunicar o prognóstico sem dar falsas esperanças, mas também dando esperanças ao oferecer uma gama de opções de tratamento e discutir os passos seguintes se o tratamento proposto não tiver êxito (BUSS *et al.*, 2011; EPSTEIN, 2014). As metas de atendimento mudam como a progressão da doença. Em cada etapa da doença, o médico deve ajudar o paciente a elaborar metas realistas e atingíveis. No início do tratamento do câncer, os pacientes esperam a resposta da quimioterapia e radioterapia. Já quando a cura não é mais possível, os pacientes desejam viver sem dor, resolver questões pessoais e morrer cercado por amigos e familiares (WENTLANDT *et al.*, 2012).

2.9 CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE

Se a morte fosse encarada como parte da evolução humana, e que caminha paralelamente com a vida, provavelmente não se teria medo dela (KÜBLER-ROSS, 2008;

PEREIRA, 2008). A criança vivencia o processo de separação já no momento de seu nascimento, e posteriormente com os distanciamentos frequentes de sua mãe por diferentes motivos. Ela sente-se desprotegida, porém, prontamente, outra pessoa ocupa esse espaço para cuidar dela. Chegando à adolescência, o ser humano busca construir a sua própria identidade, rompendo barreiras e experimentando limites, que muitas vezes podem levar à morte. O ser humano já em sua fase adulta vivencia momentos de grandes conquistas, alegrias, mas também de perdas e tristezas. Nesta fase se faz um balanço da vida. Ocorre uma transformação interna e surge a possibilidade da própria morte, trazendo um novo sentido para a vida. A última fase do ser humano é a velhice, o fim, e a morte. Etapa carregada de estigmas e preconceitos. Isso se justifica pelas perdas físicas, da produtividade, de suas capacidades, de separação da família; e o enfrentamento depende como cada um encara esses acontecimentos (KOVÁCS, 1992).

O passar dos anos ocasiona a mudança não somente na aparência física, mas também nas relações entre as pessoas, nas emoções, percepções, definições que se têm sobre a vida e mundo. Portanto, o ser humano é edificado no decorrer de sua existência. O tempo o encaminha para o final de vida (KOVÁCS, 1992; SILVA, 2004). A finitude do ser humano é vista de diferentes maneiras, a depender da cultura e contexto do ser humano em sua sociedade (KÜBLER-ROSS, 2008). Atualmente, vive-se um tempo em que o consumismo toma conta das pessoas, e não se há mais tempo para as coisas em que se acredita serem importantes para as próprias pessoas e para outras. Também, não há tempo para falar da morte, a qual deixou de ser um evento natural e passou a ser algo misterioso e amedrontador (SILVA, 2004).

A vida é uma transformação, bem como o processo de morrer. Assim, achar que não há condições de fazer algo nessa fase é se excluir do cuidado. Segundo Cicely Saunders, a maioria dos pacientes tem ciência da proximidade de sua morte, quer sejam informados por alguém ou não. É favorável falar sobre a morte e o morrer com os pacientes antes que ela esteja próxima, pois eles poderão tratar melhor desse assunto, como de questões familiares, pessoais, quando ainda se encontram em condições de relativa saúde e bem-estar (SILVA, 2004; KÜBLER-ROSS, 2008). Discussões e revisão sobre sua vida podem ocasionar angústias devido ao confronto com assuntos ou conflitos não resolvidos (SANTOS, 2009).

O processo de morrer é uma experiência única para o ser humano. Perpassa um evento biológico, tem uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. A maneira de como a pessoa trabalha com a morte iminente na terminalidade é uma resposta de suas vivências, grau de maturidade, valores culturais, espirituais e religiosos.

Alguns pensamentos e sentimentos são comuns entre os pacientes que vivenciam a morte, ocasionando grande sofrimento psíquico ao paciente, dentre eles: preocupações com os familiares que permanecerão, o medo do desconhecido, o sofrimento intenso, e de se encontrar sozinho diante da morte (KOVÁCS, 1992; SANTOS, 2009). Porém, os pacientes que residem sozinhos geralmente possuem poucos contatos sociais ou já experimentaram o luto têm menos dificuldades na preparação para a morte (WENTLANDT *et al.*, 2012).

Nos dias de hoje a morte tornou-se lamentável, triste, solitária, impessoal, mecânica e desumana. O paciente é retirado de seu ambiente familiar e hospitalizado, configurando-se aos seus olhos um ambiente ermo. Não se leva em consideração a sua autonomia, opinião e sentimentos, excluindo-o do processo decisório, sendo que este é o maior interessado, pois é “dono” de sua vida (KÜLBER-ROSS, 2008; GRAINGER *et al.*, 2010). A abordagem hospitalocêntrica torna-se cada vez mais mecânica, e, com isso, despersonaliza-se o cuidar. A atenção está voltada para os equipamentos, tratamentos invasivos e muitas vezes fúteis, no esforço de afastar a morte iminente, que perturba e assusta o ser humano. Evita-se olhar o rosto angustiado do outro e deparar com as próprias falhas, limitações, onipotência e mortalidade (KÜLBER-ROSS, 2008).

Kübler-Ross (2008) identificou e descreveu cinco estágios ou fases psicológicas apresentadas pelos pacientes ao receber um diagnóstico de uma doença incurável. A duração de cada uma é variável, podendo uma substituir a outra ou caminharem lado a lado. Essas fases constituem mecanismos de enfrentamentos pelo paciente e familiar, e podem ser expressas por comportamentos verbais e não verbais.

O primeiro estágio é o de negação e isolamento. A negação se faz presente no início do processo da doença ou após o conhecimento do diagnóstico e algumas vezes na fase tardia da doença. Esse comportamento comumente é uma defesa temporária, sendo substituído posteriormente por uma aceitação parcial. O discurso verbal é superficial e acentuado, abordando assuntos variados que julga serem importantes para a sua vida, sonhos impossíveis de acontecer, evitando os assuntos relacionados ao seu diagnóstico, doença, tratamento, prognóstico. É um mecanismo de proteção própria para não enfrentar a situação atual e/ou o sofrimento decorrente da doença (KÜBLER-ROSS, 2008).

O segundo estágio que sobrevém é o da raiva. A negação é substituída por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Essas atitudes muitas vezes dificultam a interação da equipe e a familiar com o paciente, devido ao seu discurso verbal hostil. As enfermeiras por estarem mais próximas e permanecerem grande parte do tempo junto a eles são alvo de constantes agressões verbais e descontentamento por parte dos pacientes. Esses são poucos

receptivos às visitas, deixando o encontro penoso, e, conseqüentemente, os seus entes queridos reagem com choro, sentimentos de culpa ou humilhação, até mesmo evitando novas visitas, crescendo o sentimento de raiva e mágoa pelo paciente. A raiva apresentada pelo paciente pode ser atribuída a planos e projetos construídos e propagados ao longo da vida que ameaçam ser interrompidos (KÜBLER-ROSS, 2008).

No terceiro estágio, tem-se a barganha. A barganha é uma tentativa de adiamento de algumas situações difíceis através de trocas de favores e negociações. A maioria delas é realizada com Deus em favor de um prolongamento da vida, sem dor ou alterações físicas. O paciente nesse estágio reforça ou encontra a sua fé, sendo um mecanismo propulsor de enfretamento e de vencer a doença ou os seus problemas. Ele adota uma postura de pessoa boa, otimista, de fazer o bem e agradar e ajudar os outros. Em alguns momentos sentem-se culpados, e acreditam que estão sendo penalizados por atitudes que desagradaram a Deus e ao outro. Às vezes, a sua comunicação verbal contradiz a não verbal, ao expressar através do olhar entristecido e duvidoso os sentimentos e pensamentos (KÜBLER-ROSS, 2008).

O quarto estágio é caracterizado pela depressão. Esse sentimento está muito presente na fase terminal do paciente. Ele já não consegue negar a sua doença. O seu físico está debilitado, tem necessidade de submeter-se constantemente a diferentes procedimentos, muitos dos quais invasivos, e internações frequentes. Kübler-Ross (2008) diferenciou a depressão vivenciada pelos pacientes em fase final de vida, da depressão enquanto patologia. A depressão vivenciada pelo paciente frente a uma má notícia apresenta sentimentos de pesar e aflição impostos pela doença, associada a perdas passadas ou perdas iminentes. A depressão por perdas passadas relaciona-se aos acontecimentos passados, como aos encargos financeiros ao tratamento e hospitalizações prolongadas, projetos assumidos anteriormente à doença, a interrupção de sonhos, perda do emprego devido a ausências ou a impossibilidade de exercer suas atividades laborais, e a necessidade de reorganização familiar. Já a depressão por perdas iminentes geralmente é silenciosa, decorrente das próprias necessidades e da incapacidade de lidar com a tristeza e o semblante triste do outro. É uma condição necessária para o entendimento psíquico da sua real situação, acompanhado de reflexão, introspecção e silêncio. O paciente pode evitar um contato visual e de toque, emitindo respostas curtas e de melancolia. Os entes queridos e profissionais devem entender que esse tipo de depressão é necessária e benéfica, favorecendo o paciente a morrer em paz e com aceitação. Portanto, só conseguem atingir esse estágio se superarem suas angústias e medos (KÜBLER-ROSS, 2008).

O quinto estágio é o da aceitação. O paciente entende e aceita a sua condição. Se ele conseguir se preparar e receber ajuda para enfrentar os estágios anteriores, substituirá os sentimentos de depressão e raiva por sentimentos de aceitação do seu destino; e o seu discurso verbal torna-se menos intenso. O silêncio perdura no ambiente, e a comunicação passa da verbal para a não verbal. A presença dos profissionais e de familiares representa ao paciente segurança, de que não será abandonado e sim estarão juntos. Porém, os pacientes que lutam até o fim pela vida, muitas vezes não alcançam o estágio de aceitação (KÜBLER-ROSS, 2008).

2.10 PERSPECTIVAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO

Estudos médicos no Reino Unido e EUA que abordam programa de treinamento de cuidados paliativos e habilidades comunicacionais afirmam que esse tipo de atividade é eficaz para os profissionais da saúde. Isso é constatado através da melhoria da capacidade de comunicação centrada no paciente e na emissão de respostas a pistas emocionais. Destacam-se as sessões de casos interativos baseados em aprendizagem com a prática de habilidades comunicacionais. Porém, essa atividade exige esforço, disponibilidade de tempo e ausência do profissional nas atividades de rotinas de trabalho, inviabilizando alguns destes a participarem efetivamente do treinamento (BERNACKI *et al.*, 2015).

Segundo Hui *et al.* (2015), os oncologistas paliativistas podem perceber desvantagem financeira em comparação com outros oncologistas, devido à prática dos cuidados paliativos estar voltada para o controle de sinais e sintomas, deixando a prescrição medicamentosa mais limitada, e o reembolso menor em comparação com outros tratamentos e oncologistas. Assim, oncologistas paliativistas podem ser mais propensos a trabalhar em grandes centros acadêmicos, pois oferecem remuneração mais equitativa.

Na Austrália, é uma exigência absoluta para a formação em medicina paliativa e ramos da Oncologia a realização do treinamento de habilidades de comunicação. Além disso, órgãos governamentais, hospitais e usuários exigem melhores habilidades de comunicação, argumentando que essa capacidade é a chave da competência clínica da equipe e do seu profissionalismo (GRAINGER *et al.*, 2010; KISSANE *et al.*, 2012). Portanto, os oncologistas, especialistas de cuidados paliativos, educadores, pesquisadores, administradores de hospitais, entidades financiadoras, agências de acreditação, organizações profissionais, e os governos

têm um papel importante para a interface entre o cuidado paliativo primário e secundário e/ou terciário, assim como otimizar o atendimento ao paciente (HUI; BRUERA, 2015).

As principais estratégias para assegurar o treinamento de habilidades de comunicação (*Communication Skills Training – CST*) envolvem arte, ciência, sabedoria, prática, aliadas a um programa centralizado no aluno, com metodologia flexível, envolvente e instrutiva. No entanto, isso não resulta de uma palestra espirituosa, mas sim de um processo experiencial e de vivências desenvolvidas com o auxílio da dramatização. As atividades são desenvolvidas em módulos e as estratégias alcançadas através do uso de uma série de habilidades de comunicação verbais e complementadas pelas não verbais. Essa atividade realiza-se em pequenos grupos de 3 a 4 participantes, facilitada por um médico experiente e um cofacilitador (KISSANE *et al.*, 2012).

O treinamento clínico tem o intuito de melhorar a qualidade das conversas, adquirir habilidades e conhecimentos comunicacionais, além de reforçar a confiança do próprio profissional. Essa estratégia viabiliza o aumento da frequência das abordagens com os pacientes com doenças graves e seus familiares, logo no início do curso da doença, e favorece o paciente a realizar discussões e reflexões para a tomada de decisões e escolhas para sua vida com tempo hábil (BERNACKI *et al.*, 2015).

Kissane *et al.* (2012) estabelecem que a acreditação do currículo básico da Pós-Graduação em Medicina Oncológica abrange os seguintes quesitos: a comunicação das más notícias; a discussão sobre os acontecimentos adversos imprevisíveis e prognóstico em cada fase da doença; a decisão compartilhada para a prescrição de tratamentos anticancerígenos; a habilidade em responder a emoções difíceis e lidar com recidiva da doença; a transição progressiva dos cuidados curativos para cuidados paliativos aos pacientes com câncer avançado; e a realização de reunião de família e discussão sobre morte e morrer, bem como o planejamento de cuidados avançados, permitindo a morte natural ao invés de ressuscitar. Futuramente, novas estratégias devem acontecer para viabilizar a competência comunicacional. Para tanto, novos módulos com diferentes temas deverão acontecer, além de obtenção de maior apoio governamental através de bolsas específicas para ensaio clínico. Esses temas de discussão incluem: risco genético, preparação para a sobrevivência, promoção da adesão ao tratamento e controle da dor, abordagem de acordo com a cultura e crenças do paciente e familiares, infertilidade, sexualidade, trabalho em equipe, discussão de possíveis danos decorrentes da radiação, reabilitação, cirurgias de salvamento, papel da terapias complementares e não comprovadas, uso benéfico de informações da internet, gestão de espera vigilante (acompanhamento longitudinal), rastreamento e prevenção do câncer. Além

disso, são necessários: a padronização do conteúdo a ser abordado, baseado na teoria de aprendizagem de adultos; treinamento de facilitadores, os quais devem ser avaliados e fornecido *feedback*; bem como as sessões com a presença de uma dupla de profissionais capacitados (especialista na disciplina e psicossocial).

O tratamento multifacetado do câncer exige habilidades técnico-científicas, comunicacionais e relações interpessoais. Modelos de treinamento para os profissionais de Oncologia juntamente com apoio de oficinas no ambiente hospitalar, inclusão da disciplina Cuidados Paliativos e Comunicação nos currículos acadêmicos, adoção de teorias para direcionar a prática, ensino e pesquisa representam estratégias viáveis e de sucesso para a aquisição das habilidades de comunicação (GRAINGER *et al.*, 2010).

2.11 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD ELIZABETH PEPLAU NO CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO

A Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Elizabeth Peplau, em 1952, assume um papel importante na área do relacionamento interpessoal e no processo de comunicação (GEORGE, 2000). Para cuidar, é preciso se relacionar com o outro e estabelecer um vínculo de confiança. A base dessa interação está centrada na comunicação. E ao abordar os pacientes em cuidados paliativos, a comunicação é um dos pilares que sustenta essa modalidade de cuidado (ARAÚJO; SILVA, 2012). Desta forma, é de suma importância o uso da Teoria das Relações Interpessoais na prática da enfermagem, como também por outros profissionais da saúde que assistem o paciente em cuidados paliativos e seu familiar, a fim de viabilizar estratégias, oportunizar o processo de comunicação e o relacionamento interpessoal entre a enfermeira e paciente e seu familiar (GEORGE, 2000; MERRITT; PROCTER, 2010).

O trabalho pioneiro de Peplau, embora menos explorado do que mereceria, orienta a prática ainda nos dias atuais, e possibilita rever a aplicação dessa teoria na assistência, o desenvolvimento da competência interpessoal, elemento-chave para o encontro, percepção, diagnóstico e cuidado do outro (TOMEY; ALLIGOOD, 2004; ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005). O paciente oncológico carrega um estigma social de doença incurável, de grande sofrimento, ocasionando um conflito social e emocional tanto para o paciente como para o seu familiar. Segundo Peplau, há necessidade de um entendimento abrangente do paciente, visto que cada paciente e familiar apresentam singularidades e

particularidades frente ao processo de adoecimento (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Ao elaborar a Teoria das Relações Interpessoais, Peplau utilizou-se de teorias na área psicossocial. Suas principais influências teóricas foram: a teoria da personalidade fundamentada nas necessidades e ansiedades, da psicanálise de Harry Stack Sullivan; o estudo da personalidade, de Percival Mallon Symonds; a teoria das necessidades humanas básicas, em que as pessoas são motivadas a atingir o seu potencial em um processo chamado de autorrealização, de Abraham Maslow; e a psicologia da personalidade, com seu mecanismo de ajuste, psicoterapia e princípios de aprendizagem social, proposta pelo psicólogo experimental Neal Miller. Alguns dos conceitos terapêuticos desses teóricos procederam das obras de Sigmund Freud e de Erich Fromm (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

O modelo teórico de Peplau resultou em sua obra *Interpersonal Relations Nursing*, finalizada em 1948 e publicada em 1952 (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). A teoria concedeu um novo paradigma para a enfermagem, direcionada nas relações interpessoais que ocorrem entre a enfermeira e o paciente. Também contribuiu para nova abordagem do paciente a partir da valorização da relação interpessoal, privilegiando este aspecto no cuidado de enfermagem (MERRITT; PROCTER, 2010).

Peplau determinou um novo modelo e significado para o cuidar em enfermagem a partir da dimensão psicológica e subjetiva do outro, o paciente. Afastou a condição da doença como prioridade no cuidado de enfermagem e reconheceu a expressão dos sentimentos dos pacientes e mecanismos para ajudá-los a lidar com seus próprios sentimentos (TOMEY; ALLIGOOD, 2004; GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014).

Peplau idealizava que as enfermeiras fossem instruídas para estarem aptas a oferecer cuidados terapêuticos aos pacientes, em contraponto ao cuidado conservador biomédico e protocolos existentes nos hospitais psiquiátricos. Descreveu que sua teoria surgiu da enfermagem psicodinâmica, porque os acontecimentos envolvem o paciente e a enfermeira no processo do cuidado. O desenvolvimento psicodinâmico da enfermagem está apoiado em dois pressupostos fundamentais: o comportamento assumido pela enfermeira interfere diretamente no aprendizado do paciente durante o seu adoecimento e enfrentamento dos acontecimentos; e o crescimento e amadurecimento pessoal do paciente são influenciados pela adoção de princípios que viabilizam e orientam a resolução dos problemas. Percebe-se, então, nesses pressupostos, uma relação compartilhada e dependente entre enfermeira e paciente (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Para que essa relação interpessoal aconteça, faz-se necessária a presença de três elementos-chave: o paciente, o profissional e os

acontecimentos que envolvem ambos no processo do cuidado (FREIRE *et al.*, 2013). Diante desse contexto, elaboram-se conceitos estruturais do processo interpessoal, as fases da relação enfermeira-paciente e os papéis de enfermagem que ocorrem ao longo do relacionamento terapêutico (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004; GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014).

Acerca dos metaparadigmas de enfermagem, a teoria das relações interpessoais define pessoas utilizando o termo “homem”. Para Peplau, o “homem” é um organismo que vive em um equilíbrio instável, lutando para diminuir a tensão gerada pelas suas necessidades. Utiliza o termo “paciente” para o indivíduo que necessita de atendimento de saúde. O conceito de “ambiente” não é explícito na teoria, mas se relaciona ao exterior do organismo e o contexto da cultura e tradições do paciente, as quais devem ser valorizadas durante a sua hospitalização. “Saúde” significa o amadurecimento progressivo da personalidade, harmonia dos sentimentos e de outros recursos humanos, com a participação da enfermeira e outros profissionais na organização e desenvolvimento desse processo. Por fim, a “enfermagem” compreende o relacionamento interpessoal e terapêutico em busca de objetivos comuns (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD 2004), a interação entre um paciente doente necessitando de serviços de saúde e uma enfermeira capacitada para identificar e responder à necessidade de ajuda (PEPLAU, 1952, *apud* TOMEY; ALLIGOOD 2004). A enfermeira é um auxiliadora no relacionamento interpessoal (GEORGE, 2000).

A teorista retrata dois componentes essenciais de sua teoria: as *fases* e os *papéis* da enfermeira. São descritas quatro fases da relação enfermeira-paciente: *orientação*, *identificação*, *exploração* e *resolução*. Cada fase se caracteriza por papéis exercidos pela enfermeira, que podem ser de *estranha*, de *pessoa ou provedor de recursos*, de *professora*, de *líder*, de *substituta* e *conselheira*, à medida que atua conjuntamente com o paciente e seu familiar para resolver as necessidades sentidas. Essas fases estão inter-relacionadas, se sobrepõem, e a duração temporal de cada uma delas varia de acordo com a evolução do processo, até a resolução do problema (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A primeira fase é denominada de *orientação*. Esta diz respeito à assistência prestada pela enfermeira quando paciente e família buscam ajuda profissional mediante uma “necessidade sentida”. No primeiro encontro, a enfermeira e paciente são estranhos um ao outro e, portanto, a enfermeira desempenha o *papel de estranha*, e a sua postura deve ser pautada pela cortesia (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Essa cortesia pode ser manifestada através do toque, aperto de mão, expressão facial, um sorriso e olhar atento, demonstrando, assim, empatia, afeto e desejo de aproximação (SILVA, 2013). No contexto da

admissão do paciente em cuidados paliativos, essa relação favorece a expressão do paciente e de seu familiar, para que eles possam determinar a necessidade de ajuda (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Visto que os pacientes em cuidados paliativos reagem de diferentes modos à doença, a enfermeira deve estar atenta à razão que levou o paciente e seu familiar a procurarem a orientação, para enfrentarem os problemas relacionados à saúde. Toda expressão corporal exibe um significado, cujos padrões são influenciados pela cultura de cada um, e atuam como apoio na comunicação verbal, ou até mesmo como substitutos (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Para se estabelecer a comunicação terapêutica, o paciente necessita se identificar com a enfermeira, despontando, então, a segunda fase da relação enfermeira-paciente, que é a *identificação* (MERRITT; PROCTER, 2010). Desse modo, a enfermeira deve dispor de conhecimentos essenciais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir competências de relacionamento interpessoal para atuar assertivamente na assistência ao paciente e seu familiar (FREIRE *et al.*, 2013). Para que essa seja adequada, o profissional deve se colocar de maneira clara, objetiva, honesta e saber escutar o outro. Esse comportamento viabiliza o esclarecimento de dúvidas, os aspectos favoráveis e desfavoráveis da terapêutica proposta a ser instituída e o compartilhamento das informações (MALDONADO; CANELLA, 2009).

Na fase de *identificação*, o paciente se reconhece com a enfermeira e responde seletivamente às pessoas que podem preencher as suas necessidades. Neste momento, o *papel de substituta* é designado pelo paciente ao compreender a enfermeira como aquela que ocupa o lugar do outro. A função da enfermeira é auxiliar o paciente a identificar as semelhanças e diferenças entre ela e essa pessoa (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). O paciente percebe a enfermeira como uma pessoa significativa, que pode atender as suas necessidades, e assim se entregar ao processo de ajuda (MIRANDA; MIRANDA, 1996). Desse modo, as características físicas, os objetos e artefatos usados pela pessoa, influenciam nesse processo de identificação. Assim como as descrições apresentadas pelo paciente transmitem informações sobre a sua faixa etária, origem étnica e social, condições de saúde, e auxiliam a enfermeira na elaboração do diagnóstico (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013).

Ainda na fase de *identificação*, destacam-se dois fenômenos que podem ocorrer durante a troca de sentimentos e percepções: a transferência e contratransferência. Na transferência, os sentimentos e reações são mobilizados no paciente, não necessariamente pelo profissional que lhe está assistindo, mas pelas distorções perceptuais de como o paciente

percebe esse profissional ou a sua categoria. Já na contratransferência, os sentimentos e reações são mobilizados no profissional não precisamente pelo paciente que se apresenta, mas pelas distorções de como esse percebe o paciente (MALDONADO; CANELLA, 2009).

Se o relacionamento interpessoal estabelecer-se de maneira adequada na fase de identificação, o paciente percebe ser capaz de enfrentar os seus problemas, amenizando os sentimentos de desamparo e de sofrimento físico. Segue-se, então, para a terceira fase, denominada de *exploração* da relação enfermeira-paciente. O paciente busca retirar tudo o que lhe é oferecido através da relação, para obter benefícios e melhores serviços possíveis, variando no grau de seus interesses e necessidades (MERRITT; PROCTER, 2010; FREIRE *et al.*, 2013). Este pode adotar posturas de independência ou autonomia, dependência, ou parcialmente dependência do profissional para o desempenho de suas atividades e resolução da situação problema (MERRITT; PROCTER, 2010).

Durante a consulta e/ou internação hospitalar, o paciente e seu familiar buscam suportes – instrumentais, emocionais e informacionais – para a tomada de decisões (PEREIRA, 2008). A enfermeira apresenta-se como *pessoa de recurso*, promovendo respostas específicas e claras a questões amplas apontadas pelo paciente, especialmente sobre saúde. Quando o paciente identifica a enfermeira como um dos profissionais capazes de atender as suas necessidades no processo terapêutico, caminham então, para a fase de *exploração* (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Ao longo da *exploração*, a interação deve ser motivada pela empatia, procurando a enfermeira colocar-se no lugar do outro, e compreender a maneira que ele gostaria de ser ajudado (MIRANDA; MIRANDA, 1996). A atividade de escutar possibilita apreender o sentimento e as necessidades do ajudado, não essencialmente na sua função fisiológica de ouvir, mas na psicológica de escutar. Escutar não se limita apenas a ouvir, mas impõe interesse e empatia pelo outro, compreensão da fala e análise crítica (SILVA, 2004). No decorrer da escuta deve-se atentar para a posição do corpo adotada pela enfermeira, pois pode transmitir diferentes mensagens, auxiliando ou interferindo na relação terapêutica (SILVA, 2013). Durante a escuta, a enfermeira pode desempenhar o *papel de conselheira*, e isso acontece na forma como a enfermeira responde aos pedidos do paciente, mediante o uso de habilidades comunicacionais e atitudes de ajuda para com o paciente, a fim de fazê-lo reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver os problemas que estão lhe impedindo de ter uma vida digna (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Para tanto, faz-se necessário o apoio de uma equipe que atenda as suas necessidades físicas, sociais, espirituais e emocionais (HERMES; LAMARCA, 2013).

No trabalho em equipe, a enfermeira pode assumir o *papel de líder*, sendo responsável pelo direcionamento do cuidado, e de representar um elo entre a própria equipe ou paciente e familiar com a equipe. A enfermeira, ao dispensar cuidados ao paciente e seu familiar, simultaneamente realiza esclarecimentos e orientações, assumindo o *papel de professora*. A sua ação de professora procede daquilo que o paciente e familiar sabem, e da capacidade de usar uma informação (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A comunicação, quando empregada de maneira terapêutica, ajuda os pacientes no enfrentamento e adaptação da sua condição atual de vida, identificando e atendendo suas necessidades de saúde e prioridades, além de transmitir confiança e proporcionar satisfação e segurança. Ainda, viabiliza a participação do doente e familiar no tratamento e processo decisório por deterem informações necessárias para serem ajudados e para se ajudarem a si próprios (PEREIRA, 2008; PETERSON; CARVALHO, 2011), caminhando, assim, em direção à *resolução* das necessidades sentidas (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A *resolução* representa a última fase do processo interpessoal, e espera-se que as necessidades do paciente em cuidados paliativos e de seu familiar tenham sido resolvidas. Nesse momento, o paciente e familiar adotam novas metas que são expressas através da linguagem verbal e não verbal (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). A resolução das necessidades sentidas está relacionada às habilidades e papéis da enfermeira ou outro profissional (GEORGE, 2000): sintonizar-se com o outro, manifestando disponibilidade e interesse; responder ao outro verbalmente e através da linguagem corporal; compreender a necessidade sentida; personalizar o problema do paciente e de seu familiar, e a necessidade de seu envolvimento na tomada de decisões; orientar e avaliar em conjunto com o paciente e seu familiar as possíveis alternativas de ação, ajudando na adoção de novas metas (MIRANDA; MIRANDA, 1996). Ao final dessa fase, a enfermeira e o paciente saem amadurecidos e confortados do processo terapêutico por trabalharem em prol de um objetivo comum (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Para se desenvolver a comunicação interpessoal, necessita-se das competências e habilidades comunicacionais (MOIR *et al.*, 2015). Neste contexto, o trabalho da enfermagem transcende a mera execução de técnicas ou procedimentos. Abrange o relacionamento interpessoal, a orientação e a informação, apoio na tomada de decisões, adaptação a situações novas, além de ações antecipadas nas resoluções de problemas (CASWELL *et al.*, 2015).

3 MÉTODO

O percurso teórico-metodológico empregado na pesquisa desta dissertação acha-se explicitado nas seguintes seções, as quais tratam dos aspectos relacionados a: participantes do estudo e critérios de inclusão e exclusão, campo da pesquisa, procedimentos da coleta de dados, procedimentos da análise dos dados obtidos e considerações éticas.

De acordo com Minayo (2014), a metodologia abrange uma discussão epistemológica do percurso da ideia sobre o assunto investigado; a exposição apropriada e fundamentada dos métodos, técnicas e instrumentos usados para responder os questionamentos da investigação; a originalidade do pesquisador na maneira como sistematiza a teoria, métodos e resultados frente aos questionamentos científicos. Também o valor do estudo é determinado pela compreensão dos pormenores da pesquisa, a aplicabilidade e a replicabilidade dos achados.

Para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa, desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, em uma abordagem qualitativa. Isso porque

o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p. 57).

A abordagem qualitativa é um método de reflexão e perícia da realidade (OLIVEIRA, 2013). Inicia-se com pressupostos utilizando estruturas interpretativas e teóricas que comunicam a investigação dos problemas, estudando os significados que os investigados conferem a uma determinada questão social ou humana. O relatório final contém as falas dos participantes, a reflexão do investigador sobre as múltiplas perspectivas dos participantes no estudo, relato e interpretação da situação problema e a sua colaboração para o meio científico (CRESWELL, 2014).

A pesquisa qualitativa apresenta as seguintes características: (a) *ambiente natural*, com coleta de informações no cenário em que os participantes vivenciam o problema ou a questão em que está sendo estudada; (b) o *pesquisador* é a ferramenta essencial; (c) *análise indutiva*, os pesquisadores elaboram seus padrões e categorias, organizando os dados de maneira abstrata; (d) *atenção aos significados dos participantes*, que é o sentido que eles dão ao problema ou à questão investigada (TRIVIÑOS, 2010; CRESWELL, 2014); (d) *múltiplas fontes de dados* provenientes de entrevistas, observações, registros, documentários para

extraírem informações e posteriormente organizar em categorias; (f) *projeto emergente*, o planejamento não é rígido e as etapas do processo podem ser modificadas à medida que o pesquisador entrar em campo e começar a coletar as informações; (g) *lente teórica*, fazendo uso da teoria e conceitos para fundamentar suas pesquisas; (h) *interpretativa*, os pesquisadores interpretam o que ouvem, visualizam e entendem, dentro do contexto estudado; (i) *relato holístico*, que abrange várias perspectivas e fatores envolvidos na situação (CRESWELL, 2014).

As pesquisas qualitativas na área das ciências da saúde tanto em nível nacional como internacional têm crescido consideravelmente nas últimas quatro décadas. Dentre as categorias de saúde, a enfermagem tem se apropriado de estudos de caráter fenomenológico e etnográfico. Fato este que possibilita entender o indivíduo em sua diversidade e profundidade, estabelecendo uma relação de confiança com o participante, e assim, conhecendo o universo representativo e subjetivo do ser (MEDEIROS, 2012).

Deste modo, para atender o presente estudo, a comunicação entre equipe, pacientes em cuidados paliativos e familiares, buscou-se subsídio na teoria da enfermagem de Peplau. Segundo Freire *et al.* (2013), a teorista confere significado ao relacionamento entre profissional, paciente e família, considerando a comunicação como uma ferramenta essencial no cuidado.

3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo pertencem aos três grupos de atores sociais diretamente envolvidos no processo de cuidado paliativo. Sendo assim, constitui a população desta pesquisa: membros da equipe interdisciplinar, pacientes em cuidados paliativos em regime de internação, e familiares.

Para compor o universo de participantes, utilizou-se o método de amostragem intencional e por conveniência, a fim de reunir participantes que oferecessem dados e atendessem a amostragem de critérios pré-determinados na pesquisa (inclusão e exclusão). Segundo Bauer e Gaskel (2012), o objetivo é explorar opiniões e apresentar uma amostra de diferentes pontos de vista sobre o assunto em questão, ao invés de registrar numericamente as opiniões. O número de entrevistados é pequeno, e o pesquisador deve usar sua imaginação social científica para a seleção dos entrevistados.

O dimensionamento do número de entrevistas seguiu o critério de saturação. Este conceito compreende o alcance das homogeneidades das informações no grupo em estudo a partir de várias perspectivas do pesquisador (MINAYO, 2014). De acordo com Creswell (2014, p. 266), “a saturação teórica emprega a regra geral de que, quando se constrói a teoria, os dados devem ser reunidos até que cada categoria ou tema esteja saturada”. Já Bauer e Gaskel (2012) descrevem que a definição do número de entrevistados, vai até o momento em que as respostas sejam repetitivas, visto que:

a) Existe um número limitado de interpelações da realidade. Apesar das experiências serem individuais, essas representações de vivências são resultantes de compartilhamento de processos sociais. Temas comuns surgem no decorrer da entrevista, dando confiança na compreensão emergente do fenômeno; e a ausência de novos achados ou percepções é um sinal de saturação da amostra;

b) Durante as transcrições ocorrem perdas de informações subjetivas. Para tanto, o pesquisador, ao analisar um *corpus* de registros extraídos das entrevistas, deve ser capaz de relembrar o ambiente, os temas-chave, o tom emocional, as reações comportamentais e os questionamentos específicos realizados pelo entrevistado.

A amostra da pesquisa obedeceu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

3.1.1 Critérios de inclusão

Pacientes: que apresentaram no período da coleta de dados, informações relacionadas ao avanço da doença registrado em prontuário eletrônico (evolução médica e resultados/laudos de exames radiológicos), a fim de identificar os que se encontravam em cuidados paliativos, embora alguns pacientes não fossem denominados com essa terminologia, apesar da condição avançada da doença que ameaçava a continuidade da vida segundo o conceito de cuidados paliativos da OMS (2010). Para identificação dos pacientes foram utilizados os termos que remetiam a pacientes em cuidados paliativos conforme Peixoto *et al.*, (2011), como: *aumento, avançado, inoperável, irressecável ou sem abordagem terapêutica, não responderam ao tratamento com radioterapia, quimioterapia ou cirurgia oncológica, reinternação por intercorrências do câncer avançado em menos de seis meses, metástases a distância, e síndromes paraneoplásicas* (Apêndice 1)..

Familiares: que acompanharam algum paciente durante as internações; maiores de 18 anos; que assinaram o TCLE.

Equipe: profissionais de saúde de diferentes categorias que compõem a equipe de cuidados do programa de Oncologia e que desempenhavam atividades laborais no período da pesquisa; que assinaram o TCLE; que exerciam atividades no setor há mais de seis meses.

3.1.2 Critérios de exclusão

Pacientes: com alterações cognitivas e que não eram capazes de responder aos questionamentos; que não tinham disponibilidade em falar.

Familiares: que não acompanharam com frequência o período de internação do paciente e reuniões; que não colaboraram em responder a todas as questões; que não tinham disponibilidade em falar.

Equipe: que não colaboraram em responder a todas as questões; que não tinham disponibilidade para falar.

3.2 CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação, unidade SARAHA Centro, localizado em Brasília, Distrito Federal, no programa de Oncologia. A instituição hospitalar é uma entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos. O programa de Oncologia realiza atendimento cirúrgico e quimioterápico, além de complementar o tratamento com a reabilitação físico-funcional desses pacientes. Oferece atendimento aos pacientes portadores de tumores malignos primários ósseos (sarcomas e linfomas ósseos); tumores malignos primários de partes moles (sarcomas de partes moles como músculo, gordura, tendão, cartilagem); malignos primários do sistema nervoso central (cérebro, medula espinhal); tumores malignos primários do sistema nervoso periférico (nervos) e mieloma múltiplo, dentre outros, em caso de relação de ascendência e descendência com o profissional que mantém vínculo empregatício com a instituição.

A escolha da instituição da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação deve-se ao fato do vínculo empregatício da pesquisadora com a mesma, e por estar inserida diretamente no campo do estudo desenvolvido.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, obedeceu-se às seguintes etapas:

- **Etapa 1:** Após a autorização dos Comitês de Ética e Pesquisa, a pesquisadora iniciou a seleção dos participantes de forma intencional para a coleta de dados, a saber:
 - Pacientes: realizada uma análise documental em prontuário eletrônico (evolução médica e resultados/laudos de exames radiológicos) a fim de buscar termos para a inclusão de pacientes em cuidados paliativos no estudo.
 - Familiares: após a seleção dos pacientes, foi realizada a listagem dos familiares.
 - Equipe: mediante a lotação dos profissionais no programa e escala de trabalho.
- **Etapa 2:** Elaboração de um instrumento de entrevista composto por duas partes, a saber: I) *Dados demográficos*, contendo questões fechadas; II) *Conteúdo*, abrangendo um roteiro semiestruturado para entrevista em profundidade (Apêndices 5, 6,7).

Segundo Bauer e Gaskel (2012), na pesquisa qualitativa, o padrão mais conhecido é a entrevista em profundidade. Ela serve para mapear e entender as vivências dos pesquisados, possibilita a aplicação de esquemas interpretativos para compreender em termos mais conceituais e abstratos as narrativas dos atores. Além disso, é empregada na construção de um referencial visando a novas pesquisas e para oferecer dados para testar expectativas e hipóteses elaboradas em referenciais teóricos pouco específicos. Isso porque “ela parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 2010, p. 146).

Durante a realização da entrevista são utilizados tópicos-guias, os quais foram preparados no início do estudo com afincamento para atender os objetivos da pesquisa. Estes necessitam estar embasados em uma revisão de literatura crítica e apropriada, no reconhecimento de campo, discussão com atores experientes e pensamento criativo. Os

tópicos continham títulos, parágrafos, os quais foram usados como lembretes pela pesquisadora ao longo da entrevista, para elaboração de um referencial para discussão e desenvolvimento lógico, e preparação de um esquema para análise das transcrições em categorias. Para tanto, duas questões-chave devem ser consideradas: o quê perguntar (tópico-guia) e a quem perguntar (entrevistados) (BAUER; GASKEL, 2012).

O roteiro de entrevista deve ser claro e compreensível, convergindo para um diálogo com fins determinados. Para tanto, cada questão deve estar relacionada ao delineamento do objeto da pesquisa, visando extrair substratos para incorporar e formatar o estudo; possibilitar o aprimoramento e a evolução da comunicação; colaborar para aflorar juízos e aspectos importantes a respeito dos acontecimentos que fazem parte do objeto (MINAYO, 2014).

A estruturação do roteiro da entrevista para este estudo obedeceu a sequência e observação das etapas da relação enfermeira-paciente de Peplau, conforme George (2000) e Tomey e Alligood (2004). O conteúdo da entrevista do paciente e a do familiar se assemelhou. Desta forma, o roteiro da entrevista com os participantes foi estruturado da seguinte maneira:

Paciente e Familiar: 1ª) Fase *orientação*, relacionada ao momento de internação na enfermaria de Oncologia devido às necessidades percebidas; 2ª) Fase *identificação*, voltada à referência de profissionais da equipe para atender às suas necessidades e de interação; 3ª) Fase *exploração*, retratada através da comunicação do diagnóstico/tratamento/prognóstico da doença oncológica; e 4ª) Fase *resolução*, voltada ao atendimento das necessidades percebidas durante a internação e percepção do relacionamento interpessoal.

Equipe: 1ª) Fase *orientação*, relacionada à condução do momento da internação do paciente/familiar na enfermaria; 2ª) Fase *identificação*, voltada à percepção do profissional como referência ao paciente/familiar; 3ª) Fase *exploração*, retratada através da comunicação do diagnóstico/tratamento/prognóstico da doença ao paciente/familiar; e 4ª) Fase *resolução*, voltada ao aperfeiçoamento profissional teórico/prático a fim de desenvolver a habilidade comunicacional.

O dimensionamento do número de entrevistas seguiu o critério de saturação. Este conceito compreende o alcance das homogeneidades das informações no grupo em estudo a partir de várias perspectivas do pesquisador (MINAYO, 2014). De acordo com Creswell (2014, p. 266), “a saturação teórica emprega a regra geral de que, quando se constrói a teoria, os dados devem ser reunidos até que cada categoria ou tema esteja saturada”.

- **Etapa 3:** Foi realizado um “teste piloto” através da aplicação do instrumento de coleta de dados com três participantes de cada categoria de entrevistados (paciente, familiar e equipe). Este trabalho serviu como “piloto” para avaliar e adequar o roteiro de questões-guia, e para o entrevistador familiarizar-se ainda mais com o objeto de estudo e o método de entrevista em profundidade.

Em relação ao teste-piloto aplicado à equipe, duas participantes sugeriram a seguinte consideração na questão n. 4 (Apêndice 7): que fosse exemplificadas as estratégias de comunicação não verbal (exemplo: toque, sorriso...). Foram, então, realizados ajustes na pergunta. A terceira participante não realizou observações, e apresentou-se emotiva. Já os pacientes e familiares não realizaram nenhuma observação quanto à necessidade de mudança na condução e estruturação da entrevista. Em síntese, todos os participantes julgaram a entrevista clara e apropriada ao contexto proposto.

- **Etapa 4:** O contato prévio com os participantes do estudo se deu durante o processo de trabalho da pesquisadora no programa de Oncologia. Nesta etapa, realizou-se a sensibilização dos participantes, apresentando a proposta do estudo, o seu desenvolvimento e os resultados esperados. Foram agendados a data e o local para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e preferência do entrevistado. Após o aceite dos participantes eleitos para participar do estudo, foi exposto o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice 2, 3 e 4) e solicitada a assinatura do mesmo para confirmação do entendimento e a espontaneidade em participar da pesquisa.

- **Etapa 5:** Previamente à entrevista, foi realizado o *rapport* com os participantes, com o tema relacionado à comunicação interpessoal a fim de sensibilizar os envolvidos para que estes oferecessem informações detalhadas sobre o fenômeno estudado.

Segundo Bauer e Gaskel (2012), uma pessoa deve ser entrevistada somente se tiver interesse em falar e contribuir para responder a questão de maneira confiável, e que seja de relevância para a pesquisa.

- **Etapa 6:** A coleta de dados transcorreu no período de 30 dias (16 de setembro de 2015 e 15 de outubro de 2015). A duração da entrevista variou entre 45 a 60 minutos.

No decorrer da conversa oportunizaram-se aos participantes momentos de escuta terapêutica, já que o assunto abordado mobilizou vários sentimentos. As entrevistas ocorreram no próprio setor de Oncologia, em áreas que permitiram a privacidade e a participação ativa dos envolvidos, sendo elas: áreas externas da enfermaria, sala de reuniões, apartamento de internação. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas, em aparelho de gravação digital (Sony ICD-PX 240). As questões objetivas foram registradas em impresso próprio, através de obtenção de informações junto ao entrevistado, e as dos pacientes e familiares complementadas com o auxílio do prontuário eletrônico do paciente. Paralelamente à realização da entrevista em profundidade, utilizou-se um caderno de anotações, para registros de fenômenos e observações relevantes e pertinentes ao tema da pesquisa.

- **Etapa 7:** As entrevistas foram transcritas na íntegra à medida da realização da coleta dos dados. As respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial.
- **Etapa 8:** As entrevistas foram preparadas e submetidas à análise com auxílio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*).

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram transcritos na íntegra, e o conteúdo submetido à análise com auxílio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). À vista disso, somente a parte I do instrumento da pesquisa, composta pelos “dados demográficos”, não recebeu tratamento do ALCESTE.

O primeiro passo foi produzir uma transcrição com boa qualidade de todas as palavras faladas, mas não as características paralinguísticas, a fim de dar sentido e compreensão. Porém, para a realização da análise e interpretação, foram necessários tempo e esforço, implicando a imersão das pesquisadoras no *corpus* do texto, pois “os textos do mesmo modo que as falas referem-se aos pensamentos, sentimentos, memórias, planos e discussões das pessoas, e algumas vezes nos dizem mais do que seus autores imaginam” (BAUER; GASKEL, 2012, p. 189).

Durante as exaustivas leituras das transcrições foram anotadas as ideias que vieram à mente. Também foi preciso manter as finalidades e os objetivos da pesquisa, estabelecendo padrões e associações, contradições mediante as atitudes e opiniões que se desenvolveram nas entrevistas. A partir dos dados coletados e armazenados, as pesquisadoras se voltaram para os fundamentos da teoria, refletindo e analisando os conceitos e pressupostos, elaborando uma aproximação do objeto de estudo. Para auxiliar esse trabalho, foi utilizado o *software*, o qual representa um avanço na pesquisa qualitativa principalmente na área da saúde (BAUER; GASKEL, 2012).

O *software* tem a função de analisar quantitativamente os dados textuais, densos e de um número significativo de participantes, seja através da exploração de vocabulários em conteúdo escrito, em transcrições do conteúdo oral, e apresentações discursivas (AZEVEDO; MIRANDA, 2012). Ele “atende satisfatoriamente à condição de respostas advindas de perguntas abertas, entrevistas, narrativas orais, dados de mídia, artigos ou capítulos de livros a partir de um foco comum” (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Existem vários motivos para o uso de *softwares* na análise de dados qualitativos, como: a velocidade para manipular, comandar, investigar, mostrar as informações; realizar associações de dados entre eles; e dispor códigos ou memorandos em *links* para essas informações (FLICK, 2009). Além disso, apresentam com uniformidade e exatidão a análise dos procedimentos, auxiliam na comunicação entre os pesquisadores e arquivam todas as informações relacionadas à pesquisa (FLICK, 2009; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

O *software* ALCESTE é pioneiro na tecnologia da comunicação. Trata-se de uma técnica computadorizada e uma metodologia para análise de texto, exploração e descrição. Foi desenvolvido por Max Reinert na década de 1970 como “uma técnica para investigar a distribuição de vocabulário em um texto escrito e em transcrições de texto oral” (BAUER; GASKEL, 2012, p. 426). Esse *software* pode ser considerado uma metodologia, porque o programa dispõe de uma enorme quantidade de métodos estatísticos sofisticados que são adequados ao objetivo de análise de discurso (BAUER; GASKEL, 2012).

O *corpus* do texto foi preparado por um analista experiente na área, correspondendo ao conjunto discursivo transcrito na íntegra, a partir dos dados alcançados na pesquisa, produzindo um enorme arquivo de resultados. Durante a investigação do texto produzido pelos diferentes participantes, foi fundamental entender os diferentes pontos de vista coletivamente compartilhados. Desta maneira, cada afirmação foi conceituada como uma expressão de um quadro de referência, falada pelo entrevistado. O ALCESTE envolveu diferentes pontos de referências, constituindo diferentes formas de falar, ou seja, a utilização

de um vocabulário particular foi percebido como um motivo para identificar formas de pensar sobre um objeto. Portanto, o objetivo da análise do *software* foi distinguir classes de palavras que demonstraram diferentes maneiras do discurso a respeito do tópico em questão (BAUER; GASKEL, 2012). Durante a análise lexical realizada pelo programa, ocorreu a contagem sistemática de palavras no texto, no sentido do reconhecimento do número total e tipos de palavras nele presentes. Esse processo possibilitou um agrupamento das raízes semânticas, definindo-as por classes, de acordo com a função da palavra no discurso. Dessa maneira, foi possível quantificar e entender a delimitação das classes, a partir da ocorrência, co-ocorrência das palavras e função textual (AZEVEDO; MIRANDA, 2012; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Foi registrada para cada classe, uma relação de palavras características do enunciado que contribuíram para a apuração, a partir da análise do Qui-Quadrado (teste estatístico não paramétrico), das associações de palavras dentro de classes estudadas e na análise fatorial de correspondência múltipla. Todas as palavras que ultrapassaram determinado valor do Qui-Quadrado foram listadas. Quanto maior o valor, mais relevante foi a palavra para a construção estatística da classe. Os resultados foram representados graficamente em espaço de correspondência; para tanto, foi necessário empregar tabelas cruzadas de classes e palavras em sua forma reduzida (radicais) submetida a uma análise de correspondência (BAUER; GASKEL, 2012).

Ao analisar o *corpus* das entrevistas, o programa identificou as variáveis denominadas de Unidades de Contexto Inicial (UCI) usadas para individualizar o discurso de cada entrevista, caracterizada por seus aspectos relevantes (idade, profissão, sexo, escolaridade, dentre outras). Nesta etapa, as pesquisadoras participaram ativamente na ordenação do discurso, sendo que as demais etapas foram elaboradas pelo *software* através de combinações estatísticas, que são chamadas Unidades de Contexto Elementar (UCE). As UCEs são constituídas de enunciados linguísticos que compõem cada entrevista (AZEVEDO; MIRANDA, 2012). Depois da identificação e classificação dessas UCEs, o *software* avaliou a presença de ocorrências, fundamentadas em contextos de similaridade de cada raiz lexical, identificando os contextos-tipo, isto é, contextos que se rerepresentaram nas entrevistas, viabilizando a formação de categorias gerais de conteúdo. Os resultados foram apresentados mediante um dendograma da Análise Hierárquica Descendente (AHD), mostrando as relações entre as classes/categorias. Em seguida ocorreu a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), ou melhor, um plano fatorial que possibilitou visualizar prováveis oposições entre as classes/categorias (AZEVEDO; MIRANDA, 2012). O desafio foi integrar os vários resultados

em uma interpretação compreensível, e o conhecimento das pesquisadoras no campo conceitual esquematizado, para análise teórica empiricamente justificada.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e apreciação ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, a qual é a instituição proponente, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE 42277015.7.0000.0030, com aprovação em 19 de agosto de 2015. Posteriormente foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais-DF/Rede Sarah, a instituição coparticipante, em 02 de setembro de 2015, por meio do CAAE sob n. 42277015.7.3001.0022.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O material colhido foi tratado de forma anônima e confidencial, sendo assegurado o sigilo da identidade. Os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o objetivo de serem informados sobre a investigação do estudo e assegurados do resguardo de qualquer constrangimento e/ou risco de acidentes envolvidos na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo da ciência é substituir as aparências por fatos e as impressões por demonstrações.

François Magendie (1783-1855).

Aqui são apresentados os resultados obtidos na pesquisa e suas análises, de acordo com o roteiro de entrevista semiestruturada com o paciente, o familiar e a equipe (Apêndices 5, 6 e 7), a busca em prontuário eletrônico de pacientes em cuidados paliativos (Apêndice 1) e conforme a metodologia de pesquisa descrita na parte intitulada “Método”. A fim de situar essas informações, segue-se uma breve explicação sobre os perfis sociodemográficos dos participantes.

4.1 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudo foi obtido através do preenchimento da Parte I do instrumento da pesquisa – *dados sociodemográficos*, a saber:

4.1.1 Caracterização dos participantes

Paciente: dos 10 participantes do estudo, um cursou o ensino fundamental completo; dois, o ensino fundamental incompleto; três, o ensino médio completo; dois, o ensino médio incompleto; um, o nível superior completo; e um, o nível superior incompleto. Seis (60%) professavam a religião católica e quatro (40%) eram protestantes. Dos diagnósticos do paciente, seis eram portadores de tumores malignos primários de partes moles (três, sarcoma sinovial; um, sarcoma alveolar; um, leiomiossarcoma; um, rabiomiossarcoma); e quatro portadores de tumores malignos primários ósseos (osteossarcoma). Quanto à faixa etária, quatro pacientes (40%) encontravam-se entre 20 a 29 anos; três (30%) entre 30 a 39 anos; dois (20%) entre 40 a 49 anos; e um (10%) entre 60 a 69 anos. Em relação ao gênero, seis (60%) eram do sexo masculino; e quatro (40%), do sexo feminino. Em relação ao estado civil, dois (20%) eram casados; seis (60%), solteiros; um (10%), em união estável; e uma (10%),

viúva. Do período de admissão no programa, cinco pacientes (50%) estavam no intervalo de 0 a 1 ano; dois (20%), de 2 a 3 anos; dois (20%), de 4 a 5 anos; e um (10%), de 6 a 16 anos.

Dentre os termos encontrados em prontuário eletrônico que denotavam a condição de cuidados paliativos, destacam-se: aumento/crescimento dos nódulos, progressão tumoral/doença, tumor irressecável, tumor metastático, radioterapia paliativa, recidiva da doença, cuidados paliativos, progressão radiológica da doença, invasão, reinternação por intercorrências do câncer avançado em menos de seis meses.

Um fator relevante é que a maioria dos pacientes (70%) admitidos eram adultos jovens (20 a 39 anos) e metade da amostra estudada dos pacientes em cuidados paliativos estava em acompanhamento na instituição no intervalo de 0 a 1 ano. Isso pressupõe a agressividade da doença, especialmente os sarcomas, e o estado avançado da doença que os pacientes apresentavam logo na admissão.

Os sarcomas são tumores raros com biologia tumoral agressiva e precocemente evoluem com metástases, já sendo evidenciados ao diagnóstico em até 20% dos casos na região dos pulmões. Além disso, “a maioria dos pacientes admitidos para tratamento é jovem, com prognóstico reservado (SILVA *et al.*, 2010), “apresentam lesões avançadas, com enormes massas tumorais ou doença disseminada” (MANOEL *et al.*, 2008). Nos anos 1960, a sobrevida média desses pacientes era de cinco anos e representavam um grupo de 10 a 20%, aumentando para 60 a 70% no início da última década. Esse aumento de sobrevida pode ser atribuído à combinação de terapias como a radioterapia, quimioterapia e intervenções cirúrgicas para a ressecção do tumor primário e metástases (Silva *et al.*, 2010). Mesmo com o uso da terapia multimodal, ainda nos dias de hoje os sarcomas de alto grau de malignidade representam um desafio ao tratamento oncológico, tanto relacionado à preservação de órgãos e membros, como a diminuição do risco de metástase e morte (MANOEL *et al.*, 2008).

Familiar: dos oito participantes do estudo, um cursou o ensino fundamental completo; três, o ensino fundamental incompleto; um, o ensino médio completo; dois, o nível superior completo; e um, o nível superior incompleto. Quatro (50%) professavam a religião católica e quatro (50%) eram protestantes. Quanto à faixa etária, dois familiares (25%) encontravam-se entre 30 a 39 anos; dois (25%), entre 40 a 49 anos; dois (25%), entre 50 a 59 anos; e dois (25%), entre 60 a 69 anos. Dos diagnósticos do paciente que acompanhavam, um era portador de mieloma múltiplo; três, de tumores malignos primários de partes moles (um sarcoma sinovial, dois rhabdomyosarcoma); um, de carcinoma (mama); um, de maligno primário do sistema nervoso central (glioblastoma); e dois, de tumores malignos primários ósseos (osteossarcoma).

Tabela 1 –: Distribuição do período de acompanhamento do familiar com o paciente e o grau de parentesco.

Período	Acompanhamento do familiar		Grau de parentesco									
			Mãe		Esposa		Filha		Pai		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0-2 anos	3	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	2	25	5	62,5
3-5 anos	5	37,5	1	12,5	2	25	-	-	-	-	3	37,5
Total	8	100	2	25	3	37,5	1	12,5	2	25	8	100

A tabela 1 retrata o período de acompanhamento do familiar junto ao paciente e o grau de parentesco, sendo que 75% eram do sexo feminino (25% mãe, 37,5% esposa e 12,5% filha) e o período de acompanhamento predominou de 0 a 2 anos (62,5%). De acordo com Sales *et al.* (2012), o paciente acometido de uma doença sem possibilidades de cura, geralmente é acompanhado por um familiar durante um longo período de tempo, sendo que, segundo Munhoz *et al.* (2014), a prevalência é de acompanhantes do sexo feminino (75%) e filhos (65%). Também é possível verificar que todos os cuidadores mantinham vínculo de parentesco com o paciente. Esse fato pode ser atribuído, de acordo com Guimarães e Lipp (2011), que o cuidado é munido de valores, crenças, histórias familiares que foram construídas ao longo de suas vidas. E “em relação ao sexo e ao grau de parentesco, culturalmente a mulher sempre foi designada aos cuidados familiares e os cônjuges e filhos possuem uma proximidade que influencia fortemente a relação do cuidado” (CAPELLO *et al.*, 2012).

Equipe: dos doze participantes do estudo, cinco eram enfermeiras; dois, médicos; uma, psicopedagoga; uma, nutricionista; uma, professora de artes; uma, psicóloga; um, fisioterapeuta. Seis (50%) professavam a religião católica; dois (16,6%), protestantes; três (25%), sem religião; e um (8,3%), budista. Quanto à faixa etária, um profissional (8,3%) encontrava-se entre 20 a 29 anos; sete (58,3%), entre 30 a 39 anos; três (25%), entre 40 a 49 anos; e um (8,3%), entre 50 a 59 anos. Em relação ao gênero, dois (16,7%) são do sexo masculino e dez (83,3%) do sexo feminino. Nove (75%) eram casados; e três (25%), solteiros.

Tabela 2 – Eixo 2: Tempo de formação profissional e trabalho na Oncologia.

Período	Formação profissional		Trabalho na Oncologia	
	nº	%	nº	%
1-2 anos	-	-	1	8,3
3-4 anos	-	-	1	8,3
5-10 anos	2	16,6	4	33,3
11-16 anos	6	50	5	41,6
17-27 anos	4	33,3	1	8,3
Total	12	100	12	100

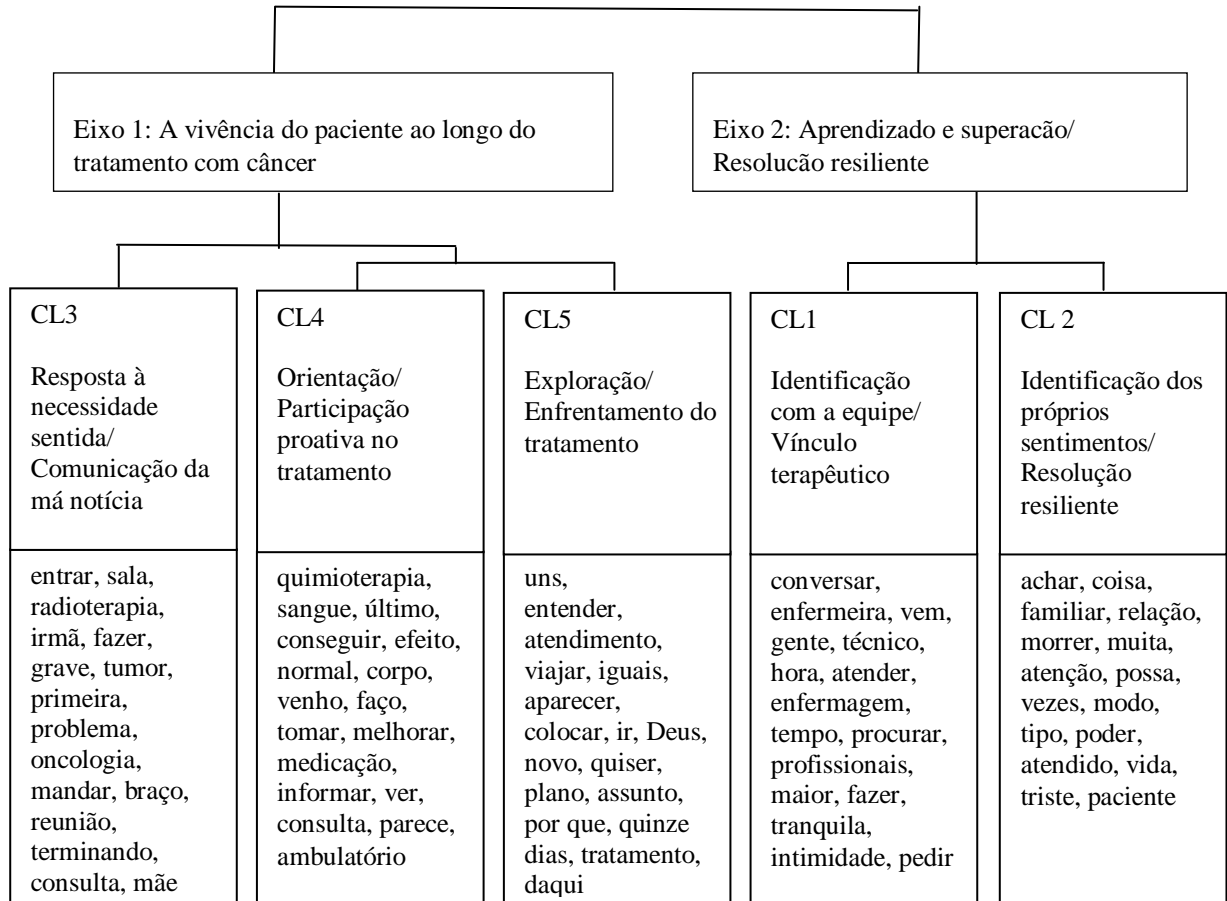
Em relação à caracterização da equipe interdisciplinar, 50 % dos entrevistados tinham tempo de graduação entre 11 e 16 anos; e destes, 41,6% trabalham na Oncologia da instituição em igual período de tempo, seguidamente 33,3% estavam na Oncologia entre 5 e 10 anos.

A seguir, será retratada a análise qualitativa das entrevistas dos pacientes, familiares e equipe, obtidas após a conversão dos discursos em um *corpus*, e submetidos em análise pelo *software* ALCESTE.

5 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram dois eixos temáticos compostos por cinco classes. O primeiro eixo agrupa as classes 3 [a resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia], classe 4 [orientação/participação proativa no tratamento] e a classe 5 [a exploração/enfrentamento do tratamento]. Essas classes fazem referência ao esforço individual que os pacientes utilizam para manejar o *stress* do adoecimento e o sofrimento causado pelo tratamento. No segundo eixo, composto pelas classes 1 [a identificação com a equipe/vínculo terapêutico] e classe 2 [identificação dos próprios sentimentos/resolução resiliente], foi possível aprender que vínculo de confiança e autoconhecimento constituem fatores de proteção que são utilizados no decorrer do tratamento e contribuem para superar os limites impostos pela doença, conforme demonstrado no dendograma na figura 2.

Figura 2 – Dendograma com os eixos e classes que emergiram das entrevistas com os pacientes, Brasília – 2015.



5.1 EIXO 1 – A VIVÊNCIA DO PACIENTE AO LONGO DO TRATAMENTO COM CÂNCER

O decurso de uma doença grave, a exemplo do câncer, implica que o paciente deverá percorrer um novo e às vezes longo percurso durante o seu tratamento. Este é permeado pela comunicação das más notícias, tratamento e estratégias de enfrentamento (WARNOCK, 2014; WITTENBERG-LYLES; GOLDSMITH; PLATT, 2014).

5.1.1 Classe 3 – A resposta à necessidade sentida/Comunicação da má notícia

Nesta classe, a presença dos verbos *entrar, mandar*, associados às palavras *sala, irmã, grave, tumor, primeira, problema, Oncologia, reunião, terminado, consulta, mãe* no discurso dos pacientes indicam como, onde, quem estava presente no momento do diagnóstico da doença que desencadeou a necessidade de tratamento e internação.

A complexidade da comunicação das más notícias não está associada apenas à gravidade das doenças, mas também de quem, como, onde, quando e quanto se deve revelar de informações (ARAÚJO; SILVA, 2012; WARNOCK, 2014; MONDEN; GENTRY; COX, 2016).

O diagnóstico é a primeira etapa a ser considerada na presença de uma doença, e deve sempre ser comunicado pelo médico (VEIT; BARROS, 2008):

*Bom, foi o **médico** mesmo, propriamente, né. Ele pediu os exames e, posteriormente, com os exames em mãos, completos, ele deu o diagnóstico do meu **problema** (P7).*

No caso de uma doença grave, esse diagnóstico é considerado uma má notícia, pois modifica drasticamente ou negativamente a visão do paciente sobre o seu futuro (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012). Pode-se dizer que a comunicação das más notícias é uma das atividades mais difíceis enfrentadas pelos médicos e demais membros da equipe.

Uma leitura à luz da teoria de Peplau sugere que o momento em que o paciente busca um diagnóstico corresponde à fase de orientação (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Em outras palavras, essa é a necessidade sentida e percebida por ele, que demanda um atendimento imediato. Diante dessa situação, a equipe deve estar preparada para entender a *linguagem dos sintomas*, a história da doença do paciente (MALDONADO; CANELLA, 2009).

*A gente fica assim ansioso, né, porque a **primeira consulta** é um **problema** muito **grave** que é um **tumor**, que a gente pensa logo que não vai sobreviver, né! (P9).*

*Eu vim com um **problema** no meu braço. Então, eu rodei em muitos hospitais, e não descobri meu **problema**. E aqui no Sarah graças a Deus eu fui internado e consegui descobrir um **tumor** no meu **braço** (P9).*

Na fala dos pacientes é possível aprender que a necessidade percebida por eles está relacionada a um *problema muito grave que é o tumor*. O paciente busca então por um atendimento médico e acontece a *primeira consulta*.

Pacientes relatam que as respostas de aceitação e atitudes diante de um diagnóstico, prognóstico e tratamento são diretamente influenciados pela forma como os profissionais emitem essa informação (MONDEN; GENTRY; COX, 2016). Se a comunicação das más notícias for entregue de forma inadequada ou de maneira insensível podem prejudicar ajustes a longo prazo dos pacientes e de seus familiares (WARNOCK, 2014; MONDEN; GENTRY; COX, 2016).

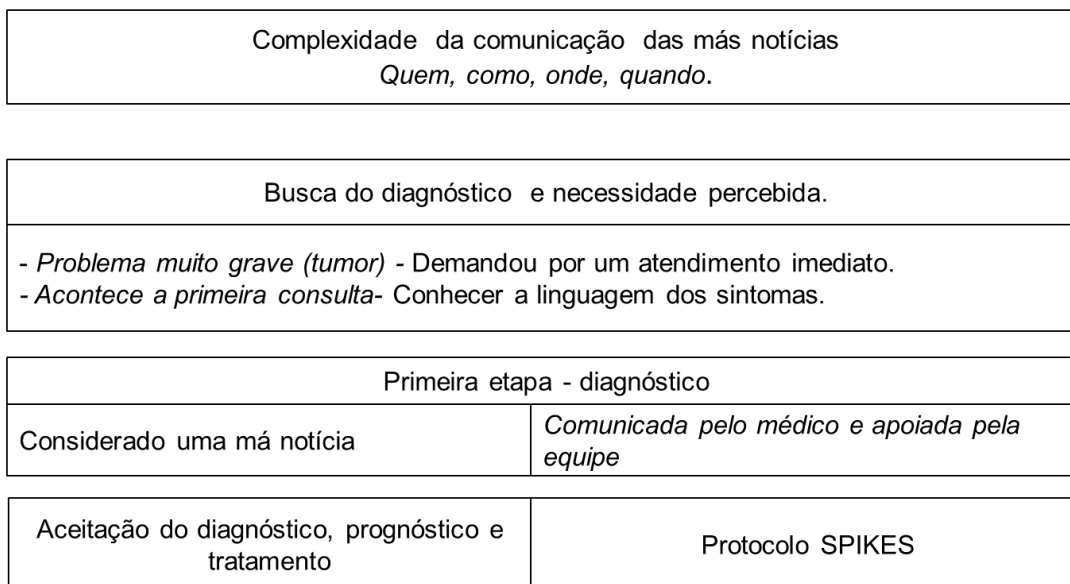
Para a transmissão de más notícias, é descrito o protocolo SPIKES como uma forma estruturada e didática a ser utilizada pela equipe. Esse processo obedece seis passos, cada um deles associado a habilidades específicas (BAILE *et al.*, 2000; WARNOCK, 2014).

O primeiro passo do protocolo SPIKES (*SETTING UP*) refere-se à preparação da equipe e do espaço físico para a reunião, e o envolvimento das pessoas significativas e familiares; o segundo (*PERCEPTION*) verifica se o paciente tem consciência de seu estado; o terceiro (*INVITATION*) convida o paciente a participar das discussões, em que conversa sobre o plano de tratamento, a quantidade de informações e detalhes que deseja saber; o quarto (*KNOWLEDGE*) é a transmissão da notícia propriamente dita; o quinto (*EMOTIONS*) é destinado a responder empaticamente e com solidariedade à reação emocional demonstrada pelo paciente. E por último, o sexto (*STRATEGY and SUMMARY*) consiste em amenizar a ansiedade do paciente ao lhe relatar o plano terapêutico e o que há porvir (BAILE *et al.*, 2000).

No estudo foi possível observar que os profissionais seguiram o protocolo SPIKES nos diferentes momentos da comunicação da má notícia.

Segundo estudiosos, no momento da comunicação de uma má notícia, a equipe deve envolver as pessoas significativas de relação do paciente para participarem da reunião (NGO-METZGER; SRINIVASAN; LIAO, 2008; WARNOCK, 2014; MONDEN; GENTRY; COX, 2016).

Diagrama 1a - A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia
CL3: A RESPOSTA A NECESSIDADE SENTIDA/ COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA



BAILE, BUCKMAN, *et al.*,2000; GEORGE,2000; PEREIRA,2008; BORGES, FREITAS e GURGEL,2012; WARNOCK,2014.

Quando – Tempo cronológico

Na leitura da comunicação do diagnóstico à luz da teoria de Peplau foi possível apreender que o paciente, frente a uma necessidade sentida, *tumor grave*, buscou o esclarecimento sobre a doença.

*Ah, quando eu entrei para Oncologia aqui, o **primeiro** dia, tive uma palestra. Aí explicaram que o problema era grave e podia amputar o meu braço, porque tinha que tirar a doença (P9).*

*Assim que eu internei aqui, antes mesmo de começar a quimioterapia. Não lembro se foi no **primeiro** ou segundo dia que eu internei, mas foi bem no comecinho a reunião (P1).*

O momento do diagnóstico de um tumor grave constitui um grande desafio para a equipe (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012). O anúncio da má notícia provoca um forte impacto emocional, quase sempre acompanhado de medos, angústias, incertezas. Quanto mais cuidadosa for a forma de se comunicar, maior será o entendimento e a compreensão do paciente em relação a sua doença e processo de tratamento (WARNOCK, 2014). Sendo

assim, o anúncio de más notícias de forma inadequada ou insensível pode prejudicar o ajuste do paciente ao longo do tratamento (WARNOCK, 2014; MONDEN; GENTRY; COX, 2016).

Observou-se que o anúncio de más notícias não se restringiu ao momento do diagnóstico inicial, mas se repetiu ao longo do tratamento e da trajetória da doença (FREIRE *et al.*, 2013; BERNACKI *et al.*, 2015).

Foram várias reuniões que já tiveram. A mais difícil foi quando comecei a quimioterapia e terminei e não estava dando certo [...]. Agora eu vou fazer uns exames, aí depois dos resultados dos exames, eles irão me explicar (P8).

Teve uma reunião que falaram que não era possível fazer a cirurgia, porque o tumor estava muito profundo, entre a bacia e a coluna (P10).

Quem – Presença de pessoas significativas

O diagnóstico foi comunicado na presença de familiares (BAILE *et al.*, 2000). Essa conduta é recomendada por Peplau, quando sugere que a equipe, o paciente e a família precisam trabalhar juntos para identificar e esclarecer o problema existente (GEORGE, 2000). Conforme os relatos dos pacientes no momento da admissão no programa de *Oncologia*, na consulta e reunião, estavam presentes pessoas significativas, como a família, pai, mãe, irmãos, amigos, e integrantes da equipe. Rodriguez (2014) descreve que a comunicação das más notícias envolve a equipe, família e paciente, os quais formam uma tríade. O papel da família é proporcionar proteção psicossocial ao paciente, configurando-se como a principal fonte de segurança durante a fase de adoecimento e hospitalização (BORGES; PINHO, 2013).

Quando eu entrei para Oncologia, no primeiro dia, tive uma palestra, uma consulta grande com o Doutor [...] e a equipe. Aí chamou minha família, meu pai, minha mãe, meus irmãos (P9).

A reunião que teve aqui no SARAH veio meu esposo, meus dois irmãos, e um casal de amigos, a enfermeira, a psicóloga e o médico. Foram essas pessoas, para falar sobre a doença (P6).

Onde – Local privado

A comunicação das más notícias, conforme Ngo-Metzger, Srinivasan e Liao (2008) e Hilaire (2013), deve ocorrer em um ambiente físico acolhedor, que proporcione privacidade e seja livre de interrupção e ruídos externos. Este tipo de abordagem é ilustrado através das falas:

Ah, numa sala à parte, numa sala isolada, que tinha um quadro lá, uma sala acho que de reuniões mesmo (choro) (P1).

Foi, num escritório, uma sala (respiração profunda), foi uma sala aqui dentro da Oncologia, né, que eles fazem essa reunião (P6).

Os pacientes relataram que a comunicação do diagnóstico ocorreu em uma *sala isolada, de reuniões dentro da Oncologia*, indo ao encontro do protocolo SPIKES, em que o primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação do espaço físico acolhedor e propício para a entrega da má notícia.

Percebeu-se, nas falas dos pacientes, que até hoje eles se encontram mobilizados pela má notícia, ao expressarem sentimentos de tristeza durante a abordagem do diagnóstico. O impacto emocional resultante da má notícia ocasiona uma desordem no universo interno do paciente (LIBERATO; MACIEIRA, 2008). Vale destacar que ao longo da entrevista, na fase de exploração da comunicação da má notícia, os pacientes exteriorizaram diferentes reações emocionais, a exemplo de: choro, respiração profunda, pausas, silêncios, voz trêmula e embargada, sudorese e inquietação. Esses sentimentos despertaram a empatia por parte da entrevistadora junto ao entrevistado, aflorando também a reflexão aprofundada sobre os assuntos abordados e sentimentos de tristeza e compaixão em compartilhar a dor do outro. Assim, foi necessária a interrupção da conversa para oferecer apoio terapêutico ao paciente e, também, para a entrevistadora revigorar as suas forças para retomar a entrevista.

A equipe deve ajudar o paciente a compreender o que está acontecendo com ele, além de considerar as suas expectativas, angústias, medos e incertezas (GEORGE, 2000; FREIRE *et al.*, 2013). Para compreensão da doença e planos terapêuticos, é fundamental uma comunicação efetiva com o paciente no início e no decorrer da evolução da doença e tratamento (WARNOCK, 2014; MONDEN; GENTRY; COX, 2016). Nos discursos dos pacientes é possível observar que a compreensão da má notícia está vinculada a uma linguagem clara, pausada e sistematizada.

Compreendo o que é falado assim, de uma maneira fácil, numa linguagem clara, eu consigo entender bem o que me é passado (P1).

Eu compreendi porque assim, eles passaram de uma forma bem didática, né? Tinha um quadro até para explicar bem direitinho, sobre os ciclos da quimioterapia, porque a gente não sabia nada até então, aí foi passado bem devagarzinho, aos poucos, para a gente não confundir as coisas (P9).

De acordo com Peplau, a equipe, paciente e família trabalham juntos para identificar e esclarecer o problema existente, corroborando com os discursos dos pacientes em que realizam um movimento diante de um problema, *o tumor grave*, em direção à busca da consulta médica no serviço de Oncologia. Assim, após a definição e o repasse do diagnóstico e compreensão pelo paciente e familiar, esses seguem para uma nova etapa, a exploração dos serviços oferecidos, o tratamento.

Diagrama 1b- A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia

CL3: A RESPOSTA A NECESSIDADE SENTIDA/ COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA

Quando- Tempo Cronológico	
<i>Comunicação das má notícias ocorreu ao longo do tratamento. Foram várias reuniões. No início do tratamento da quimio, mudança de tratamento, progressão de doença.</i>	
Quem- Presença de Pessoas Significativas	
<i>Família, pai, mãe, irmãos, amigos, e integrantes da equipe</i>	
<i>Peplau, sugere que a equipe, o paciente e a família precisam trabalhar juntos para identificar e esclarecer o problema existente .</i>	
Onde- Local Privado	
<i>Sala isolada, de reuniões dentro da oncologia</i>	
Emoções	
<ul style="list-style-type: none"> • Escuta terapêutica • Peplau - A equipe deve considerar as suas expectativas, angústias e medos. 	
Comunicação efetiva	<i>Eu compreendi porque assim, eles passaram de uma forma bem didática .(P9)</i>

RODRIGUEZ, 2014; GEORGE, 2000; BAILE, BUCKMAN, *et al.*, 2000.

5.1.2 Classe 4 – Orientação/Participação proativa no tratamento

Nesta classe destacam-se os verbos *vir, conseguir, tomar, fazer, melhorar, informar*, remetendo à participação ativa do paciente no tratamento, que acontece mediante as informações oferecidas pela equipe. São complementados com as palavras *quimioterapia, sangue, último, efeito, normal, corpo, medicação, consulta, ambulatório*. Os discursos dos pacientes relacionados ao *tratamento* estão vinculados à teoria de Peplau, em que o paciente é o sujeito da ação da equipe, e esse deve agir como colaborador no processo do cuidado (GEORGE, 2000; FREIRE, NERY *et al.*, 2013).

Estudos apontam que o tipo de diagnóstico e tratamento estipulado pela equipe pode ter relação com a adesão e participação do paciente no tratamento. Isto é, nas doenças que se apresentam assintomáticas e em situações em que não se tem o entendimento de sua gravidade, há pouca adesão. Contudo, pacientes que percebem a sua existência ameaçada, a curto, médio e longo prazo, sensibilizam-se e tomam consciência da necessidade do envolvimento, seguindo as orientações da equipe e participando ativamente no processo terapêutico (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011). O paciente, diante do entendimento de sua doença e tratamento, vem à consulta médica em nível ambulatorial e submete-se a exames para realização do tratamento quimioterápico, como se evidencia nas falas abaixo:

Sempre que eu venho para internação, que eu faço exame de sangue tenho que passar pelo ambulatório de Oncologia, hoje mesmo eu tirei algumas dúvidas com o médico (P6).

Assim que eu venho para consulta, o médico informa tudo que irei fazer. No começo do tratamento ele informou tudo, né, e entramos em acordo e agora só estamos cumprindo o que a gente concordou (P2).

Eu chego ao hospital, primeiramente tiro sangue e vou para consulta com o médico. O médico fala como é que estão os meus glóbulos brancos e vermelhos, para ver se eu estou de acordo com o limite para fazer a quimioterapia (P2).

Nos discursos dos pacientes constata-se a participação ativa dos mesmos e o entendimento do percurso terapêutico, pois eles vêm à consulta ambulatorial, submetem-se à coleta de sangue para avaliação clínica prévia à quimioterapia. Percebe-se também o protagonismo do paciente no tratamento mediante o esclarecimento de dúvidas, a tomada de decisão compartilhada, ao relatar que ele e o médico entraram em acordo e agora estão

cumprindo o que concordaram e também ao médico falar a ele o resultado dos seus exames laboratoriais.

Essa participação ativa do paciente no processo de tratamento deriva de uma comunicação efetiva e do relacionamento interpessoal com a equipe. Segundo Peplau, essa participação é influenciada pelos processos de comunicação, a partir dos quais emergem as relações de confiança necessárias para que o paciente possa minimizar o medo, a ansiedade e consiga lutar pela sua recuperação com dignidade em busca de uma melhor qualidade de vida (GEORGE, 2000; FREIRE *et al.*, 2013).

Segundo Hoving *et al.* (2010), e Mack *et al.* (2012), a autogestão e a tomada de decisão compartilhada são importantes ferramentas para capacitar os pacientes a exercerem um papel ativo no seu tratamento. Isso é perceptível pelos discursos dos pacientes abaixo.

*As quimioterapias têm os **efeitos** colaterais que atacam no **corpo** e eu tento passar por isso de uma forma **normal**, como se fosse uma pedra no meu caminho e **conseguir** enfrentar tranquilo (P2).*

*Então, pode colocar o tratamento que tiver. Eu não tenho medo de tratamento. A não ser que, Deus o livre, eu não resista ao tratamento, mas eu **faço**, entendeu! Eu não tenho medo de fazer o tratamento. Então, se é para minha saúde, eu tenho que fazer (P9).*

Percebe-se que os pacientes apresentam entendimento do seu plano terapêutico e dos *efeitos* colaterais que acometem o seu *corpo*. Diante disso, procuram colaborar e utilizar estratégias para atenuar os efeitos colaterais, fortalecendo-se, assim, para *conseguir enfrentar e fazer* o tratamento em busca da *saúde* e cura.

Uma das metas do cuidado da equipe é fazer com que os pacientes participem ativamente do seu processo de tratamento, envolvendo-se, assim, no seu autocuidado e apresentando o sentimento de pertencer ao relacionamento terapêutico (GEORGE, 2000). Diante disso, os pacientes tornam-se autossuficientes, apresentam iniciativa e adotam atitudes apropriadas para alcançar os objetivos (GEORGE, 2000; GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014).

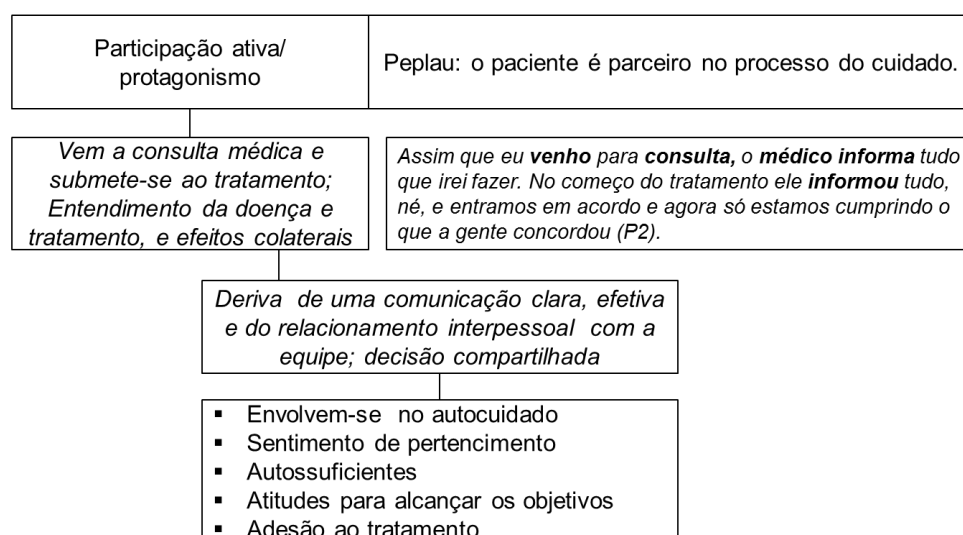
*Eu gosto de **tomar** muita água, mas a gente fica muito enjoado e não **consegue**. Eu uso uma balinha para me ajudar e influenciar a **conseguir** beber água, não ficar com aquele gosto seco na boca. Comecei a **tomar** mais coisas saudáveis, a deixar alguns alimentos de lado que fazem muito mal para o nosso corpo (P2).*

*Caso ocorra alguma controvérsia em casa tem que vir para o hospital, tem que ligar, tem que **informar** o que você está passando, para ver o que o hospital pode ajudar você a **melhorar** (P5).*

Os discursos dos pacientes relacionados ao *tratamento* legitimam a teoria de Peplau, em que o paciente é o sujeito da ação da equipe, e esse deve agir como parceiro no processo do cuidado. E isso se deve a uma comunicação clara e informativa da equipe para com o paciente, proporcionando assim, uma maior adesão ao tratamento e o enfrentamento diante dos percalços da doença e tratamento.

Diagrama 2- Orientação/participação proativa no tratamento

CL4: ORIENTAÇÃO/PARTICIPAÇÃO PRÓ- ATIVA NO TRATAMENTO



GEORGE,2000; LUSTOSA, ALCAIRES e COSTA,2011; MACK,CRONIN, et al., 2012.

5.1.3 Classe 5 – A exploração/Enfrentamento do tratamento

Nesta classe, os verbos *entender, viajar, ir, colocar* expressam as restrições que o tratamento do câncer impõe ao paciente. As palavras *atendimento, Deus, plano, assunto, tratamento* significam as diferentes estratégias utilizadas no enfrentamento desses cerceamentos. Foi possível apreender que apesar das agruras e limitações impostas pelo adoecimento, o paciente prioriza o tratamento, aceita as condições do momento, explora os recursos disponíveis buscando enfrentar as adversidades. No período de enfrentamento de uma doença, sobretudo quando há ameaça da existência, as pessoas buscam encontrar sentido para a vida e desenvolver algumas habilidades (CAMAROTTI, 2013).

Os discursos dos pacientes sugerem que essas habilidades são utilizadas para especular as soluções disponíveis. Conforme Peplau, esse comportamento caracteriza a fase de exploração. Nessa fase, o paciente faz uso ativo, de acordo com os seus interesses e necessidades, dos benefícios disponíveis nos serviços (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Na fase de exploração, o enfrentamento constitui-se um processo multidimensional, dinâmico que suscita uma série de respostas que abrange a interação do indivíduo com o seu ambiente (AMARO, 2013) e a utilização de mecanismos para manejar uma ameaça que está prestes a acontecer, frente a situações difíceis da vida (SILVA *et al.*, 2011; LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016). Nesse contexto, o câncer constitui uma ameaça à vida por se tratar de uma patologia grave, apesar da crescente cura, exibir comportamento agressivo, resultando em mudanças físicas, psicológicas, e modificar os planos futuros para o paciente (RODRIGUES; POLIDORI, 2012; SALES *et al.*, 2014). Essas mudanças são observadas nas falas dos pacientes abaixo:

Sim, os planos de viajar, de outras coisas, até de casar. A vida da gente muda muito, você não pode fazer planos... Mudou assim, por mais que a gente tenta ser forte, às vezes a gente fica muito fraca, por causa só o nome da doença que é horrível, imagina a gente lutar contra ela (P8).

*Vou levar o remédio para tomar em casa. Mas eu já saio pensando em voltar de novo, **daqui uns quinze dias**. Então, eu vou me recuperar em casa, vou fazer uma dieta boa, para eu chegar aqui mais forte, né, para poder aguentar o pique, fazer o tratamento, porque não é fácil também não (P9).*

Diante disso, o paciente busca forças internas para superar a situação, como a de *ser forte*, mas em alguns momentos sente-se enfraquecido pelo estigma do câncer, o *nome* da doença em seu imaginário, que é *horrível*, e pelo desafio de *lutar contra ela*. Também procura utilizar estratégias, como de uma *dieta boa* em domicílio para tolerar e *aguentar o pique* do tratamento, além de fazer o *tratamento para ficar bom e fazer outros planos*. Essas estratégias são alcançadas pelos pacientes

porque primeiramente eles falam: você está num lugar bom, no Sarah, lá tem recursos, o atendimento e o hospital são muito bons, comida, cama. Lá tudo que você pensar tem (P9).

*Eu entro e saio do hospital feliz também. Ah, uma equipe dessa aí, é uma equipe que estudou e estão bem preparados para isso aí. **Porque** não são todas equipes **iguais** a vocês aqui (P9).*

*Perguntam se eu estou com dor, para me dar remédio. Aí começa a **colocar** a agulha no cateter, começa arrumar tudo (P10).*

Constata-se, pelas falas dos pacientes, que conseguem enfrentar o câncer *porque* têm ao seu alcance um tratamento e recursos materiais e humanos disponíveis. Os recursos materiais estão relacionados aos meios oferecidos pela instituição de referência Sarah; serviços de hotelaria (cama, comida), recursos terapêuticos (*remédio, agulha, cateter* totalmente implantado) e os recursos humanos, uma *equipe preparada* e com conhecimento científico, que facilita o *entendimento* da doença.

A fala dos pacientes permitiu, ainda, identificar as diferentes estratégias descritas por Cohen e Lazarus e utilizadas para atender as necessidades ao longo do tratamento, a fim de atenuar os efeitos estressores sobre o estado emocional, físico e de bem-estar (PEÇANHA, 2008). O estressor é considerado tudo o que rompe a homeostase e exige adaptação positiva (AMARO, 2013), a saber:

1. *A busca de informação* com o intuito de adquirir recursos essenciais para solucionar o problema ou equilibrar a emoção.

*Porque eu pergunto para o médico o que está acontecendo e ele vai me explicando o assunto direitinho. Aí, se eu não **entender**, pergunto de novo, até entender (P10).*

2. *A ação direta*, que tem a finalidade de solucionar o problema que está sendo apresentado.

*Quando a enfermeira vai falar com você, tem que falar o que está sentindo: por exemplo, se estou com enjoo. Ela fala: agora eu vou **colocar** um remedinho (P9).*

3. *A inibição da ação*, com o objetivo de controlar as ações julgadas perigosas para o paciente.

*Teve casamento, momentos familiares, que a gente deixa de participar, **viajar** são coisas que são inevitáveis quando você tem algum tipo de doença grave (P7).*

4. *Esforços intrapsíquicos*, que asseguram refutar ou evitar o problema a fim de regular as emoções frente a uma situação ameaçadora.

Queria saber quanto tempo de vida eu vou ter, né? [...]. Eu tenho até hoje essa dúvida, mas eu nunca perguntei e não quero saber também (P6).

5. *A busca do outro*, uma estratégia que visa usar o apoio social para resolução do problema.

*Na hora do banho, dos curativos, de fazer outro procedimento, passarem uma sonda, sempre é elas que estão lá com a gente, no **atendimento** (P1).*

Além das estratégias de enfrentamento referidas, observou-se que os pacientes utilizaram também estratégias *focalizadas na emoção* e no *problema* (RODRIGUES; POLIDORI, 2012; LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

Na estratégia de *enfrentamento focalizado na emoção*, o indivíduo busca controlar, por meio de estratégias comportamentais e cognitivas, a resposta emocional ao estressor. Essas estratégias podem ser categorizadas em: a – fuga-evitação (afastamento físico e psicológico do fator estressor); b – distanciamento (afasta-se psicologicamente, não pensando ou dando pouco significado ao problema); c – reavaliação positiva (ressignificar a situação, modificando de algo negativo para positivo, e se comprometendo a mudar o resultado) (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

*Porque eu consigo viver, até mesmo esquecer às vezes o **tratamento**, sem ficar preocupado com a doença, mas com a vida, com coisas do dia a dia, também não fico perguntando: Ah, por que comigo? Tenho que agradecer, porque antes isso do que uma coisa pior (P5).*

O paciente utiliza o enfrentamento de emoção de distanciamento, pois procura manter o foco na vida, evitando pensar no *tratamento*. Também faz uma reavaliação positiva em relação à doença ao se referir a *antes isso do que uma coisa pior* (AMARO, 2013; LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

O enfrentamento *focalizado no problema* trabalha diretamente com o fator estressante. Este é subdividido em enfrentamento *proativo* e *combativo*. No *proativo*, busca-se prever e antecipar os estressores potenciais e agir precocemente para prevenir o seu impacto

na vida. No *combativo*, a pessoa reage ou procura fugir do estressor que não pode ser impedido (AMARO, 2013; LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

Os estratos a seguir ilustram o enfrentamento focado no problema proativo e combativo, respectivamente.

*Acho muito interessante **entender** o que está acontecendo no nosso corpo, né!* (P10).

*Se precisar, o melhor lugar é ficar aqui. Se **ir** (for) para casa como é que melhora. Você tem que tomar os medicamentos certos, não ir embora com pressa, pois pode dar reação. Acho que o certo é falar para os médicos o que está se passando com a gente* (P3).

É habitual que as pessoas ao se sentirem fragilizadas e enfermas, busquem recursos em suas crenças e rituais religiosos para encontrar um significado e propósito para a sua vida (SILVA *et al.*, 2011; PINTO *et al.*, 2015). Vale ressaltar que no estudo realizado, todos os pacientes professavam uma religião, sendo que 60% eram da religião católica e 40% eram protestantes. Esse aspecto da religiosidade repercutiu nas falas dos pacientes durante a abordagem sobre o adoecimento e tratamento, a saber:

*Em relação também à possibilidade de amputar a perna, fiquei tranquila. Eu busco essa tranquilidade em **Deus*** (P5).

*Eu me controlo, tenho fé em **Deus**, oro. E é isso, me acalmo* (P4).

É necessário trabalhar a compreensão e o enfrentamento do paciente em relação ao adoecimento e tratamento, pois cada um em sua particularidade apresenta uma resposta e reage de diferentes formas às experiências vivenciadas (GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014). Isso porque o ser humano é, segundo Peplau, um organismo que vive em um equilíbrio instável, lutando para diminuir a tensão gerada pelas suas necessidades (GEORGE, 2000).

Conforme Peplau, o objetivo do cuidado é ajudar os pacientes a produzirem mudanças que influenciem de maneira positiva suas vidas para que consigam superar situações de adversidades no percurso de sua doença (GEORGE, 2000; FREIRE *et al.*, 2013).

Neste eixo, o discurso dos pacientes permite dizer que a equipe de cuidados se baseou em uma comunicação eficaz para ajudar os pacientes a produzirem mudanças em suas vidas, capazes de influenciá-los de maneira positiva frente às adversidades encontradas no percurso da doença.

Diagrama 3a- Exploração/enfrentamento do tratamento

CL5: EXPLORAÇÃO/ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO

Fase Exploração	
<i>Limitações impostas pela doença. O paciente prioriza , aceita, explora os recursos e enfrenta as adversidades</i>	Pessoas buscam encontrar sentido para a vida e desenvolver algumas habilidades

Enfrentamento	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Forças internas (ser forte e lutar contra a doença)</i> • <i>Cuidados em domicílio (alimentação e medicação)</i> • <i>Fazer tratamento para ficar bom ;</i> • <i>Fazer novos planos</i> 	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Materiais (Sarah, hotelaria)</i> • <i>Terapêuticos (medicamentos, cateter)</i> • <i>Humanos (equipe preparada)</i>

Porque primeiramente eles falam: você está num lugar bom, no Sarah, lá tem recursos, o atendimento e o hospital são muito bons, comida, cama.(P9)
É uma equipe que estudou e estão bem preparados para isso aí. **Porque** não são todas equipes **iguais** a vocês aqui (P9)

CAMAROTTI,2013; AMARO,2013; LEMOS, MORAES e PELLANDA,2016.

Diagrama 3b- Exploração/enfrentamento do tratamento

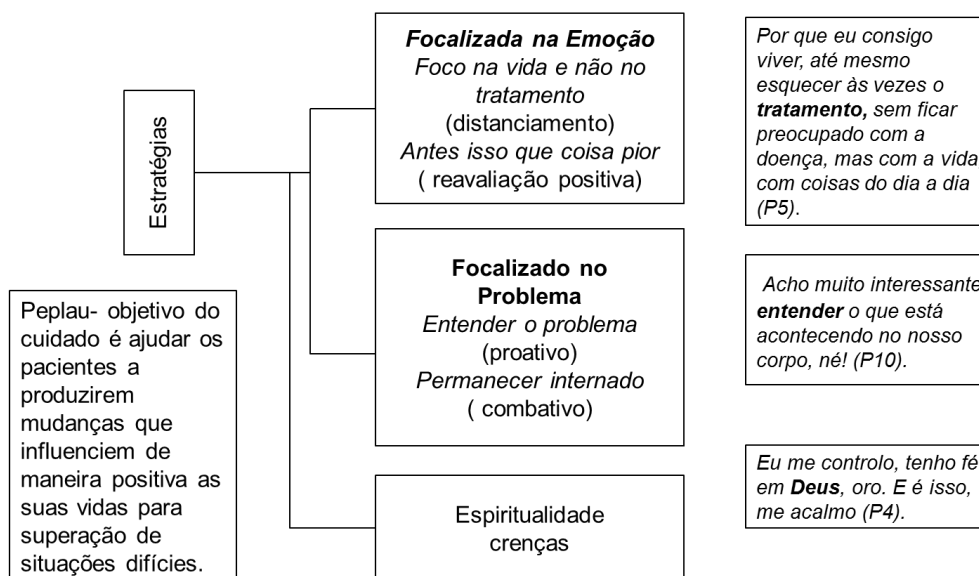
CL5 EXPLORAÇÃO/ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO

Estratégias de Enfrentamento (Cohen e Lazarus)	
	↓
A busca da informação	<i>Porque eu pergunto para o médico o que está acontecendo e ele vai me explicando o assunto direitinho. Ai, se eu não entender, pergunto de novo, até entender (P10).</i>
A ação direta	<i>Quando a enfermeira vai falar com você, tem que falar o que esta sentindo: por exemplo, se estou com enjojo. Ela fala: agora eu vou colocar um remedinho (P9).</i>
A inibição da ação	<i>Teve casamento, momentos familiares, que a gente deixa de participar, viajar são coisas que são inevitáveis quando você tem algum tipo de doença grave (P7).</i>
Esforços intrapsíquicos	<i>Queira saber quanto tempo de vida eu vou ter né? [...]. Eu tenho até hoje essa dúvida, mas eu nunca perguntei e não desejo saber também (P6).</i>
A busca do outro	<i>Na hora do banho, dos curativos, de fazer outro procedimento, passarem uma sonda, sempre é elas que estão lá com a gente, no atendimento (P1).</i>

PEÇANHA,2008.

Diagrama 3c- Exploração/enfrentamento do tratamento

CL5: EXPLORAÇÃO/ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO



RODRIGUES e POLIDORI,2012;AMARO,2013; PINTO, MARCHESINI, et al.,2015.

5.2 EIXO 2 – APRENDIZADO E SUPERACÃO/RESOLUÇÃO RESILIENTE

De acordo com Peplau, o aprendizado do paciente é resultante da atitude da equipe para com o paciente e da interação que eles estabelecem durante o processo de doença, a fim de produzir mudanças que influenciem positivamente em sua saúde e o tornem resiliente frente ao adoecimento (GEORGE, 2000; FREIRE *et al.*, 2013).

A resiliência é um processo dinâmico, elaborado gradativamente ao longo da vida, a partir do enfrentamento e superação de situações estressoras de maneira positiva, e com flexibilidade diante dos fatores desfavoráveis (AMARO, 2013; CAMAROTTI, 2013). Os suportes da resiliência podem ser desenvolvidos com objetivo terapêutico frente a uma doença agressiva e com prognóstico reservado (CAMAROTTI, 2013). Ela é um processo que se desenvolve ao longo da existência da pessoa mediante ajustes entre *fatores de risco* e de *proteção* (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Os *fatores de risco* podem desencadear o estresse, deixando o indivíduo suscetível ao desequilíbrio, a exemplo de desestruturação familiar, doenças, perdas de pessoas significativas, entre outras. Já os *fatores protetores* contribuem para identificar estratégias úteis para vencer as situações estressoras. Dentre os fatores de proteção podem ser citados os

atributos de disposição das pessoas; vínculos afetivos com a família ou outras pessoas que proporcionem apoio emocional em situações de estresses; e os sistemas de suporte social, dentre eles, os serviços de saúde, trabalho e religião (AMARO, 2013).

Neste eixo foi possível apreender dois *fatores de proteção* podendo ser traduzidos pela *vinculação terapêutica de confiança* com a equipe, sobretudo da enfermeira, considerando que esta permanece maior parte do tempo junto ao paciente. Outro fator está relacionado à *personalidade resiliente* do paciente diante de situações estressoras.

5.2.1 Classe 1 – A identificação com a equipe/Vínculo terapêutico

Na classe 1, os verbos *conversar, vir, atender, fazer e procurar* denotam cuidados compartilhados, e as palavras *enfermeira, técnico, gente, tempo, profissionais, maior, tranquila, intimidade* revelam que a equipe busca atender as necessidades apresentadas pelo paciente. Essa postura favorece o reconhecimento da disponibilidade da equipe em acolher a dor para encontrar soluções capazes de proporcionar tranquilidade e intimidade.

Para Peplau, a comunicação interpessoal eficaz permite ao paciente identificar-se com a equipe que o acompanha. Nesse processo, o paciente responde seletivamente aos profissionais que acreditam poderem preencher as suas necessidades, estabelecendo, assim, um relacionamento terapêutico mais intenso e de confiança (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A partir dos discursos dos pacientes, o profissional de maior vinculação é a enfermeira. Conforme Peplau, a enfermagem “é um processo interpessoal significativo e terapêutico. A teórica define como um relacionamento humano entre um indivíduo enfermo, ou necessitando de serviços de saúde, e uma enfermeira especialmente instruída para reconhecer e responder à necessidade de ajuda” (GEORGE, 2000, p. 51).

O fato de a enfermeira estar sempre ao *lado* e interagindo com o paciente estabelece *afinidade, relação de ajuda* e a construção de vínculos de confiança, fator essencial para um bom relacionamento interpessoal (KOZŁOWSKA; DOBOSZYŃSKA, 2012). Ela atua em diferentes estágios da doença oncológica. Após o diagnóstico e início do tratamento, fornece orientações, esclarece informações médicas, escuta e discute com o paciente e familiar sobre as propostas terapêuticas oferecidas pelo médico (KOZŁOWSKA; DOBOSZYŃSKA, 2012; WARNOCK, 2014). Durante o tratamento ativo, escuta as preocupações, avalia os sintomas e orienta os pacientes e familiares para compartilharem dúvidas, e sobre como agir em

diferentes situações. Já no estágio avançado da doença, mostra-se sensível e atenta às preocupações do paciente e de seu familiar (KOZŁOWSKA; DOBOSZYŃSKA, 2012).

*Particularmente eu gosto de **conversar** com as **enfermeiras**, acho a linguagem mais simples. O médico está ali para dar o veredito. Mas a **enfermeira**, ela é muito conhecedora da área que se encontra, então eu acabo optando por esse processo mais rápido (P7).*

*Eu **peço** ajuda para as enfermeiras. As **enfermeiras** que estão sempre ali do nosso lado para quando a gente precisar. Elas já chegam e perguntam o que a gente está passando, se precisa de um remédio, é rápido, e colocam para ajudar a gente. A gente pega mais afinidade com elas (P2).*

A teoria de Peplau sinaliza a importância de oportunizar espaço e voz ao paciente. Aponta a necessidade de escutar o relato do paciente, pois as suas necessidades não se limitam apenas às necessidades concretas, como beber, comer, dormir, respirar, mas as subjetivas, como as próprias experiências, sentimentos, crenças e atitudes (FREIRE *et al.*, 2013). Para tanto, faz-se necessário a enfermeira sair do seu mundo e adentrar no do paciente, compreendendo-o plena e integralmente (GEORGE, 2000). A atitude empática da enfermeira é descrita pelos pacientes como:

*É aquela pessoa que combina mais com a gente! O jeito de **conversar**, de agir, a atitude, aquela pessoa que é mais amorosa, que não fica distante. Ela **vem, conversa, pergunta** como é que a **gente** está, além de fazer o seu trabalho, ainda conversa sobre outras coisas, a gente brinca... (P2).*

*Não em relação à doença, porque já basta o tempo que a gente fica aqui, todo mundo já sabe, é melhor elas **conversarem** sobre outras situações. Sobre futebol, filmes, coisas legais assim que está no dia a dia, das pessoas, sobre o trabalho, como vai a escola, a namorada, a família (P2).*

*Assim, elas **atendem** com um jeito mais carinhoso, assim, mais respeitoso, de saber também respeitar nossos limites e tudo assim (P1).*

De acordo com os discursos dos pacientes, a empatia da enfermeira é caracterizada por alguém que combina o jeito de conversar, de agir, a atitude de ser amorosa, de atender com jeito carinhoso, respeitoso, de ser a pessoa que vem, conversa, pergunta, faz além do seu trabalho, conversa sobre outras coisas, brinca, trata mais em relação a outras coisas que em

relação à doença, e respeita os limites. Segundo Nyatanga (2013), a estratégia é oferecer, através da empatia, o suporte emocional que outra pessoa deseja receber e entender as coisas na perspectiva da outra pessoa, e agir com base nessa compreensão, de maneira terapêutica, sem ter a pretensão de se sentir como a outra pessoa se sente. Além disso, segundo Kozłowska e Doboszynska (2012), estabelecer uma relação significativa com o paciente, ao acolhê-lo, e levantar aspectos relevantes sobre sua situação, necessidades e sentimentos. E também proporcionar satisfação, confiança, segurança e inclusão na tomada de decisão, e um bom relacionamento interpessoal. Isso é constatado através dos discursos dos pacientes:

*É porque quem está mais próximo assim a mim, né? Na **hora**, o médico nem sempre está. Então é a enfermeira mesmo que eu **procuro** mais (P6).*

*É o fato de que está o **tempo** todo com a gente. Na **hora** do banho, dos curativos, de fazer outro procedimento. Então a gente acostuma mais a falar com elas e fica mais à vontade, acaba que tem mais **intimidade**, **conversa** mais (P1).*

Ressalta-se nos discursos dos pacientes que a proximidade da enfermeira e o *fato de estar o tempo* todo com o paciente fazem com que ele a *procure mais, se acostume mais a falar, sente-se mais à vontade e tem mais intimidade*. Esse comportamento da enfermeira promove a construção de vínculos de confiança, interação, além de ser uma ferramenta para adentrar-se na intimidade do paciente. Segundo Kozłowska e Doboszynska (2012), as enfermeiras permanecem e interagem grande parte do tempo com o paciente, proporcionando, assim, mudanças de comportamentos e atitudes nos pacientes por meio de seus pensamentos, emoções, palavras e cultura.

Os discursos referem também a valorização dos demais membros da equipe que prestam cuidados diretos e de suportes. Ratificou-se que o trabalho em equipe pode ser compreendido como uma estratégia de atuação a fim de melhorar a efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, decorrentes da complexidade do processo saúde/doença (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010; ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013). Consiste em utilizar a ação terapêutica com a finalidade de promover saúde e melhor qualidade de vida ao paciente e seu familiar (CAPELLO *et al.*, 2012). Pode-se apreender no discurso dos pacientes a satisfação em relação à equipe que lhes presta atendimento, o que é atribuído à disponibilidade da equipe em estar presente em todos os momentos das necessidades e à *capacitação* dos mesmos para o trabalho, bem como por prestar um cuidado *humanizado*.

É uma das melhores equipes que eu conheço. Eles estão sempre ali para ajudar a gente para qualquer coisa, tudo que eu peço, independente da hora, do local, eles já vêm, e ajudam a gente (P2).

São profissionais capacitados para atenderem a gente. Muito humanizados, são preparados para lidar com essas situações. Da limpeza até o médico, todos são para mim excelentes (P6).

Pinheiro, Benedetto e Blasco (2011) relatam que a pessoa, quando fragilizada pela doença, requer ajuda do outro, para remover a dor desencadeada pela doença e pela incerteza que ela traz.

A valorização da equipe pelo paciente durante o processo de cuidar/tratar funciona como suporte para a construção do relacionamento interpessoal e terapêutico, além do desenvolvimento de fatores protetores para a resiliência.

Diagrama 4a- A identificação com a equipe/vínculo terapêutico

CL1: A IDENTIFICAÇÃO COM A EQUIPE/VÍNCULO TERAPÊUTICO

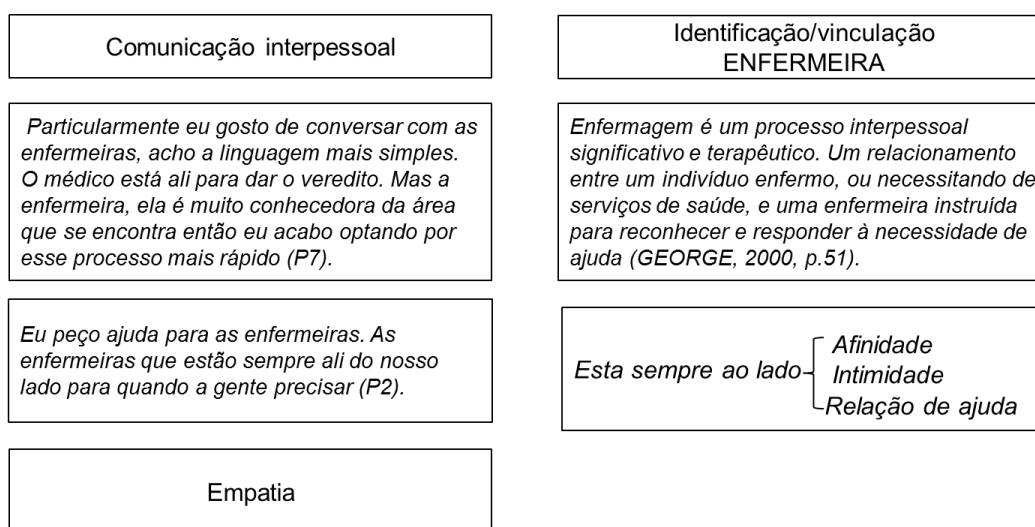
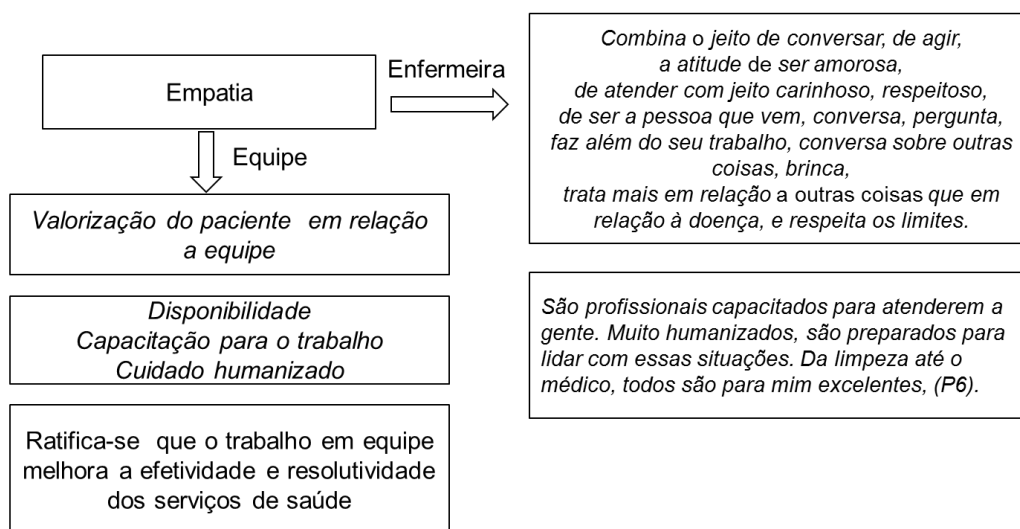


Diagrama 4b- A identificação com a equipe/vínculo terapêutico

CL1: A IDENTIFICAÇÃO COM A EQUIPE/VÍNCULO TERAPÊUTICO



KOZŁOWSKA e DOBOSZYNSKA, 2012; CAPELLO, VELOSA, et al., 2012; NYATANGA, 2013.

5.2.2 Classe 2 – Identificação dos próprios sentimentos/Resolução resiliente

Nesta classe sobressaem os verbos *achar, poder, atender, fazer, pedir*. O paciente busca no percurso de seu tratamento compreender a situação vivenciada para, assim, conseguir suportá-la.

De acordo com Peplau, o papel da equipe consiste em encorajar o paciente a identificar os seus sentimentos e desenvolver as suas potencialidades para adaptar-se à situação, ressignificar a doença e conquistar, na medida do possível, a sua independência. Assim, esses pacientes, de maneira realista, estabelecem suas próprias metas para um melhor estado de saúde e qualidade de vida (GEORGE, 2000; GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014).

A personalidade resiliente consegue transformar um trauma em competência pessoal, pois interpreta e maneja, de maneira positiva, as situações estressoras como fatores de superação (RODRIGUES; POLIDORI, 2012; AMARO, 2013). As pessoas resilientes, em geral, aprendem com a experiência e são protagonistas das atividades em que participam (CAMAROTTI, 2013). Sendo assim, facilmente identificam os recursos disponíveis e os utilizam como fatores protetores.

Os fatores denominados *protetores* contribuem para identificar estratégias úteis para vencer as situações adversas, sendo estruturados em três grupos (FREIRE *et al.*, 2013):

1 - *Suportes internos* da pessoa, definidos como *Eu Sou*. São suportes internos do paciente, aqueles comportamentos que reforçam a confiança e o comprometimento frente à adversidade. O paciente, por *acreditar na vida e que tem jeito* o seu problema, infere que ele tem a esperança. Segundo Sales *et al.* (2014), a esperança é uma expectativa subjetiva de ganhos, proporcionando significado para as pessoas que convivem com doenças que ameaçam a vida, bem como colabora para o bem-estar, satisfação e adaptação aos elementos estressantes ocasionados pelo adoecimento.

Eu, eu vivo naquilo que eu acredito, na vida. Se eu não acreditasse, que não teria jeito, eu acho que não estaria com essa força (P6).

2 - *Suportes interpessoais*, conceituados como *Eu Posso*. São os meios utilizados pelo paciente para enfrentar o tratamento. Interpreta-se, na fala do paciente, que ele sabe da real necessidade do tratamento, apresenta dúvidas, pois *não sabe como vai ficar*, mas *não pretende parar* o tratamento apesar das suas limitações físicas; conforma-se com a sua situação e tenta superá-la.

*Porque tem o tratamento e não sei como vai ficar, mas assim, com **relação** ao meu modo de pensar, correr atrás das coisas, nem mesmo sem o membro eu não pretendo parar (P6).*

3 - *Suportes externos*, caracterizados como *Eu Tenho*. São os suportes que os pacientes têm e utilizam a seu favor e os ajuda a se tornarem resilientes. Foi possível compreender, a partir da fala deles, que o suporte *Eu Tenho* se refere à ajuda da equipe, principalmente da enfermeira e de familiares, e ao vínculo de confiança estabelecido entre eles. Esse discurso corrobora com a literatura de que os cuidados paliativos envolvem três categorias – paciente, família e equipe (HILAIRE, 2013; KOZIOWSKA; DOBOSZYŃSKA, 2012).

A equipe toda atende a gente bem, e tem boa relação com a gente (P4).

*Meu **familiar** cuida de mim com atenção, com o que ele pode fazer, e o que é de alcance deles, eles fazem (P4).*

A maioria dos pacientes relata que o familiar representa um suporte na estruturação de laços afetivos, de segurança e auxilia na sua adaptação frente às situações adversas, mas o

comportamento se difere entre si (COSTA *et al.*, 2013). Tais questões podem ser observadas nos discursos a seguir:

*Se você não tem o apoio da sua família, você não tem nada. Então, a partir do momento que tem a compreensão do **familiar**, você tem toda a estrutura para enfrentar do início ao fim (P7).*

*Se o **familiar** está com aquele olhar de que não vai dar certo, fica como se fosse um peso em cima do **paciente**, um olhar **triste**, como se não fosse dar certo, como se não tivesse esperança. Agora se o **familiar**, olhar alegre, que vai dar certo, dá um incentivo (P5).*

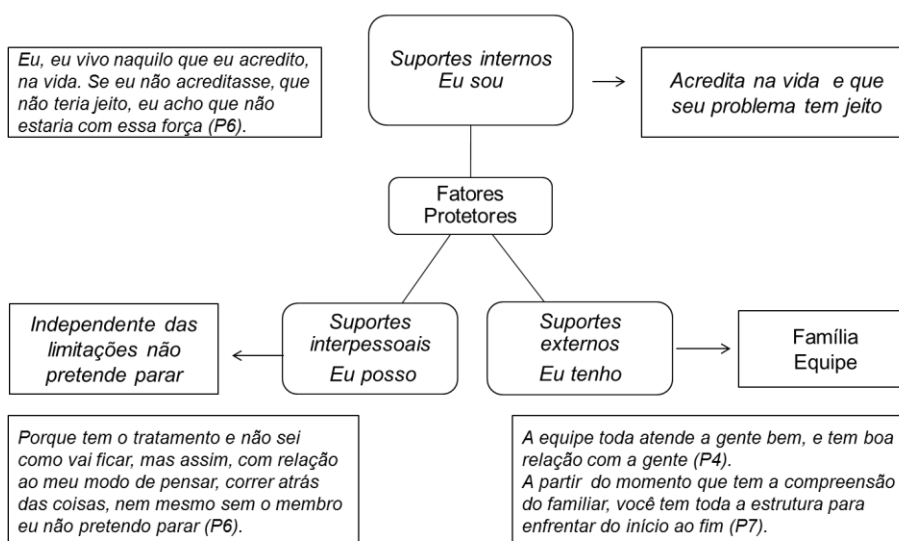
Percebe-se nos discursos o valor dado pelo paciente à presença do familiar e à comunicação não verbal durante o processo de adoecimento e tratamento. O paciente que dispõe do apoio e da compreensão da família *tem toda a estrutura para enfrentar do início ao fim* o tratamento. Ressalta-se, também, a importância da comunicação não verbal do familiar, pois o olhar do familiar fala e expressa a sua incerteza ou a certeza da resposta ao tratamento. Segundo Kübler-Ross (2008), às vezes, a comunicação verbal contradiz a não verbal ao expressar, através do olhar entristecido e duvidoso, sentimentos e pensamentos de dúvidas.

É fundamental que o paciente seja resiliente, para confrontar, superar e ressignificar, de maneira assertiva, as situações adversas, a doença e o tratamento prolongado (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Pode-se inferir que a doença representou uma oportunidade de aprendizado e crescimento. O sofrimento que provoca a doença é matéria-prima para a renovação da vida; da doença que gera saúde quando desperta a consciência do poder interno de superação (CAMAROTTI, 2013). Nessa perspectiva, o processo de adoecimento foi usado como trilha para emergência da luz. A personalidade resiliente é capaz de ressignificar a doença e usar, pois, os fatores protetores a seu favor.

Diagrama 5- Identificação dos próprios sentimentos/resolução resiliente

CL2: IDENTIFICAÇÃO DOS PRÓPRIOS SENTIMENTOS/RESOLUÇÃO RESILIENTE



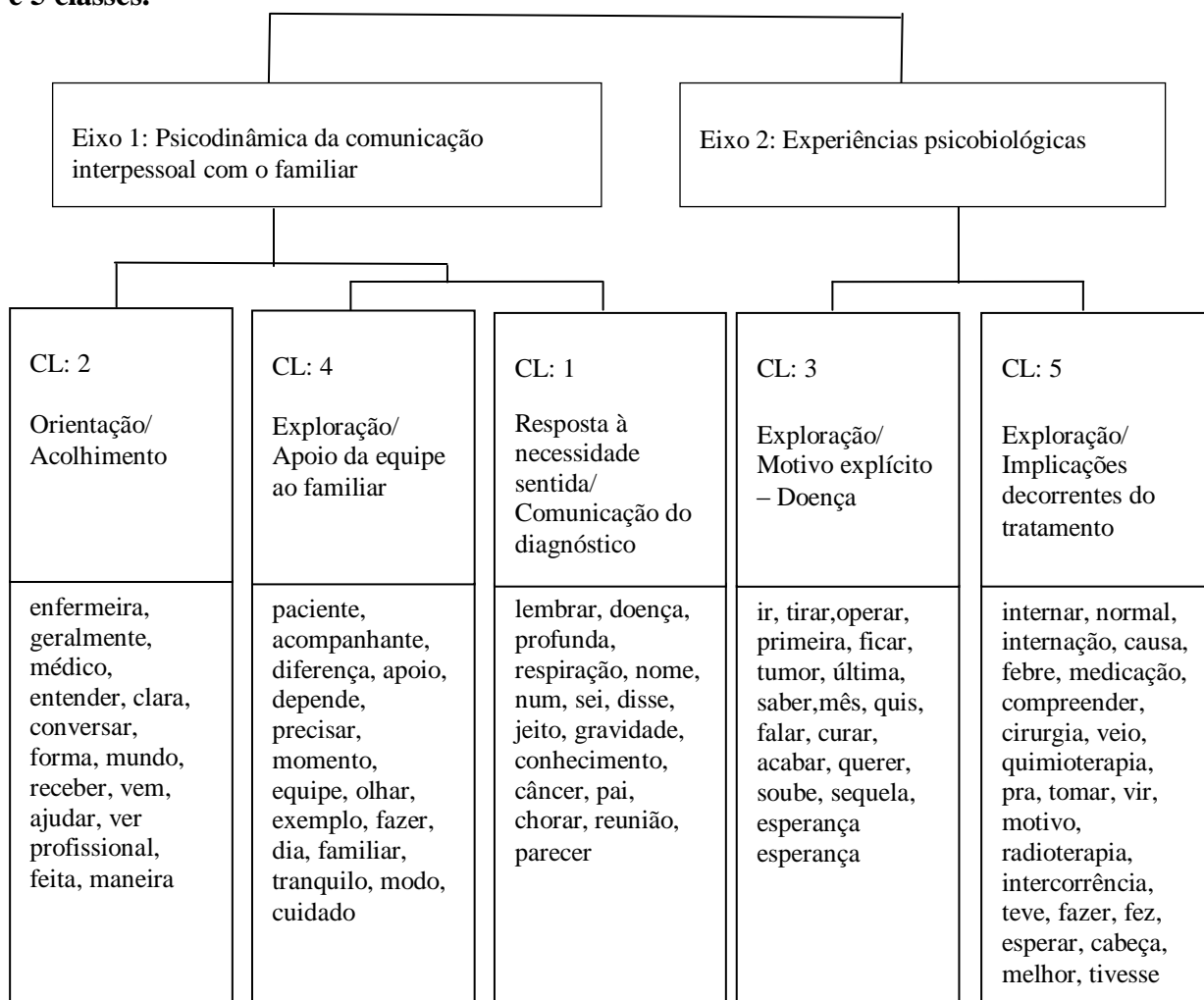
FREIRE, NERY, et al., 2013; CAMAROTTI, 2013.

6 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM O FAMILIAR NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram dois eixos. O Eixo 1 agrupa as classes 2 [a orientação do familiar/acolhimento]; classe 4 [a exploração/apoio da equipe ao familiar] e a classe 1 [a resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia], que fazem referência à psicodinâmica da comunicação interpessoal com o familiar no momento da admissão do paciente. Entende-se por relação psicodinâmica a comunicação interpessoal entre equipe e o familiar ao longo do tratamento da doença.

O Eixo 2, composto pelas classes 3 [a exploração/motivo explícito- doença] e classe 5 [a exploração/implicações decorrentes do tratamento], remete às experiências psicobiológicas, isto é, às necessidades biológicas e emocionais advindas da necessidade de enfrentar o tratamento agressivo da doença e às implicações clínicas decorrentes dessa modalidade terapêutica, conforme a figura 3.

Figura 3 – Dendograma do *corpus* das entrevistas com familiares, organizado em 2 eixos e 5 classes.



6.1 EIXO 1 – PSICODINÂMICA DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM O FAMILIAR

Peplau usa o termo “psicodinâmica” para descrever o relacionamento dinâmico entre o profissional e quem precisa de ajuda (GEORGE, 2000). Embora o paciente seja o sujeito das ações no processo de adoecimento, o familiar também necessita de ajuda por estabelecer um importante elo no cuidado e atenção ao seu ente querido, e o seu sofrimento deve ser acolhido. O suporte ao familiar faz parte dos princípios dos cuidados paliativos devido à necessidade de este oferecer um sistema de apoio durante a doença do ente querido, e para auxiliar a enfrentar as perdas e o luto (MATSUMOTO, 2012).

A família e o paciente devem ser cuidados como uma unidade, pois o que afeta um reflete no outro (SANTOS 2009; BORGES; PINHO, 2013). Para conhecer e ajudar a família,

é fundamental que a equipe se disponha a escuta-lá reflexivamente, buscando compreender a situação vivenciada (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). No entendimento de Peplau, além da escuta, é importante que haja uma comunicação terapêutica, a fim de favorecer a troca de informações entre equipe e família (FREIRE *et al.*, 2013). Apesar de muitas vezes os problemas serem comuns às famílias, cada uma delas tem singularidades e particularidades na maneira de enfrentar, conhecer, apreender, sentir e reagir frente às diferentes situações do adoecimento e tratamento do seu ente querido (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Na perspectiva do familiar, a psicodinâmica da comunicação interpessoal envolve a orientação do familiar/acolhimento; a exploração/apoio da equipe ao familiar; e a resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia.

6.1.1 Classe 2 – A orientação do familiar/Acolhimento

Nesta classe 2 emergem os verbos *ver, entender, conversar, receber, ajudar e ver*, denotando uma atitude receptiva da *equipe* em relação ao familiar. Associados a estes verbos, as expressões *clara, forma, mundo, feita, maneira, enfermeira e médico* sugerem que a interação do familiar com *médico e enfermeira acontece de maneira clara durante o acolhimento*.

O acolhimento relaciona-se, segundo Peplau, à fase de orientação em que se inicia a relação interpessoal (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Nessa fase, a equipe ajuda o familiar a reconhecer e compreender o problema, determinar as necessidades e trabalharem juntos com o objetivo de promover a saúde do seu ente querido (GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014).

Na fase do acolhimento, pode-se apreender que o familiar e o paciente são inicialmente recepcionados pelo *médico* no ambulatório. Após isso, são avaliadas as condições clínicas do paciente, que é liberado para internação. Na enfermaria predomina o acolhimento pela *equipe de enfermagem*. Verifica-se, neste contexto, que o acolhimento é efetuado por uma equipe, *médico e de enfermagem*, e cada um atua de acordo com a sua competência; e na parceria se apoiam e concretizam a relação de ajuda.

A princípio, o médico, porque ele antes avalia os exames laboratoriais para ver se posso receber a quimioterapia e assim, libera para internação. Na enfermaria, a gente é recebido, recepcionado pela equipe de enfermagem (F5).

*Quando chega à enfermaria? A maioria, das meninas **vem conversar** com ela, e comigo. As **enfermeiras**, as técnicas. Às vezes os médicos (F6).*

A interação estabelecida entre equipe e família no primeiro encontro é um fator determinante para o desenvolvimento subsequente do relacionamento interpessoal. O progresso do relacionamento com a família permite construir vínculos de confiança com a equipe. Assim, quanto mais a família e a equipe se conhecerem, maior será o nível de confiança entre elas; e as situações serão compartilhadas abertamente, favorecendo o encontro de soluções para as necessidades levantadas e condizentes com a realidade (SALES *et al.*, 2010; CASWELL *et al.*, 2015).

A pessoa doente e seu familiar precisam de acolhimento (LIBERATO; CARVALHO, 2008). O acolhimento significa a

recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (PNH,2006).

A qualidade do acolhimento é perceptível nos estratos da fala do familiar, retratando que “as enfermeiras trabalham com o paciente em sua integralidade, e mantêm junto dele e de seu familiar um contato próximo e intenso” (PEREIRA, 2008).

*As técnicas, as **enfermeiras**... Todas me atendem muito bem. Tenho muita confiança e muita liberdade para falar o que eu quero. O conhecimento porque é muito tempo juntos (F8).*

*Ah, minha filha, eu peço ajuda a **enfermeira**, a médica, a todos **profissionais**. Mas, as **enfermeiras** são mais. Que a gente convive mais com elas, quando está internado (F1).*

Os discursos dos familiares não deixam dúvidas que há uma grande identificação com a *enfermeira*. A fala dos familiares é corroborada pela literatura, pois, segundo Kozłowska e Doboszynska (2012) e Araújo e Silva (2012), a figura central da enfermeira deve-se ao fato de a profissional permanecer por um período maior de tempo junto ao paciente e seu familiar. O acolhimento, a identificação de suas necessidades e resposta às demandas de saúde resultam no despertar de sentimentos de satisfação, confiança, segurança e inclusão no processo decisório e de tratamento. Todas essas atitudes da enfermeira fomentam um processo

interpessoal significativo e terapêutico, que, de acordo com Peplau, caracteriza uma comunicação eficiente.

Cada processo de comunicação demanda um método adequado ao seu conteúdo, que deve ser claro, objetivo, e dispor de uma terminologia comum entre os interlocutores (SILVA, 2012). Nesse contexto, os familiares referem dificuldades na comunicação com a equipe médica:

*Os médicos geralmente têm a linguagem deles, científica. Mas, sempre procuram simplificar o máximo possível para gente que não trabalha nessa área **entender** da melhor maneira (F5).*

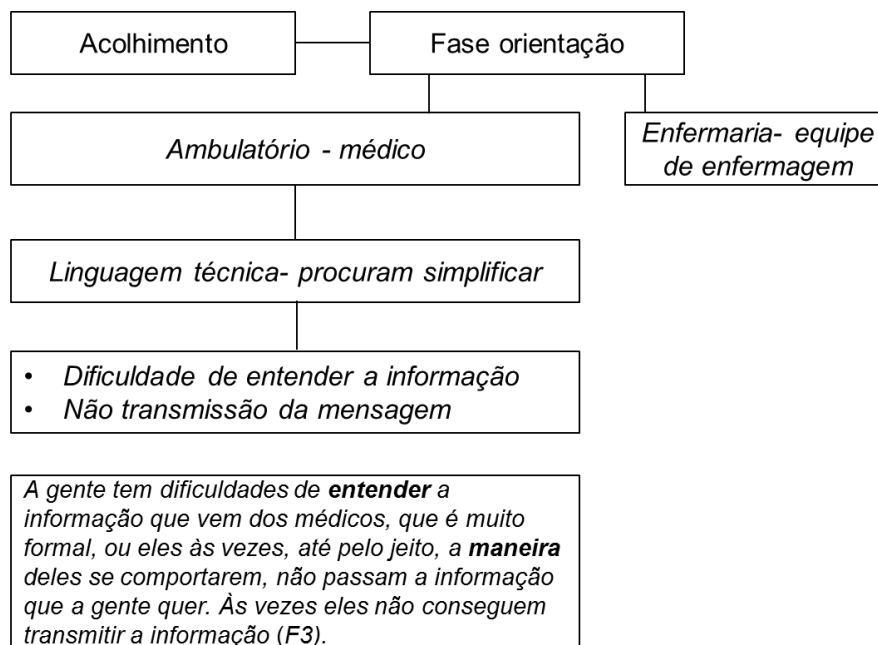
*A gente tem dificuldades de **entender** a informação que vem dos médicos, que é muito formal, ou eles às vezes, até pelo jeito, a **maneira** deles se comportarem, não passam a informação que a gente quer. Às vezes eles não conseguem transmitir a informação (F3).*

No processo de comunicação é preciso ficar atento ao comportamento formal e à linguagem técnica, que constituem uma barreira, causando como consequências a *dificuldade de entender a informação e a não transmissão da informação e mensagem* de que o familiar precisa.

A equipe deve minimizar os equívocos cometidos durante a abordagem. Os mais frequentes estão relacionadas às barreiras pessoais, a exemplo de linguagem permeada por termos técnicos, preconceituosos e as informações incompletas (SILVA, 2013).

Diagrama 6- A orientação do familiar/acolhimento

CL2: A ORIENTAÇÃO DO FAMILIAR/ACOLHIMENTO



TOMEY e ALLIGOOD, 2004 ;SALES, MATOS, et al., 2010; CASWELL, POLLOCK, et al., 2015.

6.1.2 Classe 4 – A exploração/Apoio da equipe ao familiar

Na classe 4 destacam-se as palavras *paciente, acompanhante, equipe, familiar, acompanhado de diferença, apoio, depende, precisar, momento, olhar, exemplo, fazer, dia, tranquilo, modo e cuidado*, confirmando que os cuidados paliativos envolvem a tríade *paciente – familiar/acompanhante – equipe*.

Esta fase é conceituada por Peplau como *exploração*. O familiar busca usufruir de todos os serviços disponíveis, os quais são usados a fim de responder os seus interesses e necessidades. Ao longo desse processo, o familiar trabalha em colaboração com a equipe para vencer os desafios e resolver os seus problemas (GEORGE, 2000; ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005). A formulação de metas compartilhadas embasadas no respeito e vínculo de confiança favorece o relacionamento interpessoal, proporcionando satisfação, crescimento e amadurecimento dos envolvidos durante essa interação (GEORGE, 2000).

A equipe está sempre à disposição de atender as nossas perguntas, no que for necessário. Atendem muito bem, sempre com muito carinho, cuidado, respeito ao paciente e

*ao acompanhante! Então aqui eu vejo a **diferença** e me sinto muito à vontade e respeitada também (F3).*

O discurso do familiar sinaliza que as atitudes da equipe vão ao encontro das ideias de que a equipe deve responder às necessidades dos membros integrantes da família que, em geral, oferece o melhor de si, dentro de suas capacidades para cuidar e ajudar a enfrentar a doença de seu ente querido, sofrendo junto com ele no processo de adoecimento e tratamento (RODRIGUES; POLIDORI, 2012; COSTA *et al.*, 2013).

À vista disso, essas circunstâncias levam o familiar ao desgaste físico e à sobrecarga emocional (LIBERATO; CARVALHO, 2008; GUIMARÃES; LIPP, 2011). Por isso, cuidar do outro exige primeiramente identificar aquilo que necessita ser cuidado naquele que cuida, isto é, reconhecer e tratar a própria “ferida” para depois cuidar do outro (LIBERATO; CARVALHO, 2008). Evita-se, assim, que problemas do cuidador sobrevenham a quem é cuidado (SALES *et al.*, 2012). A atenção ao familiar deve ser intensificada quando a doença do ente querido se agrava. É preciso que a equipe seja sensível às necessidades de significação sobre a vida e a morte, aos aspectos emocionais, espirituais e sociais do familiar (LIBERATO; CARVALHO, 2008; GUIMARÃES; LIPP, 2011). Nesse sentido, os familiares relatam que se sentem cuidados:

*Eu também sou atendida, porque eu sinto que a **equipe** está sempre por perto e sempre veem que eu também estou **precisando** de um **apoio** a mais. Sempre eu que **acompanho** meu filho e às vezes eu também canso, eu também sou humana, tem dias que eu estou mais fragilizada com algumas situações (F5).*

*Às vezes o **familiar** sente-se sozinho, não dá conta de todas as situações, de explicar o que está acontecendo. É uma coisa que foge ao controle de todo mundo, a **equipe** sempre procura estar **ajudando** onde a gente não está conseguindo alcançar ou explicar para o **paciente**, eles fazem esse **apoio** a mais (F5).*

*[...] que ele se preocupa com aquele **paciente** verdadeiramente e que estão sempre procurando fazer o melhor possível tanto pelo paciente como para quem está **acompanhando**, para tornar aquele momento o menos sofrido possível (F5).*

A presença do familiar constitui um dos elementos fundamentais para se estabelecer a humanização do cuidado junto ao paciente. Assim, este deve ser apoiado pela equipe (MATOS *et al.* 2010).

As atitudes de ajuda da equipe favorecem tanto ao familiar como ao paciente no percurso da doença e do tratamento, oportunizando ao familiar se tornar um aliado da equipe para atender as necessidades do paciente. Os familiares de pacientes oncológicos carecem de cuidados psicológicos e assistenciais, sobretudo quando o familiar é o cuidador principal. Para tanto, fazem-se necessárias ações que suavizem os momentos de angústias e tensões vivenciadas durante a hospitalização do seu ente querido (LIBERATO; CARVALHO, 2008; GUIMARÃES; LIPP, 2011).

O familiar reconhece a sensibilidade da equipe em perceber a sua *necessidade sentida* e valoriza as atividades recreativas dos *grupos* e *oficinas*, que *na perspectiva deles*, funciona como uma fonte de ajuda para superar momentos difíceis e as internações prolongadas.

O familiar do paciente em cuidados paliativos considera-se um intermediador, *ponte* entre paciente e a equipe favorecendo o processo de comunicação, além de ajudar nas necessidades básicas do paciente (alimentação e higiene pessoal) e oferecer apoio emocional. Para que essas ações sejam realizadas, o familiar precisa ser instruído, *estar sempre presente, amparado, acompanhado* e receber apoio da equipe para *ajudar a ajudar* no cuidado do paciente e apoiá-lo em situações difíceis, para *segurar a barra naquele momento*. O apoio ao familiar fortalece as ações da tríade formada pelo paciente, familiar e equipe.

A equipe não olha só para o paciente, ela olha para o familiar. Aqui tem trabalhos muito importantes todo dia da semana, porque às vezes a gente passa por internações longas. Então, tem dia que tem grupo, oficinas, a gente está sempre conversando. Eles estão sempre percebendo se a gente está precisando de mais apoio naquele momento ou não (F5).

Essa ponte entre o paciente e o profissional, é o familiar. Ele está ali justamente para dar não só o apoio da presença, de estar auxiliando, levar ao banheiro, ajudar a se alimentar, como na parte emocional. É necessário sim, que o familiar esteja sempre presente, amparado, acompanhado, porque é ele que vai ajudar a segurar a barra do paciente naquele momento (F5).

E a equipe tem esse olhar também para o acompanhante, para poder também ajudar a ajudar o paciente. Quando acontecem as intercorrências, as coisas que a gente não estava esperando (F5).

Segundo Sales *et al.* (2010), o cuidador familiar deve receber apoio em três aspectos: *informativo, instrumental e emocional*. O apoio informativo compreende a troca de

informações técnicas sobre o processo de doença. O apoio instrumental está relacionado às atividades do cotidiano. Tanto no apoio informativo como no instrumental, a equipe pode adotar, de acordo com Peplau, o *papel de professora, pessoa de recurso e líder*.

O *papel de professora* está relacionado à ação educativa (informativa) e empírica (experiências) (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). E por fim, o suporte emocional envolve o apoio no enfrentamento do medo, angústias e de outros sentimentos que surgem decorrentes de uma situação desconhecida (SALES *et al.*, 2010). Assim, a equipe, no *papel de conselheira*, por meio de suas habilidades e atitudes, auxilia o outro a identificar, confrontar, aceitar e resolver os problemas que estão lhe impedindo de viver em equilíbrio (GEORGE, 2000).

Para Peplau, o relacionamento terapêutico baseia-se no comportamento e atitudes de cada profissional (GEORGE, 2000). Essa linha de raciocínio é corroborada por Pereira (2008), quando afirma que a relação de ajuda se assume mediante os comportamentos e atitudes do profissional, e na habilidade de utilizar a linguagem verbal e não verbal. A forma como o profissional se comunica com o paciente e familiar adquire, às vezes, maior relevância que o próprio conteúdo da mensagem. Isso é retratado através da fala da familiar:

Às vezes o momento como você fala uma coisa, o modo como fala, faz toda a diferença (F5).

Ele tem que aprender a olhar o paciente, como um ser humano que está precisando de um apoio a mais e, que às vezes ele está num momento tão frágil que qualquer palavra que talvez em outra situação não fizesse a menor diferença naquele momento causa um desgaste, uma tristeza ou uma reação ruim no paciente (F5).

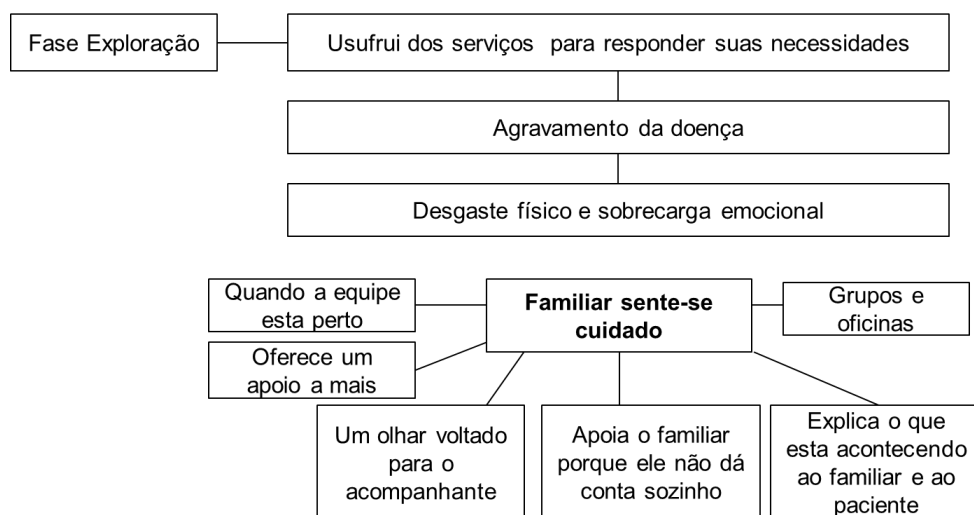
Então, isso faz com que o hospital continue sendo bem ou mal conceituado, isso depende do comportamento dos profissionais, equipe mais do que dos acompanhantes e dos pacientes (F5).

Apesar do advento da tecnologia altamente avançada representar que a ciência pode resolver todos os problemas, os pacientes e familiares resgatam a importância do relacionamento interpessoal baseado no cuidado humanizado e no modo como as informações são transmitidas (ARAÚJO; SILVA, 2007). Assim, é “preciso ser educado para saber quando e o que falar, como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afeto, como calar e

escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades destas pessoas” (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Diagrama 7a- A exploração/apoio da equipe ao familiar

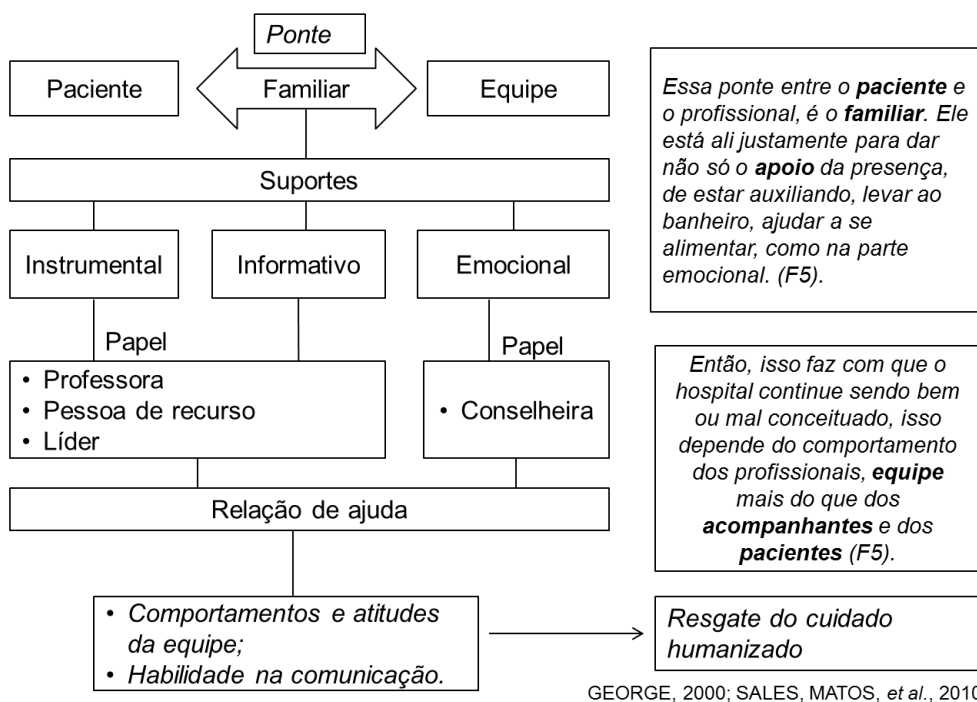
CL4: A Exploração/Apoio da Equipe ao Familiar



GEORGE, 2000; LIBERATO e CARVALHO, 2008; GUIMARÃES e LIPP, 2011.

Diagrama 7b- A exploração/apoio da equipe ao familiar

CL4: A EXPLORAÇÃO/APOIO DA EQUIPE AO FAMILIAR



6.1.3 Classe 1 – A resposta à necessidade sentida/Comunicação da má notícia

Na classe 1, *comunicação do diagnóstico*, destacam-se os verbos *lembrar, chorar e parecer* e os vocábulos *doença, nome, disse, jeito, gravidade, conhecimento, câncer, pai e reunião*. Pode-se inferir que até o momento do anúncio da má notícia, o familiar não tinha certeza sobre o diagnóstico da doença, embora desconfiasse que se tratava de *uma doença grave*. A comunicação do diagnóstico do câncer e seu prognóstico é considerada uma atividade difícil pelos oncologistas, mas determinante no relacionamento com o paciente e familiar (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Nesse contexto, a comunicação do diagnóstico deve ser bem preparada. No cuidado, há uma necessidade sentida composta por motivos explícitos (os sintomas referidos) e os motivos implícitos (sentimentos) (MALDONADO; CANELLA, 2009). Essas necessidades precisam de respostas adequadas e individualizadas. Conforme Peplau, um dos fatores importantes no relacionamento interpessoal é reconhecer a particularidade e os sentimentos de cada um dos envolvidos (FREIRE *et al.*, 2013). Esse é um desafio que a equipe deve

enfrentar, preparando cada etapa do anúncio da má notícia com esmero. Para tal, é preciso compreender: O quê? Quanto? Como? O familiar sabe sobre a doença do seu ente querido.

Nas palavras de Pericardis e Silva (2008, p. 406), “reconhecer e respeitar o momento do outro, aprendendo com o seu sofrimento, não são atributos de apenas um maestro, mas sim de toda uma orquestra sintonizada nos compassos da doença, nas suas diversas manifestações”.

Foi possível aprender que o familiar, diante de uma intercorrência ou sintomatologia apresentada pelo paciente, busca assistência médica para esclarecer a doença. Em geral, associa sempre os sintomas a uma relação causal como *queda, alimentação*. Assim, elabora um conceito da doença baseado em experiências vividas, *caso na família* e de informações *recebidas em outros hospitais*.

Segundo Warnock (2014), o desafio da comunicação reside também no reconhecimento da dissonância entre o imaginário do familiar e a explicação da ciência para a doença, e de trabalharem juntos para um entedimento comum. Nesse momento, a equipe, no *papel de professora*, investiga o que o familiar e paciente sabem sobre a doença e a sua capacidade em usar a informação a fim de ajudá-los a produzir mudanças que influenciem de maneira positiva na situação vivenciada (GEORGE, 2000; ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

*Nós já tínhamos um conhecimento sobre a doença lá de outros hospitais. O que já foi me dito e que nós temos **conhecimento** é que o **câncer** é devastador. Se ele não for tratado, infelizmente leva ao óbito (F7).*

*Olha, a doença ainda é um mistério, porque eu já tive um caso na família, perdi meu **pai** com essa mesma **doença**, perdi uma irmã. Enfim, ele teve uma queda, então, não sabemos explicar bem o motivo dessa **doença**. Não sabemos se é alimentação (F7).*

A comunicação do diagnóstico de uma doença grave exige habilidades e estratégias comunicacionais por parte da equipe. O diagnóstico é considerado uma má notícia, pois traz grandes repercussões não só na vida do paciente como na do familiar, mobilizando sentimentos e deixando cicatrizes que são lembradas ao reviver essa experiência.

Na comunicação da má notícia a equipe deve utilizar protocolos que direcionem a entrega dessa informação (WARNOCK, 2014; MONDEN; GENTRY; COX, 2016). Essa estratégia pode ser evidenciada no discurso dos familiares, sinalizando o uso do protocolo SPIKES para a comunicação da má notícia (BAILE *et al.*, 2000).

Preparar o ambiente – *Setting-up*

É o primeiro passo do protocolo SPIKES para a comunicação da má notícia. Deve-se providenciar um local adequado, acolhedor, privado, livre de interrupções e envolver as pessoas significativas (BAILE *et al.*, 2000). Esse cuidado transmite segurança e confiança da equipe para com o paciente e familiar (STEFANELLI; CARVALHO, 2012), além de influenciar diretamente na qualidade da comunicação e na expressão do pensamento e sentimentos dos envolvidos na situação (SILVA, 2012).

A comunicação do diagnóstico, segundo os relatos dos familiares, ocorreu em uma *sala fechada* no setor de Oncologia, ambiente reservado, *longe da presença de outras pessoas, somente a equipe e os familiares*, com o intuito de manter a privacidade e oportunizar a expressão dos sentimentos, assim como de informar e acolher os envolvidos.

Tivemos uma reunião numa sala aí ao lado, lá no ambulatório não tivemos essa conversa não (F7).

Nós tivemos uma reunião numa sala fechada, longe da presença de outras pessoas, somente a equipe e os familiares, num ambiente que a gente pudesse realmente tirar as nossas dúvidas, se precisasse chorar e desabafar ali, que tivesse essa privacidade (F3).

Convidando o familiar – *Invitation*

Neste passo, conforme o protocolo SPIKES, deve-se convidar o familiar a participar das discussões, questionar como ele gostaria de receber as informações, discutir o plano de tratamento e a quantidade de informação que deseja saber (BAILE *et al.*, 2000).

O discurso dos familiares menciona que em outro serviço, recebeu a notícia de forma brusca.

A gente é leigo, não somos da área e não precisava saber da gravidade tão grande. Mas ele foi assim, muito taxativo, de início jogou muita informação de uma vez só. Agora, aqui não, aqui tudo que eu quis saber eu soube (F4).

Transmitindo as informações – *Knowledge*

Este passo do protocolo SPIKES está relacionado à transmissão propriamente dita da notícia (BAILE *et al.*, 2000). Apesar do esforço da equipe, pode-se evidenciar que os equívocos na comunicação ainda ocorrem:

Às vezes eles falam, mas eu não consigo entender. Acho que é pelo jeito que fala o nome, aí eu não entendo. Aí vou para casa com aquela coisa na cabeça, que não entendi (F2).

As orientações-chave para a equipe na preparação da abordagem de uma má notícia é investigar a quantidade de informações que a pessoa deseja saber, e adaptar a abordagem ao contexto do familiar e paciente (NGO-METZER; SRINIVASAN; LIAO 2008).

É importante que a equipe nunca perca de vista que o diagnóstico provoca sentimentos, que variam conforme o grau de entendimento sobre a doença e o tratamento. Os sentimentos podem ser considerados reacionais, visto que o ser humano responde a diferentes experiências, modificando o seu comportamento (BARRETO; AMORIM, 2010).

Expressando as emoções – *Emotions*

Esse momento descrito pelo protocolo SPIKES é reservado para responder com empatia e atenção à reação emocional do paciente e de seu familiar (BAILE *et al.*, 2000).

Parece que a gente fica assustada sempre, toda vez que fala você fica [choro] (F2).

Triste minha filha, fiquei muito triste, sabe. E até hoje só de lembrar eu estou, mas fazer o quê. Abalou-me muito, abalou a família toda [respiração profunda] (F1).

Foi difícil. É se sentir sem chão. A gente já sabia, mas quando chega a hora que acontece que você não tem mais nada que fazer, é horrível [choro] (F4).

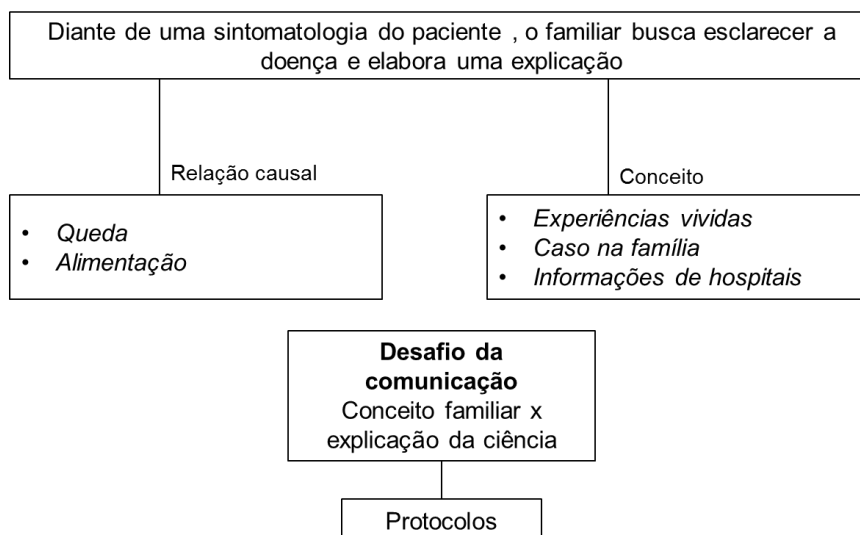
Durante a entrevista, nos momentos de expressão emocional de choro e tristeza, foi necessária a interrupção da conversa a fim de proporcionar o apoio terapêutico como recurso

no relacionamento interpessoal. Nesse sentido, são inspiradoras as palavras de Liberato e Carvalho (2008, p. 346) quando dizem que “é preciso acompanhar, com aquele que sofre a avaliação que ele faz a respeito das suas condições de vida e conhecer as expectativas que nutre, de acordo com a visão que define a expressão das necessidades das dimensões física, emocional, funcional, social e espiritual”.

A oportunidade de o familiar expressar seus sentimentos favorece a escuta ativa com disposição e atenção ao outro, sustenta a relação de ajuda, sendo fundamental para a comunicação terapêutica (PEREIRA, 2008). Contudo, por mais difíceis que sejam alguns assuntos, eles precisam ser verbalizados e tratados (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Diagrama 8a - A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia

CL1 : A RESPOSTA A NECESSIDADE SENTIDA/ COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA



MALDONADO e CANELLA, 2009;FREIRE, NERY, et al., 2013.

Diagrama 8b - A resposta à necessidade sentida/comunicação da má notícia

6.2 CL1: A RESPOSTA A NECESSIDADE SENTIDA/COMUNICAÇÃO DA MÁ NOTÍCIA

Preparar o Ambiente- <i>Setting-up</i>	<i>Sala fechada</i> no setor de oncologia, ambiente reservado, longe da presença de outras pessoas, somente a equipe e os familiares.
Convidando o Familiar- <i>Invitation</i>	Informação recebida de outro serviço. <i>Muito taxativo, de início jogou muita informação de uma vez só. Agora, aqui não, tudo que eu quis saber eu soube.</i>
Transmitindo as Informações- <i>Knowledge</i>	Equívocos na comunicação. Dificuldades no entendimento, jeito que fala, o nome.
Expressando as Emoções- <i>Emotions</i>	Expressão de sentimentos, choro, tristeza.
<i>Triste minha filha, fiquei muito triste, sabe. E até hoje só de lembrar eu estou, mas fazer o que. Abalou-me muito, abalou à família toda [respiração profunda] (F1).</i>	
Escuta terapêutica	

BAILE, BUCKMAN, et al., 2000.

EIXO 2 – EXPERIÊNCIAS PSICOBIOLOGICAS

A pessoa pode ser vista como uma organização biológica, psicológica, espiritual e sociológica, com características particulares e singulares, e comportamentos únicos (GEORGE, 2000). Considerando essa estrutura, Peplau estabeleceu um novo foco e significado para o cuidar a partir da dimensão psicológica e subjetiva do paciente. Sendo assim, buscou afastar a condição da doença como sendo a prioridade da assistência à saúde e valorizou a expressão dos sentimentos dos pacientes e familiares, bem como mecanismos para ajudá-los a lidar com seus sentimentos (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Para Peplau, as experiências psicobiológicas compreendem: *necessidade, frustração, conflito e ansiedade* (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

O eixo *experiências psicobiológicas* é composto pela exploração dos sentimentos expressos pelo motivo explícito, ou seja, a doença, e a exploração das implicações decorrentes do tratamento, ou seja, motivo explícito. Diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, o paciente e seu familiar vivenciam experiências marcadas por internações hospitalares, procedimentos invasivos e dolorosos, com efeitos colaterais diversos. Neste contexto emergem sentimentos de perigo e medo, elementos que produzem angústia e ansiedade (PEÇANHA, 2008).

6.2.1 Classe 3 – A exploração/Motivo explícito - Doença

A classe 3 reporta-se à doença interpretada como o motivo explícito da necessidade sentida. Os verbos *ir, tirar, operar, ficar, saber, falar, curar, acabar, querer remetem ao* significado atribuído às intervenções de retirada do *tumor* e sua *sequelas*.

Segundo Peplau, esse comportamento caracteriza a fase de *exploração*. Nesta etapa, a equipe apresenta para a família todas as possibilidades para resgatar a saúde e enfrentar as dificuldades decorrentes da doença (FREIRE *et al.*, 2013). Os planos são individualizados, baseados nas necessidades e interesses do paciente para a obtenção das metas desejadas (GEORGE, 2000).

Nos primeiros sinais e sintomas da doença do paciente, o familiar vivencia a experiência de recorrer a diferentes especialistas para descobrir o diagnóstico e iniciar imediatamente o tratamento (FRANCO, 2008; FERREIRA *et al.*, 2010).

*Ele estava assim, já meio esquecido, começou a ficar distraído e esquecer o nome das pessoas. Aí a gente achou que era um estresse, que ele estava trabalhando muito, estafa. Então a gente o levou no neurologista para **saber**, mas só pensando que era isso, que era uma crise de estafa ou de estresse (F4).*

O câncer é uma doença crônica que não se limita apenas a uma causa, mas se estende a uma sucessão de eventos de ordem física, emocional, social e espiritual (INCA, 2012; GEOVANINI; BRAZ, 2013). Apresenta comportamento de curso prolongado, e pode, na maioria das vezes, trazer sequelas e limitações funcionais, exigindo adaptações do paciente e do familiar a tal situação (FERREIRA *et al.*, 2010).

*Aí ele teve realmente as **sequelas**. Ele parou de andar e de falar e nunca foi informado quanto por cento do **tumor tirou** (F4).*

*O médico de lá não quis operar, falou que ele teria **sequelas** e que pessoalmente achava que não valeria a pena, que ia prolongar a vida por muito poucos meses e que ele não iria operar (F4).*

O ato de cuidar engloba a necessidade da compreensão sobre o processo, a evolução e o tratamento da doença. Guimarães e Lipp (2011) inclui ainda a motivação do paciente para lutar contra a doença, mantendo a esperança.

A esperança é uma expectativa subjetiva de ganhos e proporciona significados para as pessoas que convivem com doenças ameaçadoras de vida, bem como colabora para o bem-estar, satisfação e adaptação aos elementos estressantes advindos do adoecimento (SALES *et al.*, 2014). As pessoas tendem a basear sua esperança em questões externas ou internas. As externas estão relacionadas à família, aos amigos, às coisas sobrenaturais, aos procedimentos; e as internas ao projetar o olhar para si mesmo, para sua vida e suas realizações pessoais (WAKIUCHI *et al.*, 2015).

Segundo Külber- Ross (2008), frente a uma doença fora de possibilidades terapêuticas de cura, é fundamental garantir ao paciente e seu familiar a esperança. É preciso assegurar que ele não será abandonado, e a equipe tecerá uma rede de apoio na batalha contra a doença, não se importando com o resultado de cura, mas sim com a qualidade de vida.

*Fazendo a quimioterapia. Deixou-o com a esperança, enquanto isso estava sentindo mais otimismo, sofria menos. Ele pensava que, **operou**, tirou, **acabou**. Era isso que ele imaginava e, que a gente falava (F4).*

*Então a gente se encheu de **esperança** e ficamos animados, porque a gente vinha de um lugar que não quis operá-lo, aí chegou aqui e já operou então a gente ficou muito animado (F4).*

*Para não tirar a **esperança** é não **ficar** sem nenhuma expectativa, né, que eu creio que é bom ter esperança, ficar sempre esperando o melhor. É isso que eu faço, espero o melhor, não quero saber das coisas antes do tempo (F8).*

A conspiração do silêncio é um pacto implícito ou explícito de familiares, amigos e equipe, de modificar a informação oferecida ao paciente com o objetivo de velar o diagnóstico ou a gravidade da doença (KÜBLER-ROSS, 2008; RODRIGUEZ, 2014). Ela pode ser *parcial*, quando o paciente sabe apenas o seu diagnóstico, mas não o prognóstico; e *completa*, quando não sabe nenhum dos dois aspectos. Também pode estar relacionado à causa, comportando-se em *conspiração do silêncio adaptativa*, em que o paciente não deseja ser informado ou nega a doença, como um mecanismo de proteção própria; ou *conspiração do silêncio desadaptativa*, em que o paciente tem interesse em saber, mas familiares e equipe omitem a informação (RODRIGUEZ, 2014).

*Eu sou contra chegar e contar uma coisa dessas para a pessoa, eu acho que é matar antes da hora. Você **falar** para a pessoa que ela está sentenciada de morte, sabe, pra quê? Não tem pessoa que saiba de uma coisa dessas que não entre em desespero (F4).*

*Foi para pegar o resultado do exame, a gente já veio sem ele. Ah, o paciente tem direito de **saber**, eu falei, não, tem o direito de **saber** nada não. Tem que saber que vai morrer? (F4).*

*Vai **falar**, você está condenado à morte, você não tem mais tratamento. Não ajuda, eu acho que isso só atrapalha (F4).*

Percebe-se nos discursos do familiar que a conspiração do silêncio se comporta como *desadaptativa*, porque o familiar omite a informação da evolução da doença e resultados de exames ao paciente. Franco (2008) relata que alguns familiares não desejam compartilhar a informação com o seu ente querido, mantendo-o desinformado com o intuito de tentar proteger o paciente do sofrimento.

Na época da segunda cirurgia também, colocaram a situação para ele decidir, então, opera ou não opera. Ele estava bem melhor, ele mesmo que decidiu operar. Mas, ele nunca soube do tamanho da gravidade desse tumor (F4).

Neste discurso observa-se que a conspiração do silêncio se apresenta de maneira *parcial*, pois o paciente sabe do diagnóstico, da necessidade da intervenção cirúrgica, mas não da gravidade ou prognóstico da doença.

Segundo Rodriguez (2014), o paciente com uma doença grave suspeita o que está acontecendo, e ao não ter respostas a suas perguntas explícitas ou implícitas, sente-se isolado, frágil, enganado e com dificuldades de adaptação à sua atual condição de vida.

Mas sempre ele questionava e queria saber: por que não melhorou? Mesmo ele não falando direito, né, mas mostrava, assim, com o movimento do braço, que não melhora! (F4).

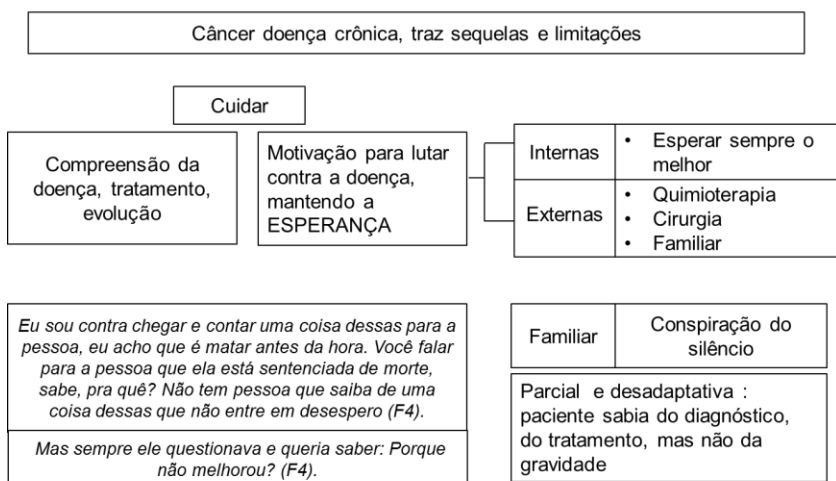
É possível inferir pelo discurso do familiar a percepção do paciente sobre a evolução da sua doença, e o desejo de querer saber sobre a *não melhora*. Para uma comunicação efetiva, independente da limitação do paciente, não se pode subestimar a sua capacidade de entendimento e a necessidade de envolvê-lo no processo decisório respeitando a sua autonomia.

Esse tipo de situação é lastimável, pois no momento em que o paciente apresentava condições clínicas satisfatórias, este não foi devidamente informado, e quem sabe deixou de viver ou concretizar os seus sonhos, ou de falar o que guardava no seu mais íntimo ser. Então, segundo Kübler-Ross (2008, p. 33), a questão não deveria ser “devo contar?”, mas “como vou compartilhar isso com o meu paciente?”.

De acordo com Hoving *et al.* (2010), muitas vezes é impossível retirar a situação ameaçadora da vida, mas uma boa comunicação pode amenizar as angústias, apontando as possibilidades, os efeitos e ganhos diante dos cuidados e tratamentos disponíveis, auxiliando no enfrentamento da doença e amadurecimento pessoal.

Diagrama 9- A exploração/motivo explícito-doença

CL3: A EXPLORAÇÃO/ MOTIVO EXPLÍCITO-DOENÇA



GUIMARÃES e LIPP, 2011; RODRIGUEZ, 2014.

6.2.2 Classe 5 – Exploração/Implicações decorrentes do tratamento

Na classe 5, destacam-se os verbos *internar, compreender, tomar, vir, fazer* e as expressões *normal, internação, causa, febre, medicação, cirurgia, quimioterapia, motivo, radioterapia, intercorrência, teve*. Destaca-se que o familiar identifica o motivo da internação do paciente. Nas palavras dele, o paciente “precisa *vir para internar devido às intercorrências, como febre, tomar medicação, fazer quimioterapia e cirurgia*”.

Na *exploração*, Peplau relata que o familiar busca ativamente o serviço de saúde que está ao seu alcance para resolução de seus problemas (GEORGE, 2000). Ciente do problema de saúde, das implicações decorrentes do tratamento de seu ente querido e da ajuda da equipe para enfrentá-los, o familiar pode sentir-se mais seguro e capacitado para manejar essas situações. Peplau aponta que as estratégias na comunicação e o relacionamento interpessoal, pontos centrais de sua teoria, devem ser implementados com um trabalho sistematizado da enfermagem (FREIRE *et al.*, 2013).

Acredita-se que os componentes específicos do processo de enfermagem e as fases da teoria de Peplau apresentam semelhanças e enfocam as relações terapêuticas para sistematização de um processo de ajuda. Ambos destacam que se devem usar estratégias para a solução dos problemas, há necessidade da participação ativa dos envolvidos para definição precisa do problema, além de utilizar a observação, a comunicação e o registro como ferramentas básicas para o cuidado de enfermagem (GEORGE, 2000).

A teorista Peplau compreende que o caráter sistematizado da enfermagem obedece a uma sequência de fases, ações e atividades que acontecem na interação, entre a enfermeira, o paciente e seu familiar (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005). A consulta de enfermagem é um espaço em que ocorre o levantamento dos problemas e motivos explícitos das necessidades sentidas do paciente e de seu familiar. O atendimento dessas necessidades denota que o cuidado de enfermagem exige habilidade relacionada tanto às intervenções técnicas quanto à dimensão subjetiva do outro.

Lá na internação, a enfermeira faz uma entrevista antes de subir. Pergunta tudo, a medicação que toma, o que já tomou hoje, o que não tomou, o que está sentindo, se tá tendo febre, e anota (F4).

Geralmente eles têm um olhar diferente em relação à criança. A gente conversa muito sobre, como ajudar a ele passar esses momentos mais difíceis. Dá muito resultado. Ele tem

tido um amadurecimento muito grande, apesar de já ter passado muitos momentos difíceis e intercorrências (F5).

O tratamento é complexo e permeado por situações que implicam: manejar o processo da doença, sua evolução e a dor; cirurgias implicando muitas vezes em mutilações, procedimentos invasivos e dolorosos; exames de acompanhamento da doença e resultados de tratamento com diferentes repercussões emocionais; efeitos colaterais decorrentes dos tratamentos; despersonalização do paciente; conflitos entre os envolvidos no tratamento, bem como fatores psicodinâmicos do paciente com a sua família (LIBERATO; CARVALHO, 2008), lutos, perda da autonomia, da sedução, da fertilidade, e de seus sonhos (MACIEIRA; PALMA, 2011). Outrossim, esta etapa é compreendida pela maioria dos familiares como possibilidade de cura ou de prolongar a vida do seu ente querido com câncer (BARRETO; AMORIM, 2010).

Sendo assim, é possível perceber nos discursos dos familiares que o tratamento é algo bom tanto para o paciente como para seu familiar, além da oportunidade de serem cuidados. Portanto, o paciente é internado para se *tratar, cuidar, melhorar, lutar e vencer* uma doença que ameaça a sua vida. Para Barreto e Amorim (2010) e INCA (2012), os objetivos do tratamento oncológico são principalmente a cura, prolongar a vida e oferecer qualidade de vida aos pacientes.

Internou para fazer tratamento. É necessário que ele interne para se tratar. Se cuidar, melhorar (F2).

É como uma coisa boa para mim e para ela. Ai de nós se não tivesse essas internações. O médico marca o retorno e a gente vem para tomar a quimioterapia. Cada internação é uma luta vencida (F6).

De acordo com os discursos dos familiares, os pacientes são internados por diferentes motivos, sendo categorizados em duas modalidades, a saber: modalidade terapêutica de cura, ou paliativa que inclui a *quimioterapia e cirurgia*; e modalidade clínica: *febre (investigação de infecção), dor oncológica (controle da dor e ajuste da morfina), convulsões, sentir se mal, desmaio, sem força, pneumonia, crise de ausência, diarreia, vômito, não estar comendo, intercorrências durante o tratamento, problemas durante a cirurgia* (complicações pós-cirúrgicas) e *cuidados paliativos*.

Às vezes por alguma *intercorrência* que acontece durante o tratamento. Ele, por exemplo, já deu **febre** em casa, veio para ver se tinha alguma infecção. Já teve outras situações também, quando ele teve muita dor oncológica, que veio para controlar e ajustar a quantidade de morfina (F5).

Agora ele está em cuidados paliativos. Normalmente é para investigar algum fato novo, como foi no último caso, a pneumonia. Agora ele foi internado para investigar a **febre**, chegou com crise de ausência, então, eu sei bem o motivo (F4).

Porque estava com **febre**, com diarreia, fazendo vômito e não estava comendo (F1).

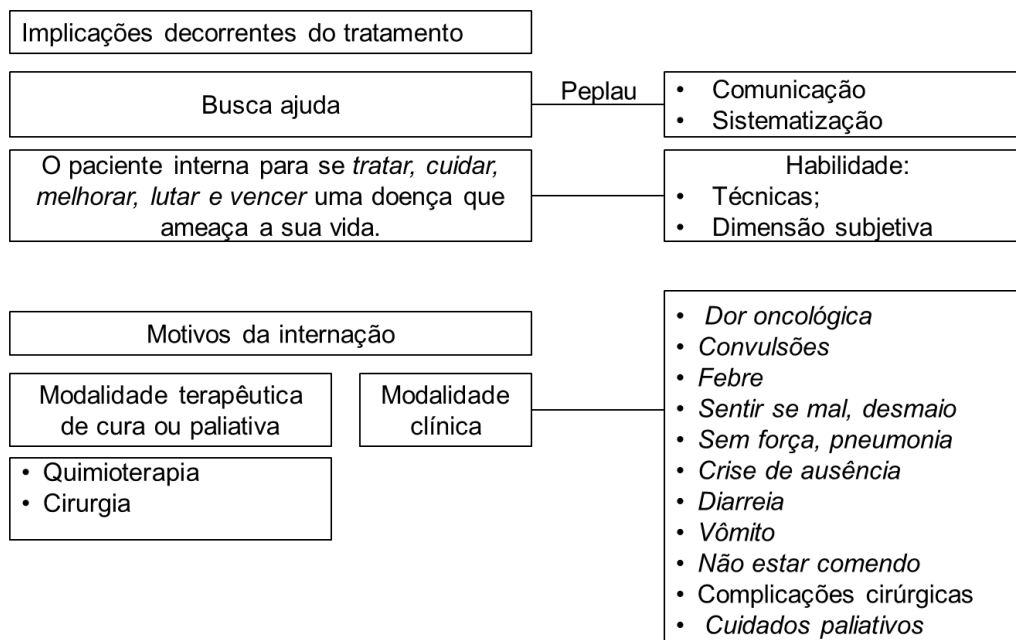
Os pacientes em cuidados paliativos apresentam elevada ocorrência de sintomas físicos e psíquicos, podendo ser atribuídos a mecanismos fisiopatológicos da doença. Os sintomas não controlados são causadores de intenso sofrimento, inclusive com desejo de morte (SANTOS, 2011).

O percurso do tratamento e planejamento terapêutico devem ser flexíveis, contínuos e avaliados em conjunto com o paciente e familiar (MACIEIRA; PALMA, 2011). Para tanto, é de suma importância a comunicação efetiva, a fim de ajudar o paciente e familiar no entendimento da doença e do tratamento (SALES *et al.*, 2012).

Diante desse cenário, a equipe assume um papel importante na vida do paciente e familiar no que tange ao tratamento, visto que é responsável por informar, esclarecendo dúvidas relacionadas aos cuidados e recursos terapêuticos (BARRETO; AMORIM, 2010). Logo, segundo Peplau, é imprescindível que a equipe trabalhe em colaboração com paciente e família na avaliação da situação, de maneira que juntos possam identificar, esclarecer o problema e elaborar a relação de ajuda (GEORGE, 2000).

Tanto os pacientes com diferentes demandas clínicas quanto o seu familiar podem vivenciar a hospitalização de modo diverso. Para eles, a experiência pode ser positiva ou negativa, a depender da relação de ajuda dispensada pela equipe ao longo do processo do tratamento e a maturidade dos envolvidos. A formulação de metas e o alcance dos resultados pelo familiar do paciente hospitalizado também o torna independente, concluindo a última fase do relacionamento de Peplau, ou seja, a *resolução* (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014).

Diagrama 10- A exploração/implicações decorrentes do tratamento
CL5: EXPLORAÇÃO/IMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO

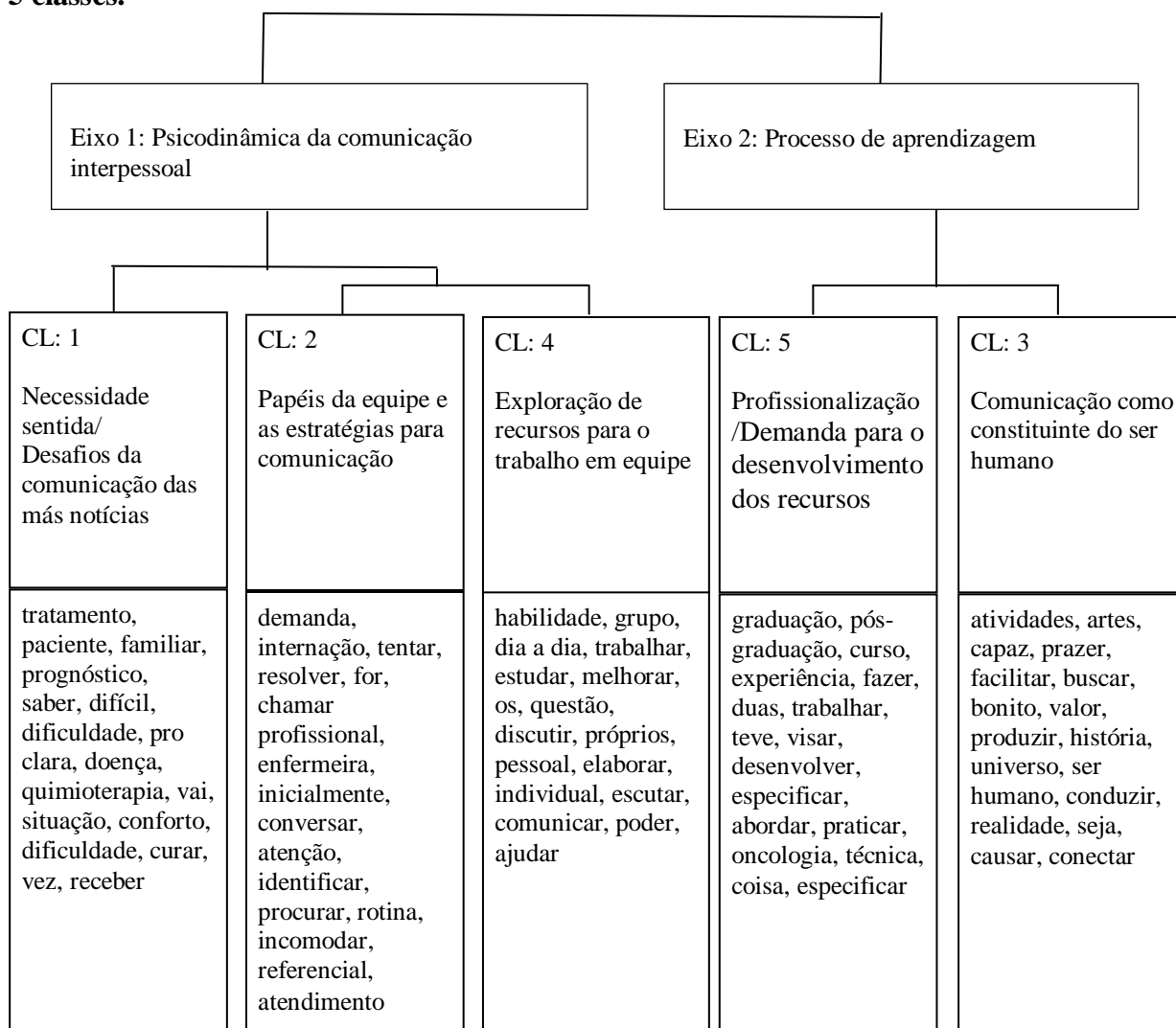


GEORGE,2000;SALES, GROSSI, *et al.*, 2012.

7 A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DA EQUIPE COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E FAMILIARES

Na análise de conteúdo do *corpus* das entrevistas realizadas com a equipe emergiram dois eixos. O primeiro eixo, agrupando as classes 1 [a necessidade sentida/desafios da comunicação das más notícias] e 2 [papéis da equipe e as estratégias para comunicação], refere-se à psicodinâmica da comunicação interpessoal da equipe na abordagem da comunicação das más notícias com o paciente e familiar. O segundo eixo, composto pelas classes 4 [exploração de recursos para o trabalho em equipe], 5 [profissionalização/demanda para o desenvolvimento dos recursos] e 3 [comunicação como constituinte do ser humano], remete ao processo de aprendizagem da comunicação como requisito para a formação e o desenvolvimento pessoal e profissional para atuação em cuidados paliativos oncológicos, conforme na figura 4.

Figura 4 – Dendograma do *corpus* das entrevistas com a equipe organizado em 2 eixos e 5 classes.



7.1 EIXO 1 – PSICODINÂMICA DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DA EQUIPE

A Teoria de Peplau está fundamentada no modelo psicodinâmico, o qual objetiva identificar e compreender as necessidades sentidas do outro de maneira integral, com o intuito de ajudá-lo a resolvê-las mediante um cuidado individualizado, humanizado embasado no relacionamento interpessoal (FREIRE *et al.*, 2013; GURGEL *et al.*, 2014).

Segundo Peplau, o fazer da enfermagem é considerado um processo interpessoal e terapêutico que se desenvolve em cooperação com outros processos humanos, isto é, com uma equipe que viabiliza a saúde e influencia positivamente na qualidade de vida do paciente e de seu familiar a partir de um processo psicodinâmico (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A psicodinâmica desenvolve-se com base em dois pressupostos: a postura adotada pelo profissional durante o cuidado irá determinar o aprendizado do paciente durante o seu processo de doença; e o profissional tem a incumbência de ajudar o paciente no desenvolvimento de sua personalidade e amadurecimento pessoal (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

No que tange aos cuidados paliativos, há necessidade do trabalho em equipe para contemplar os aspectos físicos, psicossociais, espirituais requeridas pelo paciente (CASWELL *et al.*, 2015). O enfoque centra-se na pessoa doente e não na doença da pessoa, resgatando e valorizando as relações interpessoais no percurso da evolução e do tratamento da doença (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013). Para o desenvolvimento das relações interpessoais são requeridas habilidades comunicacionais (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Um dos grandes desafios enfrentados pelas equipes é a comunicação das más notícias.

7.1.1 Classe 1 – Necessidade sentida/Desafios da comunicação das más notícias

Nesta classe despontam as palavras *tratamento, paciente, familiar, prognóstico, difícil, clara, doença, quimioterapia, situação, dificuldades*, e os verbos *receber, saber e confortar*. A necessidade sentida da equipe está relacionada ao manejo de situações difíceis que envolvem estratégias que visam minimizar o impacto para o paciente e os familiares no anúncio de notícias difíceis – como a comunicação relacionada ao diagnóstico, ao tratamento, à quimioterapia, ao prognóstico da doença, às recidivas – que precisam ser entregues de maneira clara e devem manter a esperança dos envolvidos.

Nessa perspectiva, a comunicação de más notícias está relacionada à revelação de informações que resultam em sentimentos desagradáveis para quem dá e quem recebe a notícia (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012; MONDEN; GENTRY; COX, 2016). A equipe de Oncologia relata também dificuldades na abordagem da transição da modalidade terapêutica curativa para a paliativa, no repasse do conteúdo da comunicação das más notícias e nas tomadas de decisões (MACK *et al.*, 2012; HUI *et al.*, 2015).

Os discursos revelam nitidamente a dificuldade da equipe relacionada à **transição dos cuidados curativos para paliativos**, que frustra a *expectativa de pacientes e familiares quanto à manutenção de um tratamento de cura*. Essa dificuldade de abordagem ocasiona no profissional questionamento sobre a sua própria conduta, ao relatar que: *Será que eu fiz e indiquei a coisa certa?*

*O que eu sinto de maior **dificuldade** é quando a família, nos cuidados paliativos, ainda tem uma expectativa às vezes de **tratamento**, de **cura**, e a gente não tem mais como oferecer isso. E acaba que às vezes, com essa insistência e aflição da família, a gente fica também, né, de certa forma, encurralado (E6).*

*Se não tenho o que oferecer, então é o momento que tenho para parar. Então, essa eu acho uma **dificuldade** grande. E depois você fica olhando: será que eu fiz a coisa certa? Será que eu indiquei a coisa certa, né? (E4).*

Na prática clínica, o processo de tomada de decisão requer aos profissionais envolvidos nos cuidados paliativos a reflexão crítica sobre suas escolhas, no intuito de serem assertivas no aspecto técnico, científico e ético. Tais condutas também devem considerar a autonomia do paciente, sem transferir a este a responsabilidade do processo decisório (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A equipe envolvida no cuidado de fim de vida, sobretudo o médico, enfrentam dilemas relacionados a crenças morais e religiosas (CALLEGARI, 2011a). Além do médico, assume a responsabilidade de determinar ao paciente, em seu final de vida, quando, onde e como morrer (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Nesse contexto, o Código de Ética Médica Resolução n. 1931, de 24 de setembro de 2009, preconiza o surgimento da identidade do médico como um profissional capacitado para orientar e direcionar os cuidados ao paciente, a partir de uma visão não só biológica, mas humana. Entre os princípios fundamentais do Código, destaca-se o artigo 36, inciso 2 em que “o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos”.

Alguns profissionais, diante do cenário de dilemas e conflitos na tomada de decisão, na prestação dos cuidados e na morte, podem desenvolver o luto agudo. Esse estado é caracterizado por sintomas psicológicos com manifestação afetiva (culpa ansiedade, depressão); comportamentais (cansaço, choro); e relacionada à sua própria pessoa e ao ambiente (baixa autoestima, distúrbios alimentares, do sono, doenças psicossomáticas, diminuição da imunidade e baixo rendimento nas atividades laborais) (CALLEGARI, 2011b). Segundo essa autora, são esperadas essas manifestações comportamentais pelos profissionais, e necessitam serem vividas, e as angústias e sentimentos acolhidos. Isso porque o luto não vivido e o sofrimento não amparado podem provocar a Síndrome de *Burnout*, que é uma reação resultante da tensão emocional, ao vivenciar o sofrimento do outro por longo período.

A equipe depara-se ainda com dificuldades inerentes ao final de vida do paciente que se relacionam ao **prognóstico** e à **evolução da doença**, e acentuam-se *com a proximidade da morte e o óbito*.

*Acho que as maiores **dificuldades** elas crescem num paralelo junto com a extensão da doença. Quando se trata de uma doença muito extensa, com **prognóstico** mais reservado e uma família mais esclarecida e com vários questionamentos em relação a essa situação* (E9).

*Às vezes numa situação até de mais proximidade da morte, de óbito, às vezes um paciente que já está com sintomas muito significativos da **doença** e já passou por um sofrimento físico e emocional maior* (E12).

*A maioria tem um grau de ansiedade. Estão ansiosos pela **situação** que estão vivendo, tanto o paciente quanto o familiar – o paciente pelas condições clínicas, e o familiar pelo sofrimento do paciente* (E1).

Os discursos da equipe mencionam dificuldades que são descritas na literatura como um dos momentos mais difíceis, a comunicação da progressão da doença e da proximidade da morte (KOVÁCS; MACIEIRA; CARVALHO, 2008).

A equipe, ao cuidar do paciente em cuidados paliativos e de seu familiar, é despertada pelo desejo de manter uma **comunicação clara**, a fim de não quebrar os vínculos de confiança, que podem ocorrer quando o paciente não é devidamente informado. Para Kübler-Ross (2008), partilhar uma má notícia com o paciente é uma prioridade, pois quanto mais acessível a forma de se comunicar, maior será o entendimento e a compreensão do paciente e do familiar.

Nesse cenário, a equipe busca diferentes estratégias para estabelecer a interação e uma linguagem acessível ao entendimento do paciente e familiar. Segundo Silva (2013), para que haja comunicação, esta deve ser bidirecional, isto é, faz-se necessária a resposta e validação das mensagens. Além disso, enviar e receber mensagens estão diretamente relacionados à própria atitude e a fatores como crenças, valores, vivências anteriores, expectativas, relevância e sentimento no conteúdo da mensagem e o nível de interação entre os envolvidos (SILVA, 2013), a maturidade pessoal, disposição interna para o encontro e o ambiente em que estão inseridos (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

*Nos **pacientes** mais calados que realmente procuram guardar muito assunto, eu vou chegando de mansinho e vou perguntando coisas primeiro que não têm nada a ver com a*

situação, depois entrando na situação e vou dando deixas para o paciente, alguns ganchos para o paciente pegar (E9).

*Eu tento ser o mais concreto possível com o **paciente**. Tento deixar de lado a questão do envolvimento emocional, e ser franco em relação à condição de vida. É assim, você não se deixar envolver pelo teu lado emocional, e partir para o lado concreto (E4).*

*Então, muitas vezes eu não tenho novas intervenções, opções de tratamento para oferecer, mas simplesmente a presença, o cuidado, o **paciente** saber que está sendo visto, lembrado, isso realmente reforça o cuidado. O simples fato de você estar ali perto dele, já é uma parte do tratamento em si (E9).*

Observam-se nos discursos que os profissionais utilizam diferentes estratégias de comunicação com o paciente para favorecer a comunicação interpessoal. Segundo Kissane *et al.* (2012), as estratégias de comunicação abrangem a arte, ciência, sabedoria e prática de como se comunicar. Para Monden, Gentry e Cox (2016), a mensagem deve ser entregue com empatia e respeito e com uma linguagem que seja compreensível para o paciente, livre de jargão médico e terminologia técnica, além de dosar a emoção depositada na mensagem, pois o excesso de empatia e simpatia diminui a esperança e dificulta a troca de informações entre os envolvidos.

Diagrama 11- Necessidade sentida/desafios da comunicação das más notícias

CL1: NECESSIDADE SENTIDA/DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO DAS MÁS NOTÍCIAS

<i>Comunicação do diagnóstico , tratamento e prognóstico</i>	
<i>Transição dos cuidados curativos para paliativos</i>	<i>Frustra a expectativa de pacientes e familiares quanto a manutenção de um tratamento de cura.</i>
<i>Se não tenho o que oferecer então é o momento que tenho para parar. Então, essa eu acho uma difficuldade grande. E depois você fica olhando: Será que eu fiz a coisa certa? Será que eu indiquei a coisa certa, né? (E4).</i>	
<i>Prognóstico e evolução da doença</i>	<i>Acentuam-se com a extensão da doença , recidivas, proximidade da morte e o óbito</i>
<i>Acho que as maiores difficuldades elas crescem num paralelo junto com a extensão da doença. Quando se trata de uma doença muito extensa, com prognóstico mais reservado e uma família mais esclarecida e com vários questionamentos em relação a essa situação (E9).</i>	
<i>Comunicação clara / vínculos de confiança Manter a esperança</i>	<i>Quanto mais acessível a forma de se comunicar, maior será o entendimento e a compreensão. Estratégias: “ganchos”, ser concreto e presente.</i>
<i>Muitas vezes não tenho novas intervenções, opções de tratamento para oferecer, mas simplesmente a presença, o cuidado, o paciente saber que está sendo visto, lembrado, isso realmente reforça o cuidado. O simples fato de você estar ali perto dele, já é uma parte do tratamento em si (E9).</i>	

KOVÁCS, MACIEIRA E CARVALHO,2008, KISSANE, BYLUND, et al., 2012 ; SILVA, 2013.

7.1.2 Classe 2 – Papéis da equipe e as estratégias de comunicação

Nesta classe sobressaem os verbos *tentar, resolver, chamar, conversar, procurar, referenciar e atender* denotam competências dos profissionais e papéis da equipe que visam estabelecer a comunicação e resolver as demandas. Dentre os conceitos teóricos que fundamentam a sua teoria, Peplau descreve diferentes papéis do profissional na relação com quem necessita ser cuidado. Esses papéis sustentam as estratégias de comunicação, direcionando e proporcionando significado às ações da equipe, visando à resolução dos problemas do paciente e familiar (GEORGE, 2000).

Um bom comunicador apresenta habilidades não apenas no envio de mensagens, mas também em receber e interpretar o que está sendo comunicado. Ele possui habilidade na escuta, respeita a individualidade da outra pessoa, além de saber lidar com as diferenças culturais, alterações cognitivas e emocionais do outro (KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012). O desenvolvimento da competência em comunicação é permeada por diferentes estratégias como, uso de perguntas para obter informações, escutar o outro, oferecer informações precisas, destacar a ideia principal na abordagem e não utilizar jargões ou termos técnicos durante a conversa (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Durante o processo terapêutico, paciente e familiar apresentam diferentes demandas para equipe. Para reconhecer e responder à essas demandas a equipe necessita compreender a linguagem do paciente e familiar. Nem sempre o que o paciente comunica explicitamente é a sua maior demanda. Segundo Maldonado e Canella (2009) na prática clínica geralmente, a demanda explícita que leva o paciente à procurar a assistência nem sempre é a demanda mais importante. É fundamental estar atento as expressões e comportamentos para decodificar a real necessidade do paciente.

*Às vezes a **demanda** mais explícita não é necessariamente a maior **demanda** que ele tem. Às vezes ele pode ter outra demanda que você só vai entender na medida em que você sentar com ele para conversar, né! Só vai descobrir na medida em que você tiver maior disponibilidade com ele (E12).*

Segundo Peplau, a fase inicial de interação do paciente com o profissional é denominada de orientação, e os envolvidos encontram-se estranhos um ao outro. Em vista disso, a demanda pode não ser prontamente expressa pelo paciente e familiar, e identificada e compreendida pelos profissionais. No entanto, a equipe embasada em habilidades comunicacionais deve ajudar o paciente e a familiar a identificarem o problema vivenciado (GEORGE, 2000). Pois, paciente, familiar e equipe integram a relação terapêutica. Para tanto, há necessidade de identificação entre os envolvidos para que se possa compreender e satisfazer as necessidades do paciente e familiar (FREIRE, NERY *et al.*, 2013).

A equipe reconhece nos discursos que os pacientes e familiares buscam maior aproximação com determinados integrantes da equipe. Em geral, o profissional mais solicitado é a *enfermeira ou técnico de enfermagem naturalmente porque estão presentes durante vinte e quatro horas do dia o que favorece firmar um expressivo vínculo de confiança.*

Nesse contexto, pode-se dizer que a enfermeira adota o *papel de conselheira* ao escutar os problemas de maneira receptiva e acolhedora. Entende-se ainda, que a enfermeira exerce o *papel de substituta*, pois, sua presença e contato próximo com o paciente é interpretado como alguém familiar. Essas características profissionais atendem aos requisitos para uma boa comunicação. Para Almeida, Lopes e Damasceno, 2005 sugerem que toda enfermeira deveria *buscar uma cadeira, sentar com os pacientes e dizer: fale-me de você?* Desta maneira é possível levantar as necessidades do paciente e familiar e, colocar ao alcance deles os recursos disponíveis que possam ser explorados (MUNHOZ *et al.*, 2014).

*Alguns colegas gostam mais de **conversar**, se apresentam melhor, então, eles chamam e solicitam por este profissional. Geralmente a enfermeira. Eles falam mais dos problemas deles para a enfermeira ou técnico do que para outros profissionais, pela confiança e o fato de estarem vinte e quatro horas em contato (E1).*

*Quando eu falei: Olha, é uma informação médica. Se a senhora quiser eu posso **chamar** tal médico que está na enfermaria, ela foi muito objetiva de falar: Não, eu prefiro que seja o outro médico, porque ele vai me dizer a verdade. Foi uma das situações que aconteceu (E2).*

Nenhuma disciplina isoladamente é capaz de atender as demandas do paciente e familiar, visto que não há um único fator causal no processo de adoecimento, assim, faz-se necessário resgatar e valorizar as relações interpessoais. Neste sentido a interdisciplinaridade proporciona a individualidade e integralidade do paciente a fim de melhor e qualificar o cuidado (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013).

Os médicos devem conhecer a doença, à sua história natural, tratamentos e prognóstico; assegurar o alívio de sintomas desconfortáveis e preservar a dignidade da vida até a morte, evitando procedimentos invasivos e dolorosos. Além de, viabilizar a comunicação entre a equipe, paciente e sua família. O paciente e a família desejam ouvir do médico sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença. Portanto, o médico tem a incumbência de conversar com o paciente e sua família assuntos diretamente relacionados com a doença (CONSOLIN, 2012).

A equipe durante a assistência prestada ao paciente e familiar adota atitudes para o esclarecimento, escuta, aceitação, ensino e a interpretação para oferecer serviços ao paciente, o qual tira então vantagens dos serviços oferecidos com bases em seus interesses e necessidades (GEORGE, 2000, p. 50).

Nos discursos nota-se que as diferentes estratégias de comunicação utilizadas pela equipe possibilitam: *o levantamento das necessidades; estabelecer a empatia e relação de ajuda; atender os desejos, viabilizar o trabalho em equipe e proporcionar a orientação ao familiar.*

A comunicação permite o **levantamento das necessidades** do paciente e familiar a fim de identificar o motivo da internação. É imprescindível segundo Peplau que a equipe trabalhe em colaboração com o paciente e familiar na análise do problema, de forma que juntos consigam identificar, esclarecer e definir o problema existente (GEORGE, 2000).

Os motivos da internação expressam as diferentes demandas do paciente. Neste caso, o comportamento empático da equipe é imprescindível. Para Peplau nessa situação a equipe desenvolve o *papel de provedor de recursos e de líder* ao identificar os motivos da internação, e também de *conselheira* ao auxiliar o *enfrentamento da doença pelo familiar* (GURGEL, TOURINHO e MONTEIRO, 2014).

Inicialmente nós procuramos identificar a que tipo de internação ele veio: se internação por motivos clínicos, emergências clínicas; se ele vem para tratamento quimioterápico ambulatorial de rotina ou se ele volta para fase de cuidados paliativos terminais (E3).

Às vezes na internação há uma questão de enfrentamento do familiar. Às vezes o familiar não aceita a doença (E7).

Para estabelecer à **empatia** a equipe procura aproximar-se, conversar e colocar-se no lugar do paciente. A empatia é um elemento fundamental no relacionamento interpessoal e, para o desenvolvimento de uma comunicação terapêutica que responda as necessidades do outro. O profissional busca imergir no mundo subjetivo do outro, visualizar e compreender o mundo como o outro enxerga, mas sem perder a identidade profissional (NYATANGA, 2013). Neste contexto, estão relacionados o vínculo de confiança, envolvimento emocional maduro, e o respeito mútuo (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Eu tento primeiro fazer uma aproximação com a família, para fortalecer o vínculo [...], para que a família e o paciente fiquem mais à vontade para falar das demandas que eles trazem (E12).

Então, eu procuro sempre me aproximar muito do paciente, conversar sobre outros assuntos que não da doença, trazer assuntos que eles gostam de fora do hospital e juntando isso, essa proximidade do paciente com as minhas experiências e conversando muito (E9).

As atitudes empáticas estabelecem os vínculos de confiança com paciente e familiar, ao buscar *primeiro fazer uma aproximação, conversar sobre outros assuntos que não da doença, trocar experiências* para deixar o paciente *mais à vontade para falar das demandas que trazem*. O profissional adota o *papel de substituta* pela atitude empática demonstrada e de *conselheira* ao escutar o paciente e familiar.

O paciente em cuidados paliativos deve compreender o seu diagnóstico e prognóstico, assim, resolver pendências e compartilhar os seus desejos (FIGUEIREDO; BIFULCO, 2008; KÜBLER-ROSS, 2008). Para **atender os desejos** do paciente, a equipe utiliza, sobretudo, a comunicação não verbal e a escuta.

A escuta atenta e o vínculo de confiança possibilita ao paciente no seu leito de morte expressar o seu desejo mais íntimo. Neste contexto a equipe adota o *papel de provedora de recursos* durante a relação de ajuda e, de *conselheira* ao escutar o desejo da paciente.

*Uma vez, sem obviamente identificar o paciente, a psicóloga estava me falando que uma paciente estava falecendo e tinha uma **demanda**, dizia que o maior desejo dela é que o marido nunca casasse de novo e que ela nunca se sentisse substituída (E9).*

Para manter uma **relação de ajuda**, fazem-se necessários *disponibilidade interna, amor pelo ajudado e habilidades interpessoais de alto nível*. A maior responsabilidade nesta relação é do ajudador ou da equipe (MIRANDA; MIRANDA, 1996, p. 43).

Observa-se mediante as falas da equipe que a relação de ajuda não é *apenas administrar um medicamento, mas ser um pouco do próprio medicamento*. Na relação de ajuda a equipe assume o *papel de provedor de recursos* e de *líder* ao assegurar que o problema vai ser resolvido e, de *conselheira* ao ouvir e escutar o paciente e familiar.

*Mas quando você **procura** ir além, você não quer apenas administrar um medicamento. Você quer você ser um pouco do medicamento também (E10).*

*Eu tento entender mais a **demanda** que o paciente ou a família traz, se for possível a família e o paciente juntos, se não, separadamente. Sempre que possível combinar com a equipe (E12).*

*O paciente em cuidados paliativos a cada dia ele nos apresenta uma **demanda** diferente, então, eu acho que todo profissional deve sentar, ouvir o paciente, ouvir a família e tentar solucionar o problema da melhor maneira possível e não deixando de lado a parte humanizada (E7).*

A comunicação viabiliza o **trabalho em equipe**. A comunicação é uma estratégia que possibilita a interação entre as disciplinas, a busca de soluções em conjunto proporciona uma relação diferenciada e humanizada no cuidado do paciente e familiar (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010; GERARD, KAZER *et al.*, 2014).

Às vezes você não consegue **resolver**, você tenta, mas não consegue por algum motivo e você repassa isso. Acho que só de você levar em consideração a demanda dele, levar a frente, tentar e às vezes conseguir isso, gera confiança (E2).

Eu acredito que todos os profissionais acabam sendo referências dos pacientes, a depender da **demanda** (E7).

Como a gente faz a gestão das demandas, eu vou encaminhar para o integrante da equipe mais capacitado para **resolver** a situação. Se for algo relacionado à equipe de enfermagem, tento resolver ou em equipe de enfermagem. Normalmente sozinha eu não costumo tomar decisão não, de resolução (E8).

No discurso da equipe consta-se que a comunicação é uma estratégia que facilita o trabalho em equipe. Na leitura de Peplau, nesse contexto a equipe desempenha o *papel de provedor de recursos* à medida que direciona e orienta sobre os recursos disponíveis para atender as demandas dos pacientes e familiares. Também adota o *papel de líder* visto que, auxiliou a resolver as demandas mediante uma relação de colaboração e participação ativa entre os envolvidos.

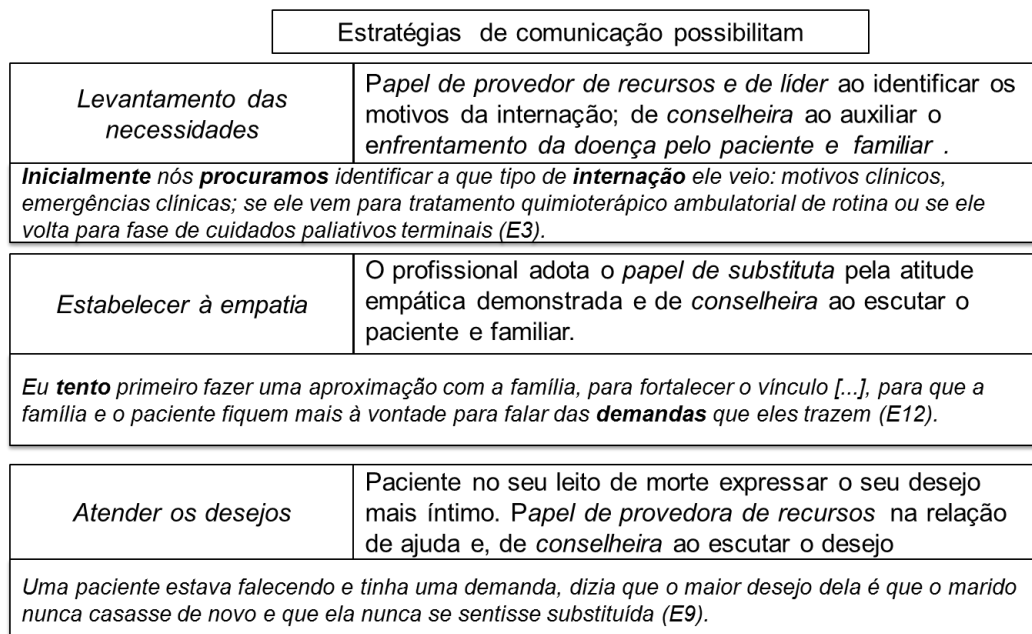
Pode observar que o discurso sugere que o familiar/acompanhante *cuida do paciente em todos os aspectos* Em nível domiciliar. Para tal, *a equipe precisa atuar* no papel de professor, que é somatório de todos os papéis recomendados por Peplau. A equipe utiliza as experiências do familiar como ponto de partida para a aprendizagem do familiar/acompanhante e fornece orientações conforme as suas necessidades e demandas. Essa relação de ensino evolui para a fase final da relação profissional-paciente, a resolução (GEORGE, 2000; GURGEL, TOURINHO E MONTEIRO, 2014).

O cuidar, o acompanhante cuida e oferece atenção ao paciente em todos os aspectos – cuidados relacionados à atividade de vida diária, o cuidado de dar a medicação na hora correta e observar alguma intercorrência quando o paciente está em casa principalmente (E7).

A fase de resolução relaciona-se à alta hospitalar e à capacitação do familiar para cuidar do paciente. Quando esse processo está bem encaminhado, o familiar/acompanhante já consegue agir sozinho, sem a presença da equipe, embora se mantenham unidos pelo relacionamento interpessoal construído durante a internação (GEORGE, 2000; FREIRE *et al.*, 2013).

Diagrama 12a- Papéis da equipe e as estratégias de comunicação

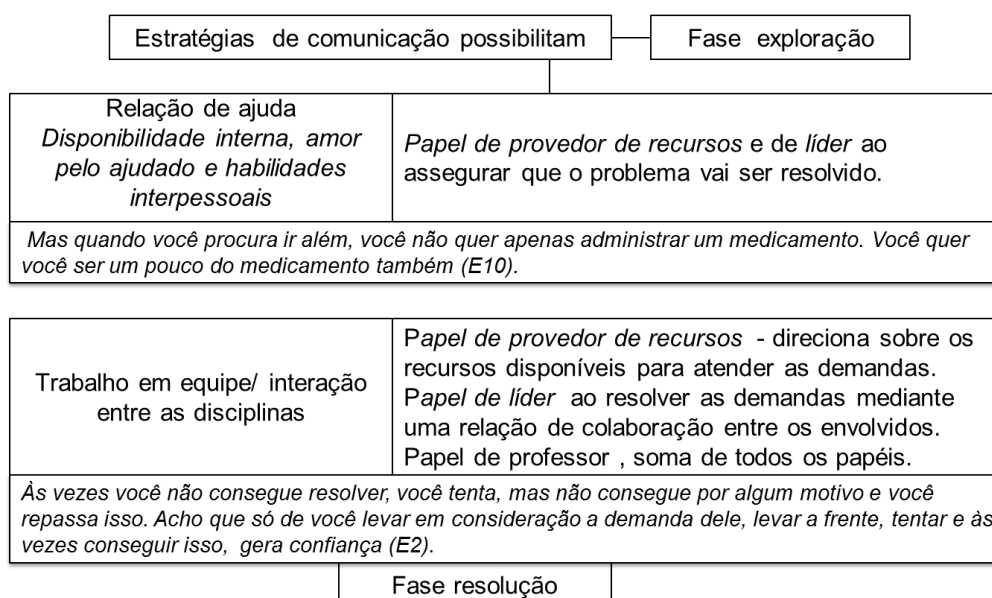
CL2: PAPÉIS DA EQUIPE E AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO



GEORGE, 2000; NYATANGA, 2013; GURGEL, TOURINHO e MONTEIRO, 2014.

Diagrama 12b- Papéis da equipe e as estratégias de comunicação

CL2: PAPÉIS DA EQUIPE E AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO



MIRANDA E MIRANDA, 1996 ;GEORGE, 2000; MATOS, PIRES e SOUSA, 2010; FREIRE, NERY, et al., 2013 ;GERARD, KAZER, et al., 2014.

EIXO 2 – PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Peplau vislumbrou um relacionamento interpessoal e terapêutico na ancoragem do processo de cuidar. A interação com o outro promove crescimento, aprendizagem, desenvolvimento pessoal, desperta sentimentos de confiança e promove a saúde. Para tanto, é importante o uso de princípios e métodos facilitadores e orientadores para o relacionamento interpessoal e terapêutico a fim de produzir mudanças positivas nos envolvidos (NERY *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2013).

O eixo *Processo de Aprendizagem* relaciona-se ao sistema de correspondência entre as classes nomeadas de Exploração de recursos para o trabalho em equipe, Profissionalização/demanda para o desenvolvimento dos recursos, e Comunicação como constituinte do ser humano.

7.1.1 Classe 4 – Exploração de recursos para o trabalho em equipe

Nesta classe destacam-se os verbos *trabalhar, estudar, melhorar, discutir, elaborar, escutar, comunicar, ajudar, poder* e as palavras *habilidades, grupo, dia a dia, próprios, individual, pessoal*. Para o *trabalho* em equipe é fundamental melhorar a comunicação entre os seus membros e a aquisição de *habilidades comunicacionais*. Para tanto, faz-se necessário o aperfeiçoamento *individual, pessoal* e do *grupo*, por meio de *estudos*, da *escuta* do outro e das *discussões* em equipe. Nas palavras de Incontri (2011) a equipe deve dispor de uma filosofia comum e princípios que direcionem as suas ações e condutas. Para tal, é essencial reuniões frequentes, estudos teóricos, discussões de casos, oficinas didáticas, e a formação de base (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013).

A teoria de Peplau ancora-se em suas experiências pessoais e práticas, exploradas no seu trabalho clínico e o ambiente de cuidado (GEORGE, 2000). Esses aspectos são ratificados na fala da equipe ao ressaltar a importância dos *grupos de estudos no trabalho e as discussões em equipe* de casos do dia a dia, bem como de pacientes específicos, reflexões de textos e comportamentos. Esses recursos auxiliam a equipe a melhorar sua conduta, orientação, a habilidade de esclarecer dúvidas ao paciente e familiar, além de oportunizar um momento para troca de experiências.

Os grupos que a gente tem de estudo, dentro do trabalho e a discussão de equipe, eu acho que são os melhores, porque a gente discute os casos do dia a dia, da nossa vivência e experiência. É quase que uma troca de experiências também com a equipe (E3).

*A gente está fazendo **discussões** sobre o cuidado paliativo em equipe, e têm sido bastante ricas. Tem-se **estudado** textos, discutido comportamentos, casos de pacientes específicos que tem auxiliado bastante a melhorar a conduta, orientação, e a habilidade de esclarecer (E6).*

Durante as discussões é importante atentar-se para uma linguagem que seja acessível a todos, visto que uma equipe é composta por diferentes categorias de profissionais. Logo, cada membro deve ser reconhecido e, respeitado o seu grau de conhecimento e competência inerentes a sua formação (INCONTRI, 2011; HILAIRE, 2013).

O profissional como membro integrante da equipe acredita que para melhorar a comunicação e a sua contribuição no processo de trabalho, devem ser compreendidos, assim favorecendo o fluir da comunicação e o *trabalho do dia a dia*. Para que haja sincronia e respeito mútuo entre os envolvidos faz se necessário a troca diária de opiniões, e a valorização do parecer de todos os profissionais que integram a equipe. Segundo Rocha, Silva e Amaral (2013), cada membro contribui com sua expertise, propiciando modificações de atitudes em relação ao conhecimento, no cuidado integral do ser humano, e no enriquecimento do trabalho.

*Acho que compreender talvez o papel de cada um pudesse auxiliar um pouco mais na **comunicação**. Pode ajudar no **dia a dia**, é a questão de se colocar enquanto profissional e falar: olha, eu acredito que isso seja importante por que a minha avaliação mostra isso (E12).*

Mas, o trabalho em equipe interdisciplinar é também marcado por algumas dificuldades, como a tendência a privilegiar uma disciplina, desqualificando as outras (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013). Essa nuance é corroborada no discurso da equipe, quando refere-se a *tendência de destacar-se à comunicação do médico ou da enfermeira*.

*A tendência é que a **comunicação** daquela pessoa sempre a que sobressai do médico ou da enfermeira. Então, acho que, tem que haver um espaço diário para a troca de opiniões. A opinião de todos tem que ser equivalente no sentido de que tem que ser ouvida e avaliada (E12).*

De acordo com a equipe os motivos da *comunicação* não apresentar linguagem única com o paciente é inerente ao *próprio profissional*, e o fato da *equipe ser numerosa*. A comunicação é a base das relações humanas e do trabalho em equipe e, a sua construção

procede da relação de reciprocidade entre os seus membros (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013), e os valores compartilhados (INCONTRI, 2011).

*Então, primeiro acho que a dificuldade é do profissional, **peçoal**. A segunda, que a equipe é numerosa, então, a **comunicação** pode não ser consistente entre todos os membros. Eu acho que o mais difícil é a equipe conseguir ter uma comunicação consistente do que ela quer passar para esse paciente (E12).*

O treinamento de habilidades de comunicação é imprescindível para a equipe que trabalha com pacientes fragilizados, como os doentes oncológicos e com questões relativas a cuidados paliativos e fim da vida (HILAIRE, 2013). Os profissionais que trabalham em cuidados paliativos há necessidade de serem apoiados por pessoas capacitadas para trabalhar tanto as habilidades das relações interpessoais como as emocionais. Dentre os recursos mencionados, destacam-se o *coaching* e a *equipe de psicologia*.

*O coaching. Uma pessoa habilitada para lidar com as relações interpessoais. Que tem a formação e a **habilidade** para estar gerenciando, por exemplo, a forma como você estuda, desempenha as suas funções do trabalho, elabora os seus objetivos de vida e, se comunica com as outras pessoas (E8).*

*Um profissional excelente para **ajudar** nesse processo de **comunicação**, é o profissional que lida com os próprios sentimentos. Porque às vezes a gente entra em fases na nossa vida, em situações especiais que exigem mais emocionalmente da gente. Eu acho que à equipe da psicologia, seria bacana (E3).*

A demanda da equipe é legítima, pois, devido a gama de sentimentos vivenciados pelos membros da equipe no acompanhamento do sofrimento do paciente em cuidados paliativos e de seus familiares no processo de morte e morrer, é imprescindível antes do cuidar do outro, o cuidar de si mesmo. Pois, todo profissional é humano com sentimentos e emoções e busca respostas para indagações mais profundas e essenciais da vida (MACIEIRA e PALMA, 2011; ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013).

7.1.2 Classe 5 – Profissionalização/Demanda para o desenvolvimento dos recursos

Nesta classe destacam-se os verbos *fazer, trabalhar, ter, visar, desenvolver, especificar, abordar, praticar* e ilustram os instrumentos para a prática da aprendizagem, por

meio das palavras que remetem a capacitação como a *graduação, pós-graduação, curso, experiência, oncologia, técnica*.

Peplau por acreditar na necessidade da profissionalização da enfermagem, motivou o avanço dos padrões profissionais, educativos e práticos da profissão provocando mudanças paradigmáticas na relação entre profissional e paciente (GEORGE, 2000). Portanto, é crucial a capacitação dos profissionais que trabalham nos cuidados paliativos a fim de que, possam atender as necessidades do paciente e familiar.

No que diz respeito às competências relacionadas à comunicação e cuidados paliativos, estas preferencialmente devem começar na graduação e estender-se durante toda prática clínica, pois, muitas das habilidades são aprendidas na experiência. A combinação dos conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo de sua formação e das apreendidas através das experiências clínicas podem produzir resultados satisfatórios e permanentes (HILAIRE, 2013).

Representam estratégias viáveis e de sucesso para a aquisição das habilidades de comunicação os modelos de treinamento para os profissionais de Oncologia juntamente com apoio de oficinas no ambiente hospitalar, inclusão nos currículos acadêmicos a disciplina cuidados paliativos e comunicação, adoção de teorias para direcionar a prática, ensino e pesquisa (GRAINGER *et al.*, 2010).

Em relação ao conhecimento adquirido pela equipe durante a *graduação* acerca das relações interpessoais e comunicação, os entrevistados relataram de forma unânime que não receberam este tipo treinamento. Em nível de pós-graduação há relatos do desenvolvimento desses recursos e outrora não. Contudo, destaca-se com ênfase o desenvolvimento de habilidades comunicacionais no decorrer das atividades profissionais, *in loco* e no trabalho em equipe.

O desenvolvimento de habilidades comunicacionais é fundamental em programas de graduação e pós-graduação, bem como na educação continuada (Malloy, Virani *et al.*, 2010). O comportamento comunicacional pode ser treinado. No que tange a Oncologia, a capacitação do profissional aprimora as competências comunicacionais, ampliam a empatia e clareza ao conversar com os pacientes e familiares, bem como estabelecem estratégias sobre como lidar com situações difíceis (BARTH e LANNEN, 2011).

Alguns membros da equipe descrevem que adquiriram habilidades na comunicação através da *experiência na pós-graduação, treinamentos e experiências durante as atividades profissionais, participação em curso de tanatologia, seminários, congressos de cuidados*

paliativos e de pacientes oncológicos. Esses recursos ajudaram a desenvolver um olhar e atitudes diferenciadas de como agir, e uma nova visão de vida e de trabalho.

*A **experiência** que eu tive foi na **pós-graduação**. Eles tinham um laboratório de simulação de situações. Eram situações às vezes técnicas e às vezes comportamentais, onde eles tinham uma equipe de atores mesmo, contratados, que simulavam situações e parecia muito real e você era colocado nessa situação (E2).*

*Tiveram vários treinamentos e **experiências** ao longo das minhas atividades profissionais que ajudaram a desenvolver uma visão e atitudes diferentes de como agir. E até hoje, a gente no dia a dia da discussão com a equipe também, acaba a gente se reconstruindo (E6).*

*Fiz um **curso** de tanatologia e foi muito bom para mim. Eu levei a experiência para a minha vida. Porque, falar da morte é uma coisa assim que abre muito a nossa visão de vida e de trabalho. Fiz seminários, congressos de cuidados paliativos e pacientes oncológicos. Eu acho que ajuda sim (E3).*

Estudos comprovam que a maioria dos profissionais sinaliza a comunicação como algo desafiador na interação com pacientes em cuidados paliativos e seus familiares, atribuindo a falta de capacitação em sua formação acadêmica (PETERSON; CARVALHO, 2011; KOZŁOWSKA; DOBOSZYNSKA, 2012; MOIR *et al.*, 2015; CASWELL *et al.*, 2015). Os discursos da equipe não contrariam a literatura em relação falta de capacitação Em nível de graduação.

*Eu acho que isso é uma construção do dia a dia. A cada dia você vai se deparando com situações novas, que vão te dando recursos. Agora, com relação a coisas sistematizadas, eu fiz duas **pós-graduações** e **cursos**, mas nada especificamente voltado para comunicação (E10).*

*Na época dos estágios da **graduação**, a gente não tem uma abordagem que beneficia essa parte de comunicação. Fica mais assim na teoria, nas disciplinas de psicologia que a gente tem, nas outras humanas. Mas, na prática mesmo, eu acho que ficou um pouco a desejar sim (E3).*

*Não, nunca recebi. Aprendizado foi in loco. No **trabalho** do dia a dia. O aprendizado, assim, o que fez melhorar a habilidade, foi o trabalho dentro de um hospital de reabilitação*

com equipe interdisciplinar, em que a intervenção do trabalho interdisciplinar é muito mais evidente, e mais predominante (E4).

No estudo desenvolvido, NERY *et al.* (2012) também observaram que a temática sobre comunicação e relacionamento interpessoal na vida acadêmica é restrita, porém os profissionais têm maior contato durante o desenvolvimento de pesquisas e prática laboral.

O treinamento clínico tem o intuito de melhorar a qualidade das conversas, de adquirir habilidades e conhecimentos comunicacionais, além de reforçar a confiança do próprio profissional (BERNACKI *et al.*, 2015). Consequentemente a esse fato, viabiliza-se a frequência das abordagens com os pacientes com doenças graves e seus familiares, logo no início do curso da doença, e favorece o paciente a realizar discussões e reflexões para a tomada de decisões e escolhas para sua vida com tempo hábil (HOVING *et al.*, 2010; BERNACKI *et al.*, 2015).

7.1.3 Classe 3 – Comunicação como constituinte do ser humano

Na classe sobressaem os verbos *facilitar, buscar, produzir, conduzir*, denotando ao profissional uma ação para viabilizar *a expressão do ser humano* através das *atividades de arte*, revelando a sua própria *história*, e a *capacidade* de se *conectar* com *universos e realidades* diferentes.

Segundo Peplau, o ser humano pode ser compreendido como uma estrutura biológica, psicológica, espiritual e sociológica, isto é, com individualidades próprias. Assim, cada paciente e familiar apresenta ideias pré-concebidas que inspiram as percepções, as quais são determinantes no relacionamento interpessoal (GEORGE, 2000). A percepção baseia-se na representação que cada pessoa emite de si própria e de seu universo. Deste modo, a comunicação é de suma importância para ajudar a compreensão de si mesmo, de entender o outro e de ser compreendido (NERY *et al.*, 2012).

Conforme os discursos da equipe, para se *conectar* com o paciente é necessário *sair do contexto do hospital e ir para a realidade deles*, para a *individualidade*. Assim, é imprescindível o *olhar e o escutar*. O paciente muitas vezes precisa ser escutado para que possa elaborar e organizar a sua própria experiência. Essa atitude faz com que ele compreenda e encontre uma resposta para seus problemas (MIRANDA; MIRANDA, 1996). A disposição de escutar o outro segue num paralelo à disposição de olhar o outro (SILVA, 2013). Ao olhar o outro, constata-se a existência do que é visível e inferem-se julgamentos sobre esse olhar.

Esse olhar é voltado não só para a pessoa física, mas para o que ela expressa (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; SILVA, 2013).

Nos estratos a seguir é possível vislumbrar a comunicação como meio de conexão com o outro e sua realidade.

*A gente se **conecta** com conversas que geralmente saem do contexto do hospital e vão para a realidade deles, eles se sentem conectados àquela conversa. Essa conexão da realidade deles com a informação que precisa ser passada, eu acho que ela acaba sendo mais efetiva (E11).*

*Eu acho que olhar o paciente como um **ser humano** individual. Tem que ser visto cuidadosamente num sentido de não termos os pré-julgamentos, não levarmos os nossos conceitos, não generalizarmos (E11).*

*O cuidado que a gente tem de escutar o paciente e fazer ele se entender e se enxergar dentro daquela situação, e de ser **capaz** de agir dentro dela, talvez esse **seja** o maior recurso, o maior alcance de comunicação que a gente consiga (E11).*

Uma das formas para favorecer a expressão pessoal de comunicação é através da arte. Pacientes que convivem com uma doença fora de possibilidades terapêuticas de cura desenvolvem sentimentos negativos que não são facilmente expressos por meios habituais. Para eles, a arte é um meio de expressar o que está no seu interior, sentimentos que não podem ser expressos através de palavras (LIPSON, 2011; D'ALENCAR *et al.*, 2013). O desenvolvimento da arte estimula o paciente a conhecer-se melhor e o outro, aumenta a autoestima, ajuda no manejo dos sintomas físicos e emocionais, momentos de estresses, bem como possibilita vivenciar um momento prazeroso proporcionado pelo fazer artístico (D'ALENCAR *et al.*, 2013). Essa expressão e manifestação interior através da arte é mencionada nos discursos que se seguem:

*A **arte** lida muito com que há de mais íntimo, que é o **prazer** no sentido emocional, do ato de fazer. Eu causo prazer não só para mim, mas no outro também, se tiver um pouco de sensibilidade e empatia ao que está sendo realizado. A arte é como se fosse uma partilha, uma comunhão (E11).*

*Toda vez que a gente se comunica com esses pacientes por meio de imagens, de símbolos, eles agregam isso com um valor maior, permanente. Se você agrega **valor** nessa*

informação visualmente, pelo cheiro, por informações que agreguem outros sentidos, essa informação ela fica retida (E11).

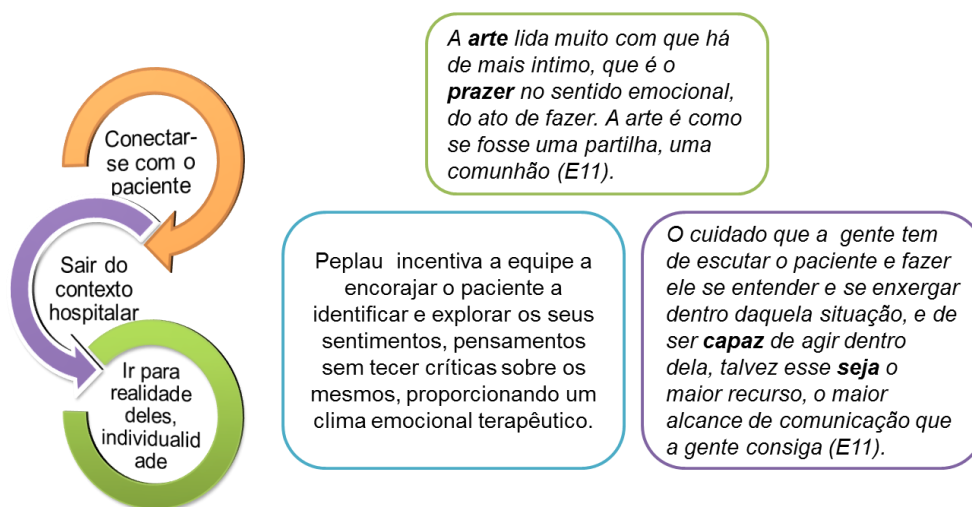
Os discursos destacam a dimensão não verbal da comunicação que se dá *por meio de imagens, de símbolos, cheiro, a arte*. A comunicação não verbal ou psicobiológica é a linguagem do corpo (SILVA, 2013), expressa o íntimo do ser, os seus próprios conteúdos, a interpretação e a reflexão das experiências frente ao adoecimento e tratamento (D'ALENCAR *et al.*, 2013).

Peplau incentiva a equipe a encorajar o paciente a identificar e explorar os seus sentimentos, pensamentos, sem tecer críticas sobre os mesmos, proporcionando um clima emocional terapêutico. Para tal, a equipe deve conhecer o seu ambiente, os fatores que o circundam, como a cultura, crença religiosa, raça, escolaridade e ideias pré-concebidas (GEORGE, 2000).

A comunicação, principalmente clínica, tem que passar também por questões sociais, morais, antropológicas. Quando você entende o ser humano no decorrer da história humana, como um ser socialmente capaz de produzir e de se inserir nessa sociedade, facilita o processo de comunicação (E11).

Diagrama 13- Comunicação como constituinte do ser humano

CL3: COMUNICAÇÃO COMO CONSTITUINTE DO SER HUMANO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Não haverá borboletas se a vida não passar
Por longas e silenciosas metamorfoses.*

Rubem Alves (1933-2014)

A leitura das vivências dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos à luz da teoria de Peplau apontou que o processo de comunicação interpessoal entre paciente e equipe se iniciou na fase de *orientação* por meio da resposta a uma necessidade sentida – diagnóstico da doença, esclarecimento sobre o tumor e seu devido tratamento. Considerando-se que as fases do relacionamento enfermeira-paciente de Peplau se entrelaçam e se sobrepõem, aprendeu-se que a *identificação* ocorreu mediante a empatia e o estabelecimento de vínculos de confiança com a equipe. Essa interação favoreceu a *exploração* de recursos disponíveis para o alcance dos objetivos e metas estabelecidas com a equipe, bem como a participação ativa do paciente no processo de tratamento. A última fase foi alcançada mediante a *resolução* resiliente mediante a mobilização de recursos internos e suportes externos provenientes do familiar e equipe. Esses processos foram resultantes de competências interpessoais e comunicacionais da equipe de cuidados. Associadas à estrutura institucional permitiram ao paciente o desenvolvimento de suas potencialidades e a experiência de ser participante ativo e protagonista do seu próprio tratamento, adaptando-se à situação vivenciada com possibilidade de ressignificar o seu processo de adoecimento. Assim, sendo possível prestar um cuidado integral, humanizado que preservou a autonomia e dignidade de pessoas em cuidados paliativos.

Os resultados das vivências dos pacientes em cuidados paliativos, familiares e equipe frente à comunicação interpessoal possibilitaram certificar-se de que esses sujeitos se caracterizam como o núcleo central dos cuidados paliativos, e que a comunicação é a base que sustenta essa modalidade de tratamento e as relações humanas.

Os resultados da equipe revelaram a dificuldade relacionada a abordagem da transição dos cuidados curativos para paliativos. Essa nuance foi perceptível nas respostas dos pacientes e familiares em relação ao entendimento da situação vivenciada, pois, tanto os pacientes como familiares sabiam da gravidade e da evolução da doença, mas nem todos verbalizaram o termo/situação de cuidados paliativos. Diante dessa problemática, a equipe deve assumir com

maior ênfase a mudança do paradigma do curar para o cuidar, além de aliar as medidas de cuidado humanizado à biotecnologia e demais recursos terapêuticos avançados disponíveis para amenizar o sofrimento físico, espiritual, social e emocional dos pacientes em cuidados paliativos. Isso porque cuidados menos intervencionistas e invasivos são associados a menor sofrimento e melhor qualidade de vida.

Afirma-se que é primordial para a equipe: a aquisição de competências comunicacionais relacionadas ao acolhimento do paciente que busca um diagnóstico; o conhecimento do uso de protocolos e técnicas adequadas para a comunicação das más notícias atentando-se para a dimensão subjetiva do outro; as atitudes empáticas durante o tratamento; e as estratégias que facilitem o enfrentamento do câncer para que o paciente se torne resiliente frente à doença e tratamento. Diante disso, os resultados da pesquisa apontam que as necessidades sentidas pelos pacientes foram atendidas por meio de uma comunicação eficaz, mobilizando as melhores capacidades e potencialidades do ser humano para enfrentar as situações estressoras.

Espera-se que a partir deste estudo, outros sejam realizados com a temática da comunicação em cuidados paliativos durante todo o percurso do tratamento oncológico, a fim de que os cuidados paliativos possam avançar proporcionando qualidade de vida aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e a seus familiares, bem como capacitando os profissionais nessa modalidade de tratamento. As vivências experimentadas pelos pacientes em cuidados paliativos, familiares e equipe se diferem de acordo com o processo de tratamento e a evolução da doença do paciente. Além do que, ratifica-se através deste estudo que os pacientes ao longo do seu tratamento amadurecem e tornam-se resilientes frente à doença. O conhecimento do contexto da comunicação em diferentes universos possibilitará a construção de ferramentas sistematizadas para o desenvolvimento das habilidades comunicacionais, tanto na formação acadêmica, como em cursos e educação continuada *in loco*.

Conclui-se que estudos direcionados para os cuidados paliativos e as habilidades comunicacionais são imprescindíveis para os profissionais da saúde que atuam com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e familiares. E os principais recursos para assegurar o treinamento de habilidades de comunicação e níveis de confiança em comunicar envolvem a arte, ciência, sabedoria, prática, aliados a um trabalho em equipe, apoio insitucional e aprendizagem das competências comunicacionais.

Sugerem-se pesquisas envolvendo a apreensão da linguagem não verbal dos pacientes em cuidados paliativos, familiares e equipe através de registros de imagens dos

comportamentos expressos pelos envolvidos no processo de comunicação das más notícias. Isso porque se comunica em todos os momentos, e a comunicação não verbal é a mais expressiva e ocorre na maior parte do tempo. E essa dimensão de comunicação auxilia a expressão dos sentimentos, pensamentos, questionamentos e a revelar a coerência entre a interação e o discurso. O olhar e a expressão corporal do profissional têm de ter a mesma configuração que a sua fala, para ser confiável e promover mudanças.

Como limitações do estudo, é preciso considerar que foram entrevistados pacientes sob cuidados paliativos em regime de internação hospitalar, em condições clínicas satisfatórias e que apresentavam linguagem preservada. Recomenda-se estender o estudo para pacientes com perda da capacidade e das habilidades de linguagem falada e escrita, e também para pacientes e familiares que se encontram em acompanhamento em nível ambulatorial e internação domiciliar. Com isso, torna-se possível levantar as necessidades sentidas e avaliar como acontece o processo de comunicação nessas modalidades de tratamento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Portaria n. 79, de 04 de fevereiro de 2002 – Cadastramento da unidade hospitalar Associação das Pioneiras Sociais/SARAH-Brasília/DF. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/portarias/79_02.htm>. Acesso em: 02 maio 2016.

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, jun 2005. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200011&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 May 2016.

AMARO, Luana da Silva. Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. **Logos & Existência**, v. 2, n. 2, p. 147-161, 2013.

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2016.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, Dez. 2007. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 May 2016.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enferm UFPE On Line.**, Recife, v. 7 (esp.), p. 5015-5022, jul. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3297/pdf_3090>. Acesso em: 28 maio 2016.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de. Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. **Saúde & Transformação Social - UFSC**, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 4-10, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265324588003.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2016.

BAILE, Walter F. *et al.* SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, p. 302-311, 2000. Available from: <<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>>. Access on 28 May 2016.

BARNULUND, Dean C. Interpersonal communication: survey and studies. Nova York: Houghton-Mifflin, 1968. In: LITTLEJOHN, Stephen W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz Amorim. A família frente ao adoecer e ao tratamento de uma familiar com câncer. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 462-467, jul.-set. 2010.

BARTH, Jürgen; LANNEN, Patricia. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. **Annals of Oncology**, v. 22, n. 5, p. 1030-1040, May 2011. Available from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974653>>. Access on 10 May 2016.

BAUER, Martin W.; GASKEL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, som e imagem: um manual do prático**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

BERNACKI, Rachelle *et al.* Development of the serious illness care program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. **BMJ Open**, v. 5, n. 10, Nov. 2015. Available from <<http://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e009032.abstract>>. Access on 28 May 2016.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. São Paulo: Paulinas, 2011.

BIRDWHISTELL, Ray L. **Kinesics and context: essays on body motion communication**. Pennsylvania, USA: University of Pennsylvania, 1985.

BORGES, Moema da Silva; FREITAS, Graciele; GURGEL, Widoberto. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 113-126, 2012.

BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura. O cuidado à família do paciente grave. In: ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem). **PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto – Ciclo 8**. Porto Alegre: Artmed; Panamericana, 2013, v. 1, p. 95-126.

BRASIL. Resolução CFM n. 1973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n. 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 144-147, 1º ago 2011.

BRASIL. **Portaria n. 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90; Retificação **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2009, Seção I, p. 173. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

BURLÁ, Claudia; PY, Ligia. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1139-1141, jun 2014.

BUSS, Mary K. *et al.* Hematology/Oncology Fellows' Training in Palliative Care. **Cancer**, v. 117, n. 18, p. 4304-4311, Sept. 2011.

CALLEGARI, L. A. A autonomia do médico. In: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. [S.l.]: Athneu, 2011a. p. 215-21.

CALLEGARI, L. A. A autonomia do profissional de enfermagem. In: CALLEGARI, L. A. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011b. p. 223-27.

CAMAROTTI, Maria Henriqueta. **Resiliência: o poder da autotransformação da neurociência à evolução humana**. Brasília: Kiron, 2013.

CAPELLO, Ellen Maria Candido de Souza *et al.* Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade da vida. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-240, 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p235a240.pdf>. Acesso em: 23 maio 2016.

CAPONERO, Ricardo; LAGE, Luciana M. Quimioterapia. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CASWELL, Glenys *et al.* Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 14, n. 35, 2015. Available from: <<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/14/35>>. Access on 23 May 2016.

CONSOLIN, Leonardo de Oliveira. O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. atual. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 214-215. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+O+papel+do+M%C3%A9dico+na+equipe>

+de+Cuidados+Paliativos:+Manual+de+Cuidados+Paliativos&author=Consolim+L&publication_year=2009&pages=214-215>. Acesso em: 23 maio 2016.

COSTA, Laura Emmanuel Lima *et al.* A família frente ao processo de terminalidade e a sua participação nos cuidados paliativos. SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do; MALAGUTTI, William. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 269-279.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

D'ALENCAR, Érica Rodrigues *et al.* Arteterapia no enfrentamento do câncer. **Revista Rene**, v. 14, n. 6, p. 1241-1248, nov. 2013.

EPSTEIN, Andrew S. Current State of the Art and Science of Patient-Clinician Communication in Progressive Disease: Patients' Need to Know and Need to Feel Known. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 31, p.3474-3478, nov. 2014.

EPSTEIN, Andrew S.; MORRISON, R. Sean. Palliative oncology: identity, progress, and the path ahead. **Annals of Oncology**, v. 23, n. 3, p. 43-48, Apr. 2012. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/230611905_Palliative_oncology_Identity_progress_and_the_path_ahead>. Access on 23 May 2016.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston *et al.* Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 269-277, abr.-jun. 2010.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis; BIFULCO, Vera Anita. A Psico-oncologia e o atendimento domiciliar em cuidados paliativos. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, Maria Helena Pereira. A família em Psico-oncologia. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

FREIRE, Moniqui Soares de Sá *et al.* Cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama embasado na Teoria do Relacionamento Interpessoal. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. esp, p. 7209-7214, dez. 2013.

GARCIA, Telma Ribeiro (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**: dos fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GEOVANINI, Fátima; BRAZ, Marlene. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em Oncologia. **Bioética**, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

GERARD, Sally O. *et al.* Past, present, and future trends of master's education in nursing. **Journal of Professional Nursing**, v. 30, n. 4, p. 326–332, Jul.-Aug. 2014. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.01.005>>. Access on 23 May 2016.

GRAINGER, Michelle N. *et al.* Discussing the transition to palliative care: Evaluation of a brief communication skills training program for oncology clinicians. **Palliative & Supportive Care**, v. 8, n. 4, p. 441-447, Dec. 2010.

GRAMLING, Robert E. *et al.* Direct Observation of Prognosis Communication in Palliative Care: A Descriptive Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 45, n. 2, p. 202-212, 2013.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 50-62, ago. 2011.

GUO, Qiaohong; JACELON, Cynthia S.; MARQUARD, Jenna L. An evolutionary concept analysis of palliative care. **Journal of Palliative Care & Medicine**, v. 2, n. 7, 2012. Available from: <<http://www.omicsgroup.org/journals/an-evolutionary-concept-analysis-of-palliative-care-2165-7386.1000127.pdf>>. Access on 23 May 2016.

GURGEL, Polyanna Keitte Fernandes; TOURINHO, Francis Solange Vieira; MONTEIRO, Akemi Iwata. Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 539-543, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300539&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2016.

HALL, Edward T. **A dimensão oculta**. 2. ed. Rio de Janeiro: Arte Moderna Ltda., 1981.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

HILAIRE, Dany Michaella. The need for communication skills training in oncology. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, v. 4, n. 3, p. 168-171, May-June 2013. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093422/>>. Access on 13 May 2016.

HOVING, Ciska *et al.* A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education. **Patient Education and Counseling**, v. 78, n. 3, p. 275-81, Mar. 2010. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093422/>>. Access on 12 May 2016.

HUI, David *et al.* Palliative Oncologists: Specialists in the Science and Art of Patient Care. **Journal of Clinical Oncology**, v. 33, n. 20, p.2314-2317, July. 2015.

HUI, David; BRUERA, Eduardo. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. **Nature Reviews Clinical Oncology**, n. 13, p. 159-171, Nov. 2015. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772864/>>. Access on 13 May 2016.

INCONTRI, Dora. Equipes interdisciplinares em cuidados paliativos – religando o saber o sentir. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 141-148.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf>. Acesso em: 23 maio 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. (Estudos e Análises, 3). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

KISSANE, David W. *et al.* Communication skills training for oncology professionals. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 11, p. 1242-1247, Apr. 2012. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22412145>>. Access on 17 May 2016.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOZIOWSKA, Lena; DOBOSZYŃSKA, Anna. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 18, n. 1, p. 40-46, 2012.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus parentes. 9. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

LEMONS, Conceição Maria Martins de; MORAES, David William; PELLANDA, Lucia Campos. Resiliência em pacientes portadores de cardiopatia isquêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 2, 2016.

LIBERATO, Regina Paschoalucci; CARVALHO, Vicente Augusto de. Psicoterapia. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

LIBERATO, Regina Paschoalucci; CARVALHO, Vicente Augusto de. Terapias integradas à Oncologia. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

LIBERATO, Regina Paschoalucci; MACIEIRA, Rita de Cássia. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 31-39, jan.-abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043>>. Acesso em: 22 maio 2016.

LIPSON, Evan J. Art in oncology: how patients add life to their days. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 10, p. 1392-1393, Apr. 2011.

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

LUSTOSA, Maria Alice; ALCAIRES, Juliana; COSTA, Josie Camargo da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.27-49, dez. 2011.

LYNCH, Thomas; CONNOR, Stephen; CLARK, David. Mapping levels of palliative care development: a global update. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 45, n. 6, jun. 2013. Available from: <[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00334-X/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00334-X/pdf)>. Access on 17 May 2016.

MACIEIRA, Rita de Cássia; PALMA, Rosane Raffaini. Psico-oncologia e cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

MACK, Jennifer W. *et al.* End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. **Annals of Internal Medicine**, v. 156, n. 3, p. 204-210, Feb. 2012. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22312140>>. Access on 12 May 2016.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Ribeirão Preto, São Paulo: Novo Conceito, 2009.

MALLOY, Pam *et al.* Beyond bad news: communication skills of nurses in palliative care. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 12, n. 3, p. 166-174, jun. 2010.

MANOEL, Wilmar José *et al.* Sarcomas de alto grau: estudo retrospectivo de 131 casos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 83-87, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2016.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2016.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. atual. [S.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>>. Acesso em: 23 maio 2016.

MEDEIROS, Marcelo. Pesquisas de abordagem qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 224-229, jun. 2012.

MEIER, Diane E. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. **The Milbank Quarterly**, v. 89, n. 3, p. 343-380, Sept. 2011. Available from: <<http://10.1111/j.1468-0009.2011.00632.dx>>. Access on 28 May 2016.

MERRITT, Michael K.; PROCTER, Nicholas G. Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. **Contemporary Nurse Journal**, v. 34, n. 2, p. 158-166, Feb.-Mar. 2010. Available from: <<http://10.5172/conu.2010.34.2.158>>. Access on 28 May 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, Clara Feldman de; MIRANDA, Márcio Lúcio de. **Construindo a relação de ajuda**. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

MOIR, Cheryl *et al.* Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 21, n. 3, p. 109-112, 2015.

MONDEN, Kimberley R.; GENTRY, Lonnie; COX, Thomas R. Delivering bad news to patients. **Proceedings (Baylor University. Medical Center)**, v. 29, n. 1, p. 101-102, Jan. 2016.

MUNHOZ, Bruna Antenucci *et al.* From one side to the other: what is essential? Perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 12, n. 4, p. 485-491, Dec. 2014. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014RC3091>>. Access on 28 May 2016.

NERY, Inez Sampaio *et al.* Percepção de enfermeiras sobre as relações interpessoais na consulta de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 29-35, jan.-abr. 2012.

NGO-METZGER, Quyen; SRINIVASAN, Malathi; LIAO, Solomon. End-of-life care: guidelines for patient-centered communication. **American Family Physician**, v. 77, n. 2, p. 167-174, Jan. 2008.

NYATANGA, Brian. Empathy in palliative care: is it possible to understand another person? **International Journal of Palliative Nursing**, v. 19, n. 10, p. 471-471, 2013.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2013.

PEÇANHA, Dóris Lieth Nunes. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

PEIXOTO, Isabela C. *et al.* Análise do perfil dos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura atuais: verificação da demanda por cuidados paliativos em hospital universitário. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, supl. 1, p. 53-63, 2011.

PEPLAU, Hildegard E. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons, 1952. In: TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. **Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5. ed. Portugal: Lusociência, 2004.

PEPLAU, Hildegard E. *Interpersonal relations in nursing*. Nova York: Putnam's, 1952. In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008.

PETERSON, Aline Azevedo; CARVALHO, Emília Campos de. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-697, ago. 2011.

PINHEIRO, Thais Raquel S. P.; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; BLASCO, Pablo González. O médico como fator de humanização dos cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

PINTO, Ariane Costa *et al.* A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista Saúde.Com**, v. 11, n. 2, p. 114-122, 2015.

RECTOR, Mônica; TRENTA, Aluizio Ramos. **Comunicação do corpo**. São Paulo: Ática, 1990.

ROCHA, Michelle Daiane da Silva; SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do. A interdisciplinaridade: um caminho para o cuidado integral à pessoa em cuidados paliativos. In: SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do; MALAGUTTI,

William. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 353-363.

RODRIGUES, Fernanda Silva de Souza; POLIDORI, Marlis Morosini. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 619-627, 2012.

RODRIGUES, Michele Viviane de Carvalho; FERREIRA, Eliane Dias; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidades de cura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 86-91, jan.-mar. 2010.

RODRIGUEZ, Maria Inês Fernandez. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2014.

SALES, Catarina Aparecida *et al.* Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 616-621, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.12160>>. Acesso em: 23 maio 2016.

SALES, Catarina Aparecida *et al.* Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 736-42, 2012.

SALES, Catarina Aparecida *et al.* O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Revista Rene**, v. 15, n. 4, p. 659-667, jul.-ago. 2014.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011.

SCHIMIDT, Teresa Cristina Gioia; SILVA, Maria Julia Paes da. Reconhecimento dos aspectos tacênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.426-432, abr. 2013.

SILVA, Cristiane Schumann *et al.* *Coping* espiritual e cuidados paliativos. In: SILVA, Cristiane Schumann *et al.* **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 19.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio**: comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

SILVA, Maria Julia Paes da; ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampl. atual. [S.l]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>>. Acesso em: 23 maio 2016.

SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do; MALAGUTTI, William. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, Rogério Santos *et al.* Fatores de risco de complicações pulmonares em pacientes com sarcoma após toracotomia para a ressecção de nódulos pulmonares. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 707-715, nov.-dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2016.

SOUZA, A. S. D.; SARAN, D. S. A comunicação como ferramenta de apoio a pacientes terminais. *Revista Internacional de Ciências Sociais Aplicadas*, **Comunicação & Mercado**, Unigran, Dourados, MS, v. 1, n. 3, p. 8-14, jul.-dez. 2012.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Marta Raile. **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5. ed. Portugal: Lusociência, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

VEIT, Maria Teresa Veit; BARROS, Luciana Holtz de Camargo. Intervenções em Psico-oncologia em instituições. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 362-372.

WAKIUCHI, Julia *et al.* Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 202-208, 2015.

WALLEN, Gwenyth R. *et al.* Palliative care outcomes in surgical oncology patients with advanced malignancies: a mixed methods approach. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 3, p. 405-415, Apr. 2012.

WARNOCK, Clare. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. **Nursing Standard**, v. 28, n. 45, p. 51-58, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005417>>. Acesso em: 02 maio 2016.

WENTLANDT, Kirsten *et al.* Preparation for the end of life in patients with advanced cancer and association with communication with professional caregivers. **Psycho-Oncology**, v. 21, n. 8, p. 868-876, Aug. 2012.

WITTENBERG-LYLES, Elaine; GOLDSMITH, Joy; PLATT, Christine Small. Palliative Care Communication. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 30, n. 4, p. 280-286, Nov. 2014. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361880>>. Access on 28 May 2016.

WORLD Health Organization (WHO). **WHO Definition of Palliative Care**. Geneva: WHO, 2010. Available from: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Access on 11 May 2016.

APÊNDICE 1 – BUSCA EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nome:..... Registro:.....

Idade:..... Sexo: M () F ()

Diagnóstico médico:.....

Data da admissão no programa de Oncologia:...../...../.....

Atualmente em acompanhamento: () ambulatorial () regime de internação

Termos correspondentes ao avanço da patologia:

- () avançado () aumento () inoperável () irressecável ou sem abordagem terapêutica
- () não responderam ao tratamento com radioterapia
- () não responderam ao tratamento com quimioterapia
- () não responderam ao tratamento com cirurgia
- () reinternação por intercorrências do câncer avançado em menos de seis meses
- () metástases à distância
- () síndromes paraneoplásicas

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto da pesquisa **Comunicação Interpessoal em Cuidados Paliativos: Um Estudo à Luz da Teoria de Peplau**, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Irení Zapalowski Galvão.

A pesquisa tem por objetivo, analisar como se dá a comunicação entre a equipe de profissionais da Oncologia, com os pacientes e seus familiares em uma unidade de Oncologia do Hospital SARAH, a fim de oferecer uma assistência de qualidade. É através das pesquisas que ocorrem ganhos na área da saúde, e sua participação é de fundamental importância.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. A sua participação nesta pesquisa será em responder as perguntas que serão realizadas na forma de entrevista, que será gravada e algumas questões que serão escritas pela pesquisadora. A entrevista será realizada no hospital, no dia e horário que for melhor para o entrevistado. Suas respostas serão tratadas de forma secreta, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, seu nome será substituído por código.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é da possibilidade de dano no sentido psicológico, pelo fato de lembrar vivências e de mexer com sentimentos durante a entrevista. Para diminuir esse risco a entrevista ocorrerá em local reservado garantindo a privacidade e o sigilo das informações. Será oferecido momento de escuta terapêutica demonstrando compreensão e atenção com o participante.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum

prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas à participação do projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano ou problema resultante de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão guardados com a pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Maria Irení Zapalowski Galvão, no Programa de Oncologia no telefone fixo, número (061) 3319 1312 no horário das 7h às 16h nos dias úteis e/ou demais horários no telefone móvel (061) 91590899.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais. O CEP é formado por profissionais de diferentes áreas que tem o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome /assinatura do Participante

Nome /assinatura

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIAR



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto da pesquisa **Comunicação Interpessoal em Cuidados Paliativos: Um Estudo à Luz da Teoria de Peplau**, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Irení Zapalowski Galvão.

A pesquisa tem por objetivo, analisar como se dá a comunicação entre a equipe de profissionais da Oncologia, com os pacientes e seus familiares em uma unidade de Oncologia do Hospital SARAH, a fim de oferecer uma assistência de qualidade. É através das pesquisas que ocorrem ganhos na área da saúde, e sua participação é de fundamental importância.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. A sua participação nesta pesquisa será em responder as perguntas que serão realizadas na forma de entrevista, que será gravada e algumas questões que serão escritas pela pesquisadora. A entrevista será realizada no hospital, no dia e horário que for melhor para o entrevistado. Suas respostas serão tratadas de forma secreta, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, seu nome será substituído por código.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é da possibilidade de dano no sentido psicológico, pelo fato de lembrar vivências e de mexer com sentimentos durante a entrevista. Para diminuir esse risco a entrevista ocorrerá em local reservado garantindo a privacidade e o sigilo das informações. Será oferecido momento de escuta terapêutica demonstrando compreensão e atenção com o participante.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum

prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas à participação do projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano ou problema resultante de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão guardados com a pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Maria Irení Zapalowski Galvão, no Programa de Oncologia no telefone fixo, número (061) 3319 1312 no horário das 7h às 16h nos dias úteis e/ou demais horários no telefone móvel (061) 91590899.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais. O CEP é formado por profissionais de diferentes áreas que tem o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome /assinatura do Participante

Nome /assinatura

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – EQUIPE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa **Comunicação Interpessoal em Cuidados Paliativos: Um Estudo à Luz da Teoria de Peplau**, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Irení Zapalowski Galvão.

A pesquisa tem por objetivo, analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe interprofissional, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares em uma unidade de Oncologia do Hospital SARAH, a fim de identificar estratégias que favoreçam a prestação do cuidado humanizado. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde, e sua participação é de fundamental importância.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas que serão realizadas sob a forma de entrevista, que será gravada e algumas questões serão registradas em impresso próprio pela pesquisadora. A entrevista será realizada no ambiente hospitalar, no dia e horário de conveniência do entrevistado. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua identidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por código.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é da possibilidade de dano à dimensão psicológica do ser humano, pelo fato de recordar vivências e de mobilizar sentimentos durante a entrevista. Para minimizar esse risco a entrevista ocorrerá em ambiente reservado garantindo a privacidade e o sigilo das informações. Será oportunizado momento de escuta terapêutica demonstrando atenção e compreensão com o participante.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem

nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Maria Irení Zapalowski Galvão, no Programa de Oncologia no telefone fixo, número (061) 3319 1312 no horário das 7h às 16h nos dias úteis e /ou demais horários no telefone móvel (061) 91590899.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h às 12h e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome /assinatura do Participante

Nome /assinatura
Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PACIENTE

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

Parte I: Perfil do Participante

P (participante): _____ Sexo: () M () F Idade: _____

Registro: _____

Admissão no programa de Oncologia: ____/____/____

Diagnóstico médico: _____

Estado Civil

- () Casado (a)
- () Solteiro (a)
- () Viúvo (a)
- () União estável
- () Separado/divorciado

Crença Religiosa

- () Católico
- () Protestante (evangélico)
- () Espirita
- () Candomblecista
- () Umbanda
- () Sem religião
- () Ateu
- () Judaísmo
- () Outras religiosidades – Qual?

Escolaridade

- Não sabe ler e nem escrever
- ensino fundamental completo
- ensino fundamental incompleto
- ensino médio completo
- ensino médio incompleto
- Nível superior completo
- Nível superior incompleto
- Pós-graduação

Parte II: Entrevista em Profundidade - Paciente**Fase Orientação**

- 1- Me fale sobre o motivo da sua internação. Quando você se reinternar, sempre sabe o por que isso está acontecendo? Que profissional em geral recebe você e seu familiar na enfermaria? Que informações são dadas neste momento? Você sempre entende tudo o que é explicado? Por exemplo, sabe dizer o que irá acontecer a partir daquele momento com você e seu tratamento? Me fale com mais detalhes sobre isso.

Fase Identificação

- 2- Considerando as suas necessidades de saúde, para qual profissional da equipe você mais pede ajuda? Existe algum profissional que você mais gosta de conversar? O que esse profissional tem de diferente dos outros? Sobre o que vocês costumam conversar?

Fase Exploração

- 3- O que você sabe sobre o seu caso? Quem lhe falou? De que forma essa informação lhe foi dita? Quando? Onde? Quem estava presente nesse momento? Teve alguma coisa que você não entendeu na conversa, e não teve coragem de perguntar? Como você se sentiu nesse momento? A partir do momento que você foi informado sobre a sua doença, mudança de tratamento, você mudou alguma coisa em sua vida, em sua rotina? O que?
- 4- Existe algum assunto especial, que você gostaria muito que fosse falado/explicado

pela equipe, mas ninguém fala? Qual? Por quê?

Fase Resolução

- 5- As suas necessidades durante a internação foram atendidas/resolvidas? Por que você diz isso? Explique melhor.

- 6- O que você diria sobre a equipe de profissionais da saúde que lhe atende?

- 7- Como você gostaria que a equipe de profissionais conversasse com você? Você acha que há algo que depende dos profissionais para melhorar essa comunicação? Há algo que depende de você? Há algo que depende do seu familiar?

APÊNDICE 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA- FAMILIAR

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

Parte I: Perfil do Participante

- 1- P (participante): _____ Sexo: () M () F Idade: _____
- 2- Grau de familiaridade: _____
- 3- Há quanto tempo acompanha o paciente: _____
- 4- Diagnóstico médico do paciente: _____

5- Estado Civil

- Casado (a)
 Solteiro (a)
 Viúvo (a)
 União estável
 Separado/divorciado

6- Crença Religiosa

- Católico
 Protestante (evangélico)
 Espirita
 Candomblecista
 Umbanda
 Sem religião
 Ateu
 Judaísmo
 Outras religiosidades – Qual?

7- Escolaridade

- Não sabe ler e nem escrever
- ensino fundamental completo
- ensino fundamental incompleto
- ensino médio completo
- ensino médio incompleto
- Nível superior completo
- Nível superior incompleto
- Pós-Graduação

Parte II: Entrevista em Profundidade - Familiar

Fase Orientação

- 1- Me fale sobre o motivo da internação de seu familiar. Em caso de reinternações, você sempre compreender bem o motivo do fato? Que profissional costuma receber você e seu familiar na enfermaria? Que informações são fornecidas neste momento? Você considera que elas são suficientes para você entender o que vai acontecer com o seu familiar durante a internação? Por quê? Me fale um pouco mais sobre esse momento.

Fase Identificação

- 2- Considerando as necessidades de saúde de seu familiar qual profissional da equipe você mais pede ajuda? Existe algum profissional que você mais gosta de conversar? O que esse profissional tem de diferente dos outros? Sobre o que vocês costumam conversar?

Fase Exploração

- 3- O que já lhe foi dito sobre a doença de seu familiar? Que profissional falou com você sobre o assunto? De que forma essa informação lhe foi dada? Quando? Onde? Quem estava presente nesse momento? Teve alguma coisa que você não entendeu na conversa, e não teve coragem de perguntar? Como você se sentiu nesse momento? A partir do momento que você foi informado sobre a sua doença, mudança de tratamento, você mudou alguma coisa em sua vida, em sua rotina? O que?
- 4- Existe algum assunto especial que você gostaria muito que fosse falado/explicado pela equipe, mas ninguém fala? Qual? Por quê?

Fase Resolução

- 5- Você considera que as suas necessidades e de seu familiar são atendidas/resolvidas durante a internação? Por que você acha isso? Me fale um pouco mais sobre isso.

- 6- O que você diria sobre a equipe de profissionais da saúde que atende o seu familiar ? E você? Como tem sido atendido?

- 7- Como você gostaria que a equipe de profissionais conversasse com você? Há algo que depende dos profissionais para melhorar essa conversa? Há algo que depende de você? Há algo que depende do seu familiar?

APÊNDICE 7 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – EQUIPE

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUÇÃO EM ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

Parte I: Perfil do Participante

- 1- P (participante): _____ Sexo: () M (F Idade: _____
- 2- Profissão: _____
- 3- Qual o ano de formação: _____
- 4- Há quanto tempo presta atendimento na área de Oncologia: _____

- 5- Estado Civil
 - () Casado (a)
 - () Solteiro (a)
 - () Viúvo (a)
 - () União estável
 - () Separado/divorciado

- 6- Crença Religiosa
 - () Católico
 - () Protestante (evangélico)
 - () Espirita
 - () Candomblecista
 - () Umbanda
 - () Sem religião
 - () Ateu
 - () Judaísmo
 - () Outras religiosidades – Qual?

Parte II: Entrevista em Profundidade – Equipe

Fase Orientação

- 1- Me fale como você costuma conduzir o momento da internação do paciente/familiar na enfermaria? Na sua opinião, acontece alguma situação que mereça destaque especial? Por favor, relate. Explique porque ela foi especial. Há situações/comportamentos que são comuns nos pacientes/familiares?
- 2- Me fale sobre a comunicação do diagnóstico/tratamento/prognóstico da doença ao paciente/familiar. Quais são as maiores dificuldades na comunicação desses assuntos? Existe alguma situação que você considere mais difícil de ser comunicada que outras? Quais? Por quê? Nessas situações, como você se sente?

Fase Identificação

- 3- Seus pacientes tem você como pessoa de referência durante o processo de internação? Por que você acha isso? Você identifica entre os colegas de equipe, algum outro profissional que seja referência para os pacientes? Por quê? Relate alguma situação que exemplifique isso.

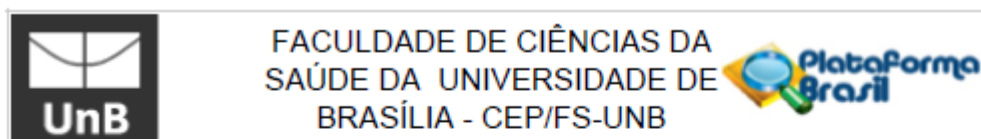
Fase Exploração

- 4- Considerando as necessidades expressas pelos pacientes/familiares frente ao processo saúde/doença, como você costuma conduzir para solução dessas demandas? Existe alguma estratégia especial de comunicação que você adota com eles? Fale um pouco mais detalhadamente sobre esse caso.
- 5- Você considera que as informações fornecidas aos pacientes/familiares são suficientes para que eles possam compreender a situação que estão vivendo? Por quê? Explique melhor.

Fase Resolução

- 6- Em algum momento da sua graduação teórico/prática, você recebeu treinamento para desenvolver a habilidade comunicacional? Me fale sobre isso. E após a sua graduação? Como acha que poderia melhorar essa habilidade? Há alguma ação que dependa exclusivamente de você? Há alguma ação que dependa de outros? Quem? Explique.

ANEXO 1 – PARECER CONSUSBTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Comunicação com Pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas de Cura: Limites e Possibilidades

Pesquisador: Maria Ireni Zapalowski Galvao

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42277015.7.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.190.756

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

O ato de comunicar-se é intrínseco à natureza humana. Envolve competência interpessoal nas relações, além de constituir um processo vital capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas. A comunicação e o relacionamento interpessoal, o controle da dor e sintomas e trabalho em equipe constitui a tríade que sustenta os cuidados paliativos destinados a melhorar a qualidade de vida dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e dos seus familiares (Silva, 2006; Pereira 2008). Objetivo: analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe interprofissional, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares em uma unidade de oncologia do Hospital SARAH. Método: estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentada no método da fenomenologia e apoiada pelo referencial teórico das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Na coleta de dados serão utilizados três instrumentos: o primeiro composto de questões fechadas que visa delinear o perfil dos participantes; o segundo será composto por uma entrevista individual em profundidade, que objetiva conhecer a problemática em foco por meio das percepções e vivências dos participantes e o terceiro consistirá no emprego da técnica da observação participante. O estudo será desenvolvido na Rede SARAH de hospitais de reabilitação, unidade Sarah Centro, localizado em Brasília/DF, no programa de oncologia. Os participantes do estudo serão membros da equipe interprofissional que atuam no Programa de Oncologia, pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares. O projeto de estudo será

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.190.756

submetido ao Comitê de Ética em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Para a análise dos dados será empregado à técnica de análise de conteúdo com auxílio do programa "Analyse Lexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte" (ALCESTE). Resultados Esperados: a pesquisa acrescentará benefícios no processo de cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, aos seus familiares e a equipe interprofissional. Identificará ainda, os limites e as possibilidades do processo comunicacional frente ao processo de cuidar no contexto da unidade de oncologia. Pretende também, contribuir com informações para a formação de recursos humanos e políticas de saúde voltadas para esses pacientes. Descritores: comunicação, cuidados paliativos, terminalidade, enfermagem. Descritor não controlado "Peplau".

"A seleção dos pacientes se dará através da análise retrospectiva dos prontuários eletrônicos, em evolução médica e resultados/laudos de exames radiológicos, que tenham os seguintes termos correspondentes ao avanço da patologia no registro do prontuário: aumento, surgimento de novas lesões, avançado, inoperável, irrisecável ou sem abordagem terapêutica, recidivado, que não responderam ao tratamento com radioterapia ou quimioterapia, cirurgia oncológica paliativa, quimioterapia paliativa e progressão da doença"

"Critério de Inclusão:

- Equipe interprofissional: enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, médico, assistente social, oncologistas, fonoaudiólogo, que atuam no programa de oncologia, que consentirem em participar do estudo e que exerçam atividades no setor a mais de 6 meses. A eleição desse critério visa subsidiar fontes primárias de informações, para compreensão detalhada do objeto de estudo no contexto em que este se encontra inserido.
- Pacientes: a seleção dos pacientes se dará através da análise retrospectiva dos prontuários eletrônicos, em evolução médica e resultados/laudos de exames radiológicos, que tenham os seguintes termos correspondentes ao avanço da patologia no registro do prontuário: aumento, surgimento de novas lesões, avançado, inoperável, irrisecável ou sem abordagem terapêutica, recidivado, que não responderam ao tratamento com radioterapia ou quimioterapia, cirurgia oncológica paliativa, quimioterapia paliativa e progressão da doença (Apêndice 8). Após esta seleção, serão convidados os pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos e que consentirem em participar do estudo.
- Familiares: Pessoas que acompanham com frequência o paciente fora de possibilidades terapêuticas durante as internações, maiores de 18 anos e que consentirem em participar do estudo.

Critério de Exclusão:

- Profissionais: enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, médico, assistente social, oncologista, fonoaudiólogo que não aceitarem participar da pesquisa; que não autorizarem a gravação da entrevista; que atuam no programa de oncologia há menos de 6 meses.
- Pacientes: menores de 18 anos, acompanhados apenas em nível ambulatorial, com alterações cognitivas e que não sejam capazes de responder aos questionamentos, que não obedeçam aos critérios de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura; que não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.190.756

autorizarem a gravação da entrevista.

• Familiares: que não acompanham com frequência o período de internação do paciente, menores de 18 anos e que não autorizarem a gravação da entrevista."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe interprofissional, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e seus familiares em uma unidade de oncologia do Hospital SARAH, a fim de identificar estratégias que favoreçam a prestação do cuidado humanizado.

Objetivo Secundário:

•Identificar as necessidades da equipe interprofissional frente ao processo de comunicação com pacientes e de seus familiares;• Apreender as necessidades dos pacientes frente ao processo de comunicação;•Apreender as necessidades dos familiares frente ao processo de comunicação;•Identificar os limites e as possibilidades do processo comunicacional dos três atores sociais frente ao contexto institucional do processo de cuidar."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios, segundo o pesquisador:

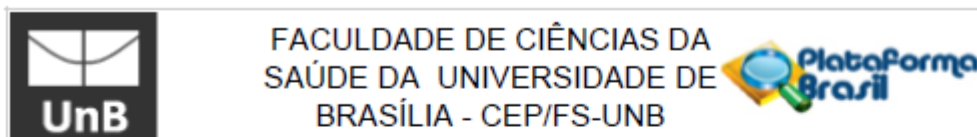
"Riscos:

A participação dos envolvidos no estudo não acarretará custos para o participante e apresenta risco de dano à dimensão psicológica do ser humano, pelo fato de recordar vivências e de mobilizar sentimentos durante a entrevista. Para minimizar esse risco a entrevista ocorrerá em ambiente reservado garantindo a privacidade e o sigilo das informações. Será oportunizado momento de escuta terapêutica demonstrando atenção e compreensão com o participante. Além de ser apresentado pela pesquisadora a descrição dos objetivos da pesquisa e de como se procederá a entrevista;- será solicitado à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Benefícios:

Espera-se que a pesquisa acrescente benefícios no processo de cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, aos seus familiares e a equipe interprofissional. Considerando-se que são ainda incipientes as ações disponibilizadas aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura nos serviços de saúde, tanto sob o ponto de vista quantitativo e como qualitativo. Pretende favorecer uma reflexão crítica da equipe interprofissional frente ao processo de comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e de seus familiares. Além disso, identificar os limites e as possibilidades do processo comunicacional frente ao processo de cuidar no contexto da unidade de oncologia. Dessa forma, espera-se contribuir com informações para a formação de recursos humanos e políticas de saúde voltadas para esses

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.190.756

pacientes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UnB, sob orientação da Profa. Moema da Silva Borges, conforme página 1 de 47, do projeto detalhado "Projeto de Pesquisa.docx", postado em 19/05/15.

Serão 17 participantes de pesquisa, dos quais 7 serão da Equipe Interprofissional, 5 serão Familiares e 5 serão pacientes. Todos serão submetidos a Entrevista e observação.

Haverá acesso a prontuários dos participantes de pesquisa.

Haverá transcrição de gravações.

Instrumentos de coletas de dados (Roteiro de Entrevista Semiestruturada - Perfil do Participante, Entrevista em Profundidade - Observação Participante, Busca em Prontuário Eletrônico de Pacientes Oncológicos) são apresentados como apêndices no "Projeto de Pesquisa.docx", postado em 19/05/2015.

Apresenta como instituição coparticipante a Rede Sarah.

No Cronograma de Execução, tanto do projeto detalhado quanto do projeto da Plataforma Brasil, as etapas de "Execução do Projeto" e "Coleta de Dados" são apresentadas para o período entre julho de 2015 e setembro de 2015.

Orçamento financeiro no valor total de R\$ 1.285,00, consistindo de materiais de papelaria, reprografia, encadernação, gravador, internet e correção ortográfica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados em atendimento às pendências apontadas no parecer No. 1.100.587:

Carta em resposta às pendências apontadas pelo CEP no parecer No. 1.100.587, assinado pela pesquisadora responsável - "Carta de resposta a pendências CEP.pdf", postado em 04/07/2015;

Termo de autorização para acesso a prontuários dos pacientes oncológicos para fins de pesquisa, assinado pela diretora executiva da Associação da Pioneiras Sociais, Luciana Rossi, e pela pesquisadora responsável - "Termo Acesso a prontuários.pdf", postado em 04/07/2015;

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_461135.pdf", postado em 04/07/2015.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no parecer No. 1.100.587:

1. Quanto à instituição coparticipante, a Rede Sarah:

1.a) Termo de Concordância da instituição coparticipante, Rede Sarah. PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.190.756

1.b) Solicita-se inseri-la novamente como instituição coparticipante de forma a vinculá-la ao CEP da Associação das Pioneiras Sociais-DF/ Rede Sarah. Dessa forma, o protocolo de pesquisa será automaticamente replicado pela Plataforma Brasil naquele CEP para análise e aprovação. **PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA**

Foi realizada a inserção da instituição coparticipante bem como de seu vínculo com o CEP da Associação das Pioneiras Sociais-DF/Rede Sarah. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

1.c) Não foi apresentado termo de ciência do setor responsável pelo acesso a prontuários. **PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA**

Termo de autorização para acesso a prontuários dos pacientes oncológicos para fins de pesquisa adequado foi apresentado. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

2. Quanto ao TCLE:

2.a) No terceiro parágrafo, página 1 de 2, lê-se: "Não trará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira para participação nesta pesquisa. A pesquisa apresenta risco mínimo, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar com a equipe."

2.a.1) Foi explicitada garantia de ressarcimento de despesas, conforme item IV.3, subitem "g", da Resolução. CNS 466/2012. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

2.a.2) Foram explicitados riscos, bem como formas de minimizá-los. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

2.b) Foi informado o que é e qual o papel do CEP, bem como foi realizada a atualização dos dados de contato do CEP/FS. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

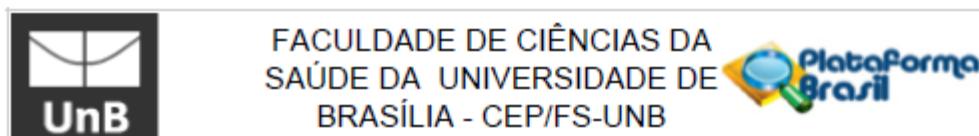
2.c) Foi substituído o termo "cópia" por "via" (Res. CNS 466/2012, item IV.3, subitem "f", e item IV.5, subitem "d"). **PENDÊNCIA ATENDIDA**

2.d) As páginas do TCLE foram numeradas. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

3) O cronograma de execução foi atualizado no projeto detalhado e no projeto da Plataforma Brasil. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.190.756

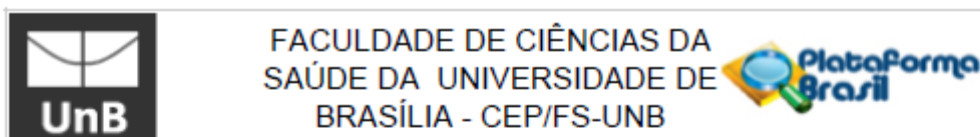
Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução CNS 466/12, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Planilha de Orçamento.doc	02/02/2015 21:02:38		Aceito
Outros	Termo Autorização de Som de Voz.doc	02/02/2015 21:03:44		Aceito
Outros	Termo de Responsabilidade e Compromisso.pdf	05/02/2015 22:15:58		Aceito
Outros	Termo de concordancia inst proponente.pdf	05/02/2015 22:22:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	05/02/2015 22:23:42		Aceito
Outros	Carta coordenador CEP.pdf	05/02/2015 22:59:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_461135.pdf	05/02/2015 23:07:25		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Moema da Silva Borges).pdf	09/02/2015 22:46:30		Aceito
Outros	Carta de resposta a pendências CEP.pdf	04/07/2015 12:42:27		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_461135.pdf	04/07/2015 12:48:01		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_461135.pdf	22/02/2015 20:30:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa_.docx	19/05/2015 22:47:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo1 TCLE - Equipe Interprofissional.docx	19/05/2015 22:48:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo 3 TCLE - Familiar.docx	19/05/2015 22:48:57		Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.190.756

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo 2 TCLE - Paciente.docx	19/05/2015 22:49:22		Aceito
Outros	declaração sarah.pdf	19/05/2015 22:54:44		Aceito
Outros	CartaRespPendencias CEPFS.pdf	19/05/2015 23:41:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_461135.pdf	19/05/2015 23:42:45		Aceito
Outros	Termo Acesso a prontuários.pdf	04/07/2015 12:41:08		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com