



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM  
SAÚDE - PPGCTS**

**JOHNATA DA CRUZ MATOS**

**“COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM  
INSTRUMENTO PARA A QUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR”**

**BRASÍLIA – DF  
2019**

**JOHNATA DA CRUZ MATOS**

**“COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM INSTRUMENTO PARA A QUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia – FCE pela Universidade de Brasília – UnB como requisito final para obtenção do título de Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de Concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de Pesquisa: Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Maria Ferreira Guimarães.

**BRASÍLIA – DF  
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dc DA CRUZ MATOS, JOHNATA  
Comunicação interpessoal em cuidados paliativos: Um  
instrumento para a qualidade no processo de cuidar /  
JOHNATA DA CRUZ MATOS; orientador SILVIA MARIA FERREIRA  
GUIMARAES. -- Brasília, 2019.  
163 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências e Tecnologias em  
Saúde) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. 2.  
Comunicação em Saúde. 3. Relações interpessoais. 4. Filosofia  
em enfermagem. 5. Assistência à Saúde. I. MARIA FERREIRA  
GUIMARAES, SILVIA, orient. II. Título.

**JOHNATA DA CRUZ MATOS**

**“COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM INSTRUMENTO PARA A QUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia – FCE pela Universidade de Brasília – UnB como requisito final para obtenção do título de Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde.

**Banca Examinadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães (Presidente)  
Universidade de Brasília (FCE/UnB)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Antonia de Jesus Angulo Tuesta (1<sup>a</sup> Examinadora)  
Universidade de Brasília (FCE/UnB)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Andreia Guedes Oliva Fernandes (2<sup>a</sup> Examinadora)  
Centro Universitário Euro-Americano - UNIEURO**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Talita de Cássia Raminelli da Silva (3<sup>a</sup> Examinadora)  
Centro Universitário Euro-Americano - UNIEURO**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Glauce Araújo Ideião Lins (Membro Suplente)  
Hospital Universitário de Brasília – HUB**

**BRASÍLIA – DF, 04 DE DEZEMBRO DE 2019**



**“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida”  
Cicely Saunders**

**“Não há riqueza maior que a saúde do corpo, nem contentamento maior que a alegria do coração. É melhor a morte do que uma vida amarga e o descanso eterno, mais que uma doença prolongada.”  
Eclesiástico 30, vers.16-17**

## **Filosofia, prazer e morte**

“Diz Cícero que filosofar não é outra coisa senão preparar-se para a morte. Isso, talvez, porque o estudo e a contemplação tiram a alma para fora de nós, separam-na do corpo, o que, em suma, se assemelha à morte e constitui como que um aprendizado em vista dela. Ou então seria porquê de toda sabedoria e inteligência resulta finalmente que aprendemos a não ter receio de morrer. Em verdade, ou nossa razão falha ou seu objetivo único deve ser a nossa própria satisfação, e seu trabalho tender para que vivamos bem, e com alegria, como recomenda a Sagrada Escritura.

Todas as opiniões propõem que o prazer é a meta da vida, mas diferem no que concerne aos meios de atingir o alvo. E se assim não fosse, as repeliríamos de imediato, por que daria ouvido a alguém que apontasse na pena e no sofrimento os objetivos da existência? A esse respeito, as dissensões entre as seitas filosóficas são puro palavrório (...); em tais discussões entra mais obstinação e picuinha do que convém à ciência tão respeitável. Mas em qualquer papel que se proponha desempenhar põe o homem um pouco de si mesmo.

Digam o que disserem, na própria prática da virtude o fim visado é a volúpia. E agrada-me repetir essa palavra pronunciada constrangidos. E se significa prazer supremo e extremada satisfação melhor se deva ela à virtude do que a qualquer outra causa, pois a volúpia, robusta e viril, é a mais seriamente voluptuosa.

E deveríamos chamá-la prazer, denominação mais feliz e mais natural, do que a de vigor que lhe damos.

(...) um dos principais benefícios da virtude está no desprezo que nos inspira pela morte, o que nos permite viver em doce quietude e faz com que se desenrole agradavelmente e sem preocupações nossa existência. E, sem esses sentimentos, toda volúpia é sem encanto. Eis por que todos os sistemas filosóficos concordam nesse ponto e para ele convergem.

Embora todos se entendam igualmente em nos recomendar o desprezo à dor, à pobreza e a outros acidentes a que está sujeita a vida humana, nem todos o fazem com igual cuidado, ou porque tais acidentes não nos atingem forçosamente (...), ou porque, na pior das hipóteses, pode a morte, quando quisermos, pôr fim aos nossos males. E ela própria é inevitável.

(...) não sabemos onde a morte nos aguarda, esperemo-la em toda parte. Meditar sobre a morte é meditar sobre a liberdade; quem aprendeu a morrer, desaprendeu de servir, nenhum mal atingirá quem na existência compreendeu que a privação da vida não é um mal; saber morrer nos exime de toda sujeição e constrangimento.”

***Michel de Montaigne***

## **Carta sobre a felicidade (a Meneceu)**

(...) acostuma-te à ideia de que a morte para nós não é nada, visto que todo bem e todo mal residem nas sensações, e a morte é justamente a privação das sensações. A consciência clara de que a morte não significa nada para nós proporciona a fruição da vida efémera, sem querer acrescentar-lhe tempo infinito e eliminando o desejo de imortalidade.

Não existe nada de terrível na vida para quem está perfeitamente convencido de que não há nada de terrível em deixar de viver. É tolo portanto quem diz ter medo da morte, não porque a chegada desta lhe trará sofrimento, mas porque o aflige a própria espera: aquilo que não nos perturba quando presente não deveria afligir-nos enquanto está sendo esperado.

Então, o mais terrível de todos os males, a morte, não significa nada para nós, justamente porque, quando estamos vivos, é a morte que não está presente; ao contrário, quando a morte está presente, nós é que não estamos. A morte, portanto, não é nada, nem para os vivos, nem para os mortos, já que para aqueles ela não existe, ao passo que estes não estão mais aqui. E, no entanto, a maioria das pessoas ora foge da morte como se fosse o maior dos males, ora a deseja como descanso dos males da vida.

O sábio, porém, nem desdenha viver, nem teme deixar de viver; para ele, viver não é um fardo e não-viver não é um mal.

Quem aconselha o jovem a viver bem e o velho a morrer bem não passa de um tolo, não só pelo que a vida tem de agradável para ambos, mas também porque se deve ter exatamente o mesmo cuidado em honestamente viver e em honestamente morrer.

(...) Nunca devemos nos esquecer de que o futuro não é nem totalmente nosso, nem totalmente não-nosso, para não sermos obrigados a esperá-lo como se estivesse por vir com toda a certeza, nem nos desesperarmos como se não estivesse por vir jamais.

“Tu, que não és senhor do teu amanhã, não adies o momento de gozar o prazer possível. Consumimos nossa vida a esperar e morremos empenhados nessa espera pelo prazer.”

**Epicuro**

**“[...] mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. [...]**

**Rubem Alves**

Dedico este estudo a todos os pacientes e seus familiares, que mesmo diante da iminente terminalidade da vida, buscam a todo custo manter a fé e a esperança, na tentativa de viver com possíveis alegrias e qualidade de vida os seus últimos momentos. E, também a todos os profissionais que lutam, sofrem e vivem a dor do próximo como sendo sua, mas se fazem fortes para tentar oferecer uma finitude digna e com qualidade de vida e de morte.

Dedico ainda ao meu filho Pedro Victor, que deu um novo sentido na minha vida e faz com que eu queira ter uma vida plena e feliz ao seu lado por muitos anos ainda.

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

### **INVICTUS**

*Dentro da noite que me rodeia, negra como um poço de lado a lado.  
Agradeço aos deuses que existem por minha alma indomável  
Sob as garras cruéis das circunstâncias, eu não tremo e nem me desespero sob os  
duros golpes do acaso. Minha cabeça sangra, mas continua erguida  
Mais além deste lugar de lágrimas e ira, jazem os horrores da sombra.  
Mas a ameaça dos anos me encontra e me encontrará, sem medo.  
Não importa quão estreito o portão. Quão repleta de castigo a sentença.  
Eu sou o senhor de meu destino. Eu sou o capitão de minha alma.*

**(William Ernest Henley)**

Por mais que possa parecer egoísmo e presunção, na verdade é reconhecimento, valorização e amor próprio. Então eu agradeço a mim mesmo por não desistir, mesmo diante de tantas portas fechadas, cartas marcadas e pessoas me fazendo crer que eu não era bom o suficiente. Parabéns pela coragem.

***“...eu não conhecia minha própria força. Sobrevivi ao meu tempo mais sombrio. Minha fé se manteve viva. Eu me tomei de volta. Levantei minha cabeça bem alto. Eu não fui feito para falhar...”***

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

*“Era uma vez, um lugarzinho tão pequeno onde todos se conheciam.  
Nesse lugar morava uma rosa. Uma linda e imponente rosa.  
Todos conheciam a rosa e a admiravam por ela ser bondosa, gentil e inteligente.  
Certo dia, em uma manhã fria de fevereiro, com ares de chuva fina e um vento leve e agradável, a rosa conheceu uma linda criatura que até então acreditava que nunca encontraria. Um lindo beija-flor.  
Vindo de um lugar distante, a rosa ficou deslumbrada com a sua beleza e inteligência, mas principalmente com seu voo.  
O beija-flor se aproxima da rosa, e lhe apresentou o amor.  
E enquanto todos diziam que a rosa não poderia amar o beija-flor, o beija-flor retirou da rosa todo o medo do escuro e do inverno sombrio dizendo que o frio é apenas uma fase ruim. E que a rosa era a flor mais linda e forte do jardim. O beija-flor contagiou a rosa com seu espírito aventureiro.  
E com a ajuda do beija-flor a rosa conseguiu vencer todas as adversidades.  
E quando a primavera chegou novamente, a rosa e o beija-flor puderam juntos aproveitar todo o seu calor.  
O beija-flor deu a rosa o melhor presente. A liberdade.”*

Meu agradecimento especial a meu esposo, companheiro e amigo Roniel. Por seu conselho, por seu braço forte a me guiar nos momentos de incertezas e seu ombro amigo na hora do choro. Obrigado por não duvidar de mim, mesmo quando eu tinha várias. Que eu possa ser um orgulho para nossa família e a cada dia possa ser alguém digno do seu amor. Essa vitória também é sua e eu não poderia desejar alguém melhor para estar ao meu lado nessa comemoração.

Obrigado por ser meu beija-flor.

*“Quem estará nas trincheiras ao teu lado?  
- E isso importa?  
- Mais do que a própria guerra.”*

**Ernest Hemingway**

**“O amor sempre tem que vencer...”** 

## AGRADECIMENTOS

Minha gratidão à **Deus**. Por seu amor infinito e por tudo que fizestes e fazes por mim. Sei que se cheguei até aqui, foi porque fui sustentado pelo Teu braço forte. ***“Sempre chega um tempo dentro do calendário do Senhor, em que aquele que clamou descobre que foi ouvido.”***

Ao meu filho **Pedro Victor**, que mesmo sem perceber ainda, me enche de forças para buscar meus sonhos. Roubou minha paz e deixou uma maior no lugar. Me deu muito mais do que eu poderia desejar e que agora eu não sobrevivo sem. Um filho é uma aposta na esperança e um instrumento de conhecimento do potencial de entrega. Eu não sabia que eu tinha tanto amor dentro de mim. Meu amor incondicional. Meu amor eterno.

Aos meus queridos pais, **Aldízio** e **Eloisa**, meus primeiros educadores. Por seu incentivo constante e por me mostrar o grandioso valor da educação.

Aos meus queridos irmãos **Áquila**, **Priscila** e **James David** pelo amor e carinho e pela torcida constante pelo meu sucesso.

Aos meus amados avós **Geraldo** e **Necilda**, e **Eurico** (in memoriam) e **Antonia**. Quando se pesquisa sobre o fim da vida, não conseguimos parar de valorizar a presença de quem amamos. Não houve um momento em que meus pensamentos não estivessem com vocês.

Às minhas queridas amigas **Graziani**, **Meiriane**, **Aguida**, **Bianca**, **Jaqueline**, **Glauce** e **Luciana**. Quão valorosa é a amizade de vocês. Obrigado pelos conselhos, pela amizade verdadeira e por me escutarem nos momentos de ansiedade.

Aos meus queridos alunos e amigos **Charles**, **Andrízia**, **Otávio**, **Sheila**, **Jéssica Larissa**, **Alana**, **Juliana**, **Jefferson** e **Ruan** com os quais eu aprendo constantemente. Eu espero que assim como meus professores me inspiraram, eu possa inspirar vocês a serem profissionais melhores.

Aos queridos amigos **Eliane**, **Ivo** e **Karen**, o melhor presente que o Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde me deu. Obrigado por tornar essa caminhada muito mais alegre e prazerosa. Nunca vou esquecer vocês.

À minha querida orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Maria Ferreira Guimarães**, pela inspiração e por valorizar minha individualidade, meus conhecimentos e minhas vivências. Quando se é um espírito livre, você não pode se envolver com pessoas gaiolas. Obrigado por permitir e favorecer o meu voo.

À toda **equipe de profissionais** da Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília – HUB que com grande dedicação buscam oferecer uma assistência de qualidade e tornando significativos os momentos finais na vida dos pacientes e seus familiares.

Agradeço ao **Centro Universitário Euro-americano – UNIEURO**, por ser um espaço de excelência e que favoreceu meu crescimento profissional.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação, **Dra. Antonia de Jesus Angulo Tuesta** e **Dra. Érica Quinaglia Silva** por suas significativas que permitiram o desenvolvimento e o alcance dos resultados nesse estudo.

Agradeço às professoras que aceitaram compor a banca final de defesa, **Dra. Antonia de Jesus Angulo Tuesta, Dra. Andreia Guedes Oliva Fernandes, Dra. Talita de Cássia Raminelli da Silva** e, **Dra. Glauce Araújo Ideião Lins**. Obrigado por compartilhar os seus conhecimentos de modo a aprimorar a versão final desse manuscrito. Um momento lindo como esse merece ser cercado de amigos.

E, por fim, gostaria de agradecer ao **Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília**, pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos com excelentes professores.

## **“AOS MESTRES, COM CARINHO”**

*“A gratidão é a maior medida do caráter de uma pessoa. Uma pessoa grata é uma pessoa fiel, não te abandona, está sempre contigo. Nela você sempre pode confiar.”*  
**Augusto Branco**

**Não consigo olhar para trás e ver todo o caminho percorrido sem agradecer, antes de tudo, aos meus mestres cujos ensinamentos e lições de vida me inspiram e despertam em mim o desejo de, a cada dia, ser um professor melhor.**

**Àqueles que quando deveriam ser simplesmente professores, foram mestres, transmitindo seus conhecimentos e experiências expresso os maiores agradecimentos e profundo respeito, que sempre serão poucos diante do muito que foi oferecido.**

*“Se cheguei até aqui foi porque me apoiei nos ombros de gigantes.”*  
**Isaac Newton**

**Adriana da Mota Dutra – Unidade Integrada Reunida da Trisidela**

**Isabel Barros dos Santos Lima – Unidade Integrada Reunida da Trisidela**

**Carmem Lúcia de Araújo Lima Santos - Unidade Integrada Reunida da Trisidela**

**Lúcia Chaves - CEM Livino de Sousa Rezende**

**José Nobrega Lima - CEM Livino de Sousa Rezende**

**Nadi Maria Silva Loiola – CEM Livino de Sousa Rezende**

**Adriana da Cunha Menezes Parente – Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Adélia Dalva da Silva Oliveira – Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Adriana Sávia de Sousa Araújo – Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Maria Zélia de Araújo Madeira - Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Maria da Consolação Pitanga de Sousa - Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Dirce Bellezi Guilhem – Universidade de Brasília – UnB**

**Laiane Medeiros Ribeiro – Universidade de Brasília – UnB**

**Paula Elane Diniz dos Reis – Universidade de Brasília – UnB**

MATOS, J.C. **Comunicação Interpessoal em Cuidados Paliativos: Um instrumento para a qualidade no processo de cuidar**. 2019. 210f. Tese de Doutorado (Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Faculdade de Ceilândia (FCE). Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A comunicação interpessoal é um dos eixos estruturantes da assistência em cuidados paliativos. A comunicação deve ser eficaz pois a sua falta acarreta fragmentação da assistência e representa baixa qualidade dos serviços oferecidos.

**Objetivos:** Descrever e analisar a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional com familiares e pacientes em cuidados paliativos.

**Método:** Trata-se de um estudo metodológico realizado no Hospital Universitário de Brasília – HUB, no setor da Clínica Médica com a equipe multiprofissional que atua na assistência em cuidados paliativos. O corpus das entrevistas foi submetido aos procedimentos de análise temática e análise de conteúdo.

**Estado da arte:** O primeiro artigo intitulado “Aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos” buscou realizar uma reflexão teórico-filosófica descritiva-narrativa com abordagem qualitativa onde foi possível descrever as concepções filosóficas sobre vida e morte que expõe o pensamento de filósofos clássicos e contemporâneos sobre o processo de morte e morrer. O segundo artigo intitulado “Comunicação e relações interpessoais na assistência em cuidados paliativos” trata-se de uma revisão sistemática e metassíntese onde foi possível inferir que a comunicação, como eixo para as relações interpessoais, demonstra ser essencial que os profissionais da saúde estabeleçam um relacionamento interpessoal positivo, o que expõe a necessidade de a equipe interdisciplinar aprimorar o processo de comunicação nas relações interpessoais.

**Resultados:** Os resultados foram apresentados em dois artigos: “A assistência multiprofissional e a percepção fragmentada dos princípios dos cuidados paliativos”, onde constatou-se a necessidade de uma preparação no que concerne ao domínio de conhecimentos técnicos e no entendimento do significado de cuidados paliativos, como também uma preparação voltada aos aspectos emocionais dos profissionais, e o artigo “O cuidado transpessoal e a percepção dos enfermeiros sobre a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos” onde evidenciamos que mesmo diante de dificuldades para prestar um cuidado espiritual, o apoio familiar, os momentos da escuta e as execuções de atividades que motivam a paz interior são significativos para uma resposta maior da espiritualidade do paciente idoso.

**Considerações finais:** É importante estabelecer uma comunicação efetiva entre os componentes da equipe multiprofissional, o paciente/família, a fim de juntos traçarem um plano de cuidados ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, que possibilite tanto a ele quanto a família, uma perspectiva que os últimos momentos de sua vida, serão de qualidade, uma vez que as suas necessidades fundamentais serão respeitadas de forma integral por uma equipe equilibrada e coesa, diante de suas decisões e planejamento de trabalho.

**Palavras-chave:** Comunicação em Saúde; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Relações interpessoais; Equipe multiprofissional. Filosofia em enfermagem; Assistência à Saúde.

MATOS, J.C. **Interpersonal Communication in Palliative Care: An instrument for quality in the care process**. 2019. 210f. Doctoral Thesis (Postgraduate Program in Health Sciences and Technologies) - Faculty of Ceilândia (FCE). University of Brasília (UnB). Brasília, 2019.

## ABSTRACT

**Introduction:** Interpersonal communication is one of the structuring axes of assistance in palliative care. Communication must be effective because its lack leads to fragmentation of care and low quality of the services offered. **Objectives:** To describe and analyze the dynamics of the interpersonal communication process between the multiprofessional team with family members and patients in palliative care. **Method:** This is a methodological study carried out at the University Hospital of Brasília - HUB, in the Medical Clinic sector with a multiprofessional team that assists in palliative care. The corpus of the interviews was submitted to thematic analysis and content analysis procedures. **State of the art:** The first article entitled “Philosophical and anthropological aspects of palliative care” sought to conduct a descriptive-narrative theoretical-philosophical reflection with a qualitative approach where it was possible to describe the philosophical conceptions about life and death that exposes the thinking of classical and contemporary philosophers about the process of dying and dying. The second article entitled “Communication and interpersonal relations in palliative care assistance” is a systematic review and metasynthesis where it was possible to infer that communication, as an axis for interpersonal relations, demonstrates that it is essential for health professionals to establish a relationship positive interpersonal, which exposes the need for the interdisciplinary team to improve the communication process in interpersonal relationships. **Results:** The results were presented in two articles: “Multiprofessional care and a fragmented perception of the principles of palliative care”, which showed the need for preparation regarding the mastery of technical knowledge and understanding of the meaning of palliative care, as well as a preparation focused on the emotional aspects of the professionals, and the article “Transpersonal care and nurses' perception about spiritual assistance to elderly patients in palliative care” where we evidenced that even in the face of difficulties to provide spiritual care, support family life, moments of listening and activities that motivate inner peace are significant for a greater response to the spirituality of the elderly patient. **Final considerations:** It is important to establish effective communication between the components of the multidisciplinary team, the patient / family, in order to draw together a plan of care for the patient out of therapeutic possibility of cure, which enables both him and the family, a perspective that the last moments of your life will be of quality, as your fundamental needs will be fully respected by a balanced and cohesive team in the face of your decisions and work planning.

**Keywords:** Health Communication; Palliative care in the terminality of life; Interpersonal relationships; Multiprofessional team. Nursing philosophy; Health Care.

MATOS, J.C. **Comunicación interpersonal en cuidados paliativos: un instrumento para la calidad en el proceso de cuidados.** 2019. 210f. Tesis Doctoral (Programa de Posgrado en Ciencias y Tecnologías de la Salud) - Facultad de Ceilândia (FCE). Universidad de Brasilia (UnB). Brasilia, 2019.

## RESUMEN

**Introducción:** la comunicación interpersonal es uno de los ejes estructurantes de la asistencia de cuidados paliativos. La comunicación debe ser efectiva porque su falta conduce a la fragmentación de la atención y la baja calidad de los servicios ofrecidos. **Objetivos:** Describir y analizar la dinámica del proceso de comunicación interpersonal entre el equipo multiprofesional con familiares y pacientes en cuidados paliativos. **Método:** Este es un estudio metodológico realizado en el Hospital Universitario de Brasilia - HUB, en el sector de Clínica Médica con un equipo multiprofesional que asiste en cuidados paliativos. El corpus de las entrevistas se sometió a análisis temático y procedimientos de análisis de contenido. **Estado del arte:** El primer artículo titulado "Aspectos filosóficos y antropológicos de los cuidados paliativos" buscó realizar una reflexión descriptiva-narrativa teórico-filosófica con un enfoque cualitativo donde fue posible describir las concepciones filosóficas sobre la vida y la muerte que exponen el pensamiento de los filósofos clásicos y contemporáneos. sobre el proceso de morir y morir. El segundo artículo titulado "Comunicación y relaciones interpersonales en la asistencia de cuidados paliativos" es una revisión sistemática y metasíntesis donde fue posible inferir que la comunicación, como eje para las relaciones interpersonales, demuestra que es esencial que los profesionales de la salud establezcan una relación. Interpersonal positivo, que expone la necesidad del equipo interdisciplinario de mejorar el proceso de comunicación en las relaciones interpersonales. **Resultados:** Los resultados se presentaron en dos artículos: "Atención multiprofesional y una percepción fragmentada de los principios de los cuidados paliativos", que mostraron la necesidad de preparación con respecto al dominio del conocimiento técnico y la comprensión del significado de los cuidados paliativos, así como una preparación centrada en los aspectos emocionales de los profesionales, y el artículo "Atención transpersonal y percepción de las enfermeras sobre la asistencia espiritual a pacientes de edad avanzada en cuidados paliativos" donde evidenciamos que incluso ante las dificultades para proporcionar atención espiritual, apoyo La vida familiar, los momentos de escucha y las actividades que motivan la paz interior son importantes para una mayor respuesta a la espiritualidad del paciente anciano. **Consideraciones finales:** es importante establecer una comunicación efectiva entre los componentes del equipo multidisciplinario, el paciente / familia, a fin de elaborar un plan de atención para el paciente fuera de la posibilidad terapéutica de cura, que le permita a él y a la familia, una perspectiva que los últimos momentos de su vida serán de calidad, ya que sus necesidades fundamentales serán respetadas por un equipo equilibrado y coherente frente a sus decisiones y planificación de trabajo.

**Palabras clave:** Comunicación en salud; Cuidados paliativos en la terminalidad de la vida; Relaciones interpersonales; Equipo multiprofesional. Filosofía de enfermería; Cuidados de salud.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DF – Distrito Federal

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FCE – Faculdade de Ceilândia

HUB – Hospital Universitário de Brasília

MP3 – Moving Picture 3

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPGCTS – Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

SJTF - Scientific Journal Impact Factor

SUS – Sistema Único de Saúde

UNB – Universidade de Brasília

WHO - World Health Organization

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais sinais e sintomas prevalentes nos pacientes em cuidados paliativos .....	29
----------	---	----

## LISTA DE FIGURAS

### **INTRODUÇÃO**

- Figura 1 Representação da relação entre os componentes funcionais e os níveis de comunicação. Brasília – DF, 2019 ..... 27
- Figura 2 Representação da assistência paliativa complementar à curativa. Brasília – DF, 2019 ..... 30

### **ARTIGO ORIGINAL 1: Aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos**

- Figura 1 **Representação da assistência paliativa complementar à curativa** ..... 54

### **ARTIGO ORIGINAL 2 – VERSÃO PUBLICADA EM INGLÊS: Communication and interpersonal relations in palliative care assistance**

- Figure 1 Search and selection flowchart of articles in the final sample ..... 63
- Figure 2 Characterization of the articles that made up the corpus of analysis..... 64

### **DISCUSSÃO**

- Figura 3 Representação da assistência à família no processo de adoecimento e morte ..... 119

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>25</b>
1.1 Justificativa .....	32
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1 Geral .....	34
2.1 Específicos .....	34
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>35</b>
3.1 Cenário da Pesquisa .....	36
3.1.1 Descrição estrutural do cenário .....	37
3.1.2 Descrição do processo de cuidar na Clínica médica .....	38
3.2 Participantes da Pesquisa .....	39
3.3 Procedimentos para a Coleta de Dados .....	39
3.4 Procedimentos para Análise dos Dados .....	40
3.5 Procedimentos Éticos e Legais .....	42
<b>4 ESTADO DA ARTE</b> .....	<b>43</b>
4.1 <b>ARTIGO ORIGINAL 1: Aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos</b> .....	<b>45</b>
4.2 <b>ARTIGO ORIGINAL 2: Communication and interpersonal relations in palliative care assistance</b> .....	<b>59</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>76</b>
5.1 <b>ARTIGO ORIGINAL 3: Transpersonal care and nurses' perception of spiritual assistance to elderly patients in palliative care</b> .....	<b>78</b>
5.2 <b>ARTIGO ORIGINAL 4: Multiprofessional assistance and fragmented perception of the principles of palliative care</b> .....	<b>90</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>104</b>
6.1 Contribuições hermenêutico-filosóficas sobre as relações interpessoais na práxis da assistência em saúde .....	105
6.2 O cuidado paliativo e as dimensões do processo de cuidar .....	108
6.3 A equipe multiprofissional na assistência aos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura .....	113
6.3.1 A falta de preparo desde a graduação e as dificuldades em aceitar o processo de finitude da vida .....	114

6.3.2	A importância da capacitação profissional nos cuidados paliativos .....	116
6.4	A participação da família na estruturação do cuidado humanizado .....	119
6.5	Comunicação como um instrumento para a qualidade no processo de cuidar .....	122
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>126</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>131</b>
	<b>ANEXOS E APÊNDICES .....</b>	<b>140</b>
	Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	141
	Anexo 2 - Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa .....	144
	Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do CEP – UnB .....	146
	Anexo 4 - Declaração de aceite do artigo “Aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativo” .....	150
	Anexo 5 - Declaração de aceite do artigo “Communication and interpersonal relations in palliative care assistance” .....	151
	Anexo 6 - Declaração de aceite do artigo “Transpersonal care and nurses' perception of spiritual assistance to elderly patients in palliative care” .....	152
	Anexo 7 - Declaração de aceite do artigo “Multiprofessional assistance and fragmented perception of the principles of palliative care” .....	153
	Anexo 8 - Normas da Atena Editora e instruções aos autores .....	154
	Anexo 9 - Normas e instruções aos autores da revista International Journal Of Development Research .....	157
	Apêndice 1 – Roteiro Semiestruturado para entrevista .....	160
	Apêndice 2 – O conto dos três irmãos e os presentes da morte .....	161

“Quando eu soltar a minha voz por favor entenda  
Que palavra por palavra eis aqui uma pessoa se entregando  
Coração na boca, peito aberto, vou sangrando  
São as lutas dessa nossa vida que eu estou cantando  
Quando eu abrir minha garganta essa força tanta  
Tudo que você ouvir, esteja certa que estarei vivendo...”

**Maria Betânia**

“Eles pensam que a maré vai, mas nunca volta. Até  
agora eles estavam comandando o meu destino e eu  
fui, fui, fui, fui recuando, recolhendo fúrias. Hoje  
eu sou onda solta e tão forte quanto eles me  
imaginam fraca. Quando eles virem invertida a  
correnteza, quero saber se eles resistem à surpresa,  
quero ver como eles reagem à ressaca.”

**Chico Buarque**

## **SOBRE SER DOUTOR: A construção da identidade do enfermeiro docente e a alegoria da caverna**

*"Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa de se arriscar e entrar no oceano. E somente quando ele entrar no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano."*

**Osho**

Quando se é criança você sonha ser médico, bombeiro, astronauta, fazendeiro ou até mesmo pastor, muitas vezes influenciado por uma visão distorcida de soberania de status social. Mas comigo acontecia algo diferente. Eu queria ser professor. Em parte, influenciado pela admiração que tenho por meus pais (também professores) por seu amor e valorização sobre o processo educativo e a busca incansável pelo conhecimento, assim como pelo respeito e admiração que nutria (e ainda nutro) por todos os meus professores.

Isso é incrível. Quantos podem dizer que descobriram o propósito da sua jornada ainda quando criança? Mas à medida que eu fui crescendo e me inquietava diversas questões sociais, percebia que o meu interesse não estava relacionado apenas em ensinar, mas sim em facilitar a jornada de outros de modo que cada um pudesse ser uma versão melhor de si. Mas a busca pelo conhecimento é um caminho sem volta. E cá estou eu, um enfermeiro, filósofo e professor.

O mito da caverna é uma metáfora criada pelo filósofo grego Platão, que consiste na tentativa de explicar a condição de ignorância em que vivem os seres humanos e o que seria necessário para atingir o verdadeiro "mundo real", e eu não consigo pensar em nada mais simbólico, significativo e representativo para me expressar nesse momento.

Os prisioneiros da caverna são homens comuns. São nossos amigos, conhecidos, vizinhos e por que não, nossos alunos. São pessoas que estão presas em suas limitações e correntes, sem ter a possibilidade de conhecer e vivenciar o mundo exterior, o mundo livre. Um mundo vai além do pensamento comum, criticando e questionando a sua realidade.

Hoje me encontro fora da caverna. E enquanto outros celebram e se alegram com você, a razão te faz olhar para trás e analisar tanto as dificuldades enfrentadas, assim como as correntes das paixões que precisaram ser quebradas. Tal olhar ainda te impede de julgar quem não consegue sair da caverna por seus próprios esforços.

As vezes retorno à caverna na tentativa de resgatar algum prisioneiro e trazê-lo para o conhecimento verdadeiro, a luz do sol, que da mesma forma que ofuscou minha visão no primeiro momento e colocou-me em uma situação de inquietação, também me aquece de tal forma que se tornou incansável a minha busca por conhecimento.

O retorno à caverna tem seus riscos. Você pode sofrer por causa da ignorância e da incredulidade dos prisioneiros, ou até enganar-se novamente com as sombras projetadas de um conhecimento falso. Você se torna responsável por libertar os outros. A luz do sol é essencial à vida.

Nesse sentido, percebo que a atividade educacional não se improvisa, e muito menos se improvisam seus docentes sob a pena de ver comprometidos de maneira irreversível os resultados esperados a médio e longo prazo sem que se possa corrigir os descaminhos, uma vez que a ação educacional não comporta retornos.

A enfermagem definida como arte e ciência e possui uma especificidade no seu tratamento, o encontro da razão, da emoção e suas expressividades. Ela é uma ciência humana de pessoas e de experiências com campo de conhecimentos, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos, que abrangem do estado de saúde ao estado de doença.

Mas contra os fatos não há resistência possível. A enfermagem está abrindo, a passos firmes e largos, o difícil caminho do prestígio e do respeito. Graças, é imperioso dizer, ao seu próprio desempenho, mas por igual aos dirigentes envolvidos nessa luta.

Lançar no mercado profissionais mal preparados, além de ser uma atitude temerária, leviana e irresponsável, é uma agressão ao bom senso e afronta à sociedade. E enfermagem enquanto categoria organizada deseja continuar sendo, antes de tudo, exemplo de postura ética, de capacidade profissional e de empenho legítimo para ocupar o espaço que lhe pertence de direito no cenário da saúde pública do País.

Ademais, o profissional de enfermagem, pela natureza mesma de sua atividade, pela presença sempre solícita e confortadora ao lado dos enfermos, pelo papel de fundamental importância desempenhado nas instituições públicas e privadas onde atua, enfim, por sua vocação, capacidade de trabalho e carisma - seguirá sendo aquela figura insubstituível nos ambientes onde exerce com singular devotamento sua missão.

Quando você precisar de cuidado, chame o doutor enfermeiro.

**“Quando eu vir a luz e à ela vier, devo retornar à caverna para libertar meus expares da escuridão.”**

If I die young, bury me in satin  
Lay me down on a bed of roses  
Sink me in the river at dawn  
Send me away with the words of a love song  
Lord, make me a rainbow, I'll shine down on my mother  
She'll know I'm safe with you when she stands under my colors.  
Life ain't always what you think it ought to be, no  
Ain't even grey, but she buries her baby  
The sharp knife of a short life, well  
I've had just enough time

Se eu morrer jovem, me cubra com cetim.  
Deite-me em uma cama de rosas.  
Afunde-me no rio ao amanhecer  
Mande-me embora com as palavras de uma canção de amor  
Senhor, faça de mim um arco-íris, eu brilharei sobre minha mãe  
Ela saberá que estou segura com o Senhor quando ela estiver sob minhas cores.  
A vida nem sempre é o que você acha que ela deveria ser, não  
Nem está grisalha, mas ela enterra seu bebê  
A faca afiada de uma vida curta, bem  
Eu tive apenas o tempo suficiente

**If I Die Young  
(The Band Perry)**

A comunicação interpessoal é um dos eixos estruturantes da assistência em cuidados paliativos. É imprescindível que a comunicação seja eficaz, uma vez que a sua falta entre os profissionais acarreta fragmentação da assistência e representa baixa qualidade dos serviços oferecidos (OLIVEIRA et. al., 2016b; SOUZA; SARAN, 2012).

Ao longo dos tempos a assistência em saúde tem se modificado gradativamente e o paciente deixa de ser visto apenas como sujeito portador de uma doença e passa a fazer parte de uma abordagem holística voltadas às necessidades pessoais e sociais, resultando em uma nova estratégia na comunicação, focada em diversos aspectos como anamnese direcionada, empatia, escuta ativa, questionamentos e acolhimento (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A comunicação é indispensável no relacionamento entre as pessoas. Uma vez que a linguagem consiste na externalização do pensamento, ela nos traz o entendimento e nos permite compreender o outro. Ao analisarmos o processo de comunicação percebe-se que a mesma possui uma estruturação complexa e que vai muito além do que simplesmente “conversar” com os pacientes e/ou com a equipe (BARCELOS, 2014; COELHO; SEQUEIRA, 2014).

A comunicação humana é um processo dinâmico que é influenciado pelas condições psicológicas e fisiológicas dos participantes. Dentro do arcabouço estruturante desse processo, observamos a existência de alguns elementos fundamentais como: emissor, receptor, mensagem, resposta do receptor, contexto e mecanismo usado na transmissão da mensagem, e a dinâmica que se influencia entre emissor e receptor (KUNSCH, 2010; BORDENAVE 2006).

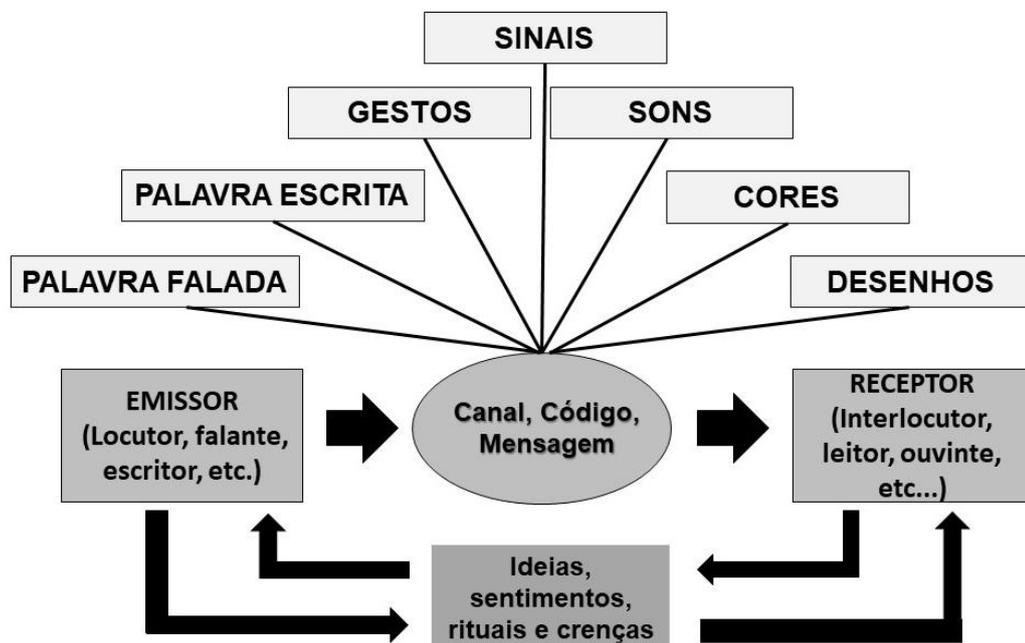
O emissor consiste no sujeito gerador da mensagem, enquanto o receptor é aquele que recebe a mensagem e tem o seu comportamento influenciado por ela. A mensagem corresponde a informação transmitida do emissor para o receptor inseridos em um contexto que pode ser visto tanto como o local como também o aspecto social onde ela ocorre. Toda comunicação deve levar em consideração seu contexto, ocorrência e, deve ser específica e adequada para cada paciente (KUNSCH, 2010; BORDENAVE 2006).

O receptor atua ainda como avaliador da mensagem e canal de comunicação. À medida que se percebe o entendimento do receptor e conseqüentemente uma mudança de comportamento, constata-se a efetividade do processo. Para que essa comunicação seja efetiva é necessário que haja na

mensagem transmitida clareza e objetividade, assim como é imprescindível que as funções cognitivas do emissor e receptor estejam integras a fim de minimizar os obstáculos da comunicação. Caso ocorra o contrário, diagnosticamos a presença de ruídos no processo de comunicação (OLIVEIRA et al, 2016a; BARCELOS, 2014; KUNSCH, 2010).

A comunicação pode ser classificada em dois grandes grupos. A comunicação verbal é caracterizada pela utilização de palavras, códigos ou símbolos linguísticos que podem ser expressos de forma escrita ou falada. Não obstante, a comunicação não verbal é aquela que ocupa a percepção pelos órgãos sensoriais e engloba tudo que não envolve a palavra escrita ou falada (RULICKI; CHERNY, 2007). As três principais categorias da comunicação não verbal são: indícios vocais, indícios de ação, indícios de objeto, como podemos analisar na figura 1.

Fig. 1: Representação da relação entre os componentes funcionais e os níveis de comunicação. Brasília – DF, 2019.



Fonte: Adaptado de Rulicki e Cherny (2007)

A comunicação verbal deve possuir dois aspectos primordiais, a clareza e a objetividade, para que o receptor da mensagem se mantenha interessado e atento às informações. Já a comunicação não verbal deve estar presente em toda a assistência não estando restrita a realização de procedimentos, dessa forma

demonstra-se empatia e transmite confiança para o receptor (OLIVEIRA et al, 2016a; BARCELOS, 2014; KUNSCH, 2010).

Os indícios vocais fazem referência aos ruídos e sons paralinguísticos ou extrafala. Os indícios de ação correspondem aos movimentos corporais, incluindo a expressão facial, postura, toque e até mesmo o espaço físico entre as duas pessoas. Os indícios de objeto estão relacionados ao contexto cultural/social dos sujeitos envolvidos e fazem alusão ao uso, intencional ou não, de objetos por uma pessoa, como roupas ou outros pertences. (OLIVEIRA et al, 2016a; BARCELOS, 2014; KUNSCH, 2010).

A comunicação é considerada um elemento essencial na assistência em saúde, uma vez que consiste no mecanismo utilizado para a estruturação da relação interpessoal entre profissional-paciente. Essa relação quando desenvolvida de forma saudável favorece ao bom desempenho dos respectivos papéis dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, além de qualificar a assistência proporcionando ao paciente diminuição da ansiedade (ALVES, 2013; ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

O cuidado com o ser humano, deve ser feito na sua integralidade, abordando os cuidados desde o nascimento até morte, ou seja, englobando todas as fases do seu ciclo vital. Com base nos princípios da integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), elencadas na lei 8080/90, infere-se que a assistência à saúde é um direito essencial do indivíduo, que poderá usufruir de ações e serviços em todos os níveis, conforme sua necessidade durante toda a sua vida, inclusive em ausência de ações curativas (BRASIL, 1990).

Partindo desse pressuposto, os cuidados paliativos demonstram um papel importante no conceito de saúde. Os cuidados paliativos são um tema, cuja abordagem no Brasil deu-se recentemente e que, apesar de descrito em portarias e em políticas públicas, não possui resposta suficientemente adequada à crescente demanda por esse tipo de assistência, principalmente, no que tange à carência de discussões sobre o assunto e de formação de profissionais. Ressalta-se, ainda, a dificuldade existente para a implementação desse serviço nos três níveis de complexidade do sistema (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

O cuidado paliativo possui como objetivo ofertar para o cliente o máximo de conforto possível, o alívio do sofrimento seja ele físico, psicológico ou espiritual,

respeito à autonomia, melhoria da qualidade no fim da vida, e uma maior dignidade ao ser humano (PICANÇOL; SADIGURSKYLL, 2014).

O foco da assistência no contexto dos cuidados paliativos possui abordagem humanística tanto para o paciente, quanto para a família, embasando-se na valorização da vida e na percepção da morte como processo natural do ser humano. Tal atendimento tem como objetivo controlar e aliviar não somente o sofrimento físico, mas também o psicossocial e espiritual do indivíduo, ou seja, em sua totalidade, seja ela decorrente da doença instalada ou então das intervenções e procedimentos paliativos (SOUSA; ALVES, 2015; SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Mesmo em um estágio onde a doença apresente possibilidade de cura, o cuidado paliativo deve ser inserido para controle dos sintomas decorrentes da doença e/ou tratamento, além de apoio emocional e psicossocial, conforme analisamos no quadro 1. O cuidado curativista, ou seja, aquele onde se tenta sanar as causas da doença, não exclui a introdução do cuidado paliativo (BRASIL, 2012a).

Quadro 1: Principais sinais e sintomas prevalentes nos pacientes em cuidados paliativos.

<b>Dimensão Biológica</b>	<b>Dimensão Psicológica</b>	<b>Dimensão Social</b>	<b>Dimensão espiritual</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Física</li> <li>• Dispneia</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Constipação</li> <li>• Diarreia</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Cefaleia</li> <li>• Tontura</li> <li>• Mialgia</li> <li>• Exaustão física</li> <li>• Caquexia</li> <li>• Fadiga</li> <li>• Inapetência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor emocional</li> <li>• Confusão mental</li> <li>• Insônia</li> <li>• Impotência Sexual</li> <li>• Frigidez</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Incapacidade de concentração</li> <li>• Preocupação com a sua imagem corporal</li> <li>• Raiva</li> <li>• Negação</li> <li>• Depressão</li> <li>• Culpa</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Autopunição</li> <li>• Medo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolamento Social</li> <li>• Prejuízo na capacidade de trabalho</li> <li>• Mudança nos relacionamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimento de descrença</li> <li>• Dúvidas acerca da sua fé</li> <li>• Barganha</li> <li>• Busca pelo significado da vida e da morte</li> </ul>

Fonte: Silva e Silva (2019)

O tratamento curativo e o paliativo não são antagônicos, ao invés disso, podem ser complementares no manejo do cuidado e tratamento. Em casos de terminalidade da vida, o cuidado paliativo trabalha, através de suas ações, a

promoção da qualidade de vida e o processo de morte (BRASIL, 2012a). Como podemos observar na figura 2 a seguir.

Fig. 02: Representação da assistência paliativa complementar à curativa. Brasília – DF, 2019



Fonte: Matos e Guimarães (2019)

A comunicação e o relacionamento interpessoal, o controle efetivo da dor e dos sintomas característicos da doença e do tratamento, e o trabalho em equipe constituem a tríade-alcance que sustenta os cuidados paliativos, destinados a melhorar a qualidade de vida dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (BRITO et. al., 2017; ARAÚJO; SILVA, 2012).

A Organização Mundial de Saúde – OMS, caracterizou a comunicação efetiva nos serviços de saúde como critério de qualidade na assistência e como meta a ser alcançada, uma vez que a comunicação permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente. Quanto mais especializado for o serviço, maior a necessidade de informações técnicas, especializadas e precisas (JCR, 2008).

A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. Interrupções na comunicação ou a falta de trabalho em equipe são fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e resultados insatisfatórios de tratamentos. Entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, o *near miss*, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos, e a quebra de princípios bioéticos (OLUBORODE, 2012; THE JOINT COMMISSION, 2012).

Um requisito essencial para a continuidade do cuidado é a comunicação consistente e eficaz entre os profissionais, de uma equipe para a próxima e entre profissionais, pacientes e familiares (WHO, 2007; ICN, 2012).

Em cuidados paliativos é indissociável a inclusão da família, pois para a efetivação de um tratamento humanizado é a família quem dá o devido suporte para o paciente, tanto emocional quanto físico e colabora em todo estágio terminal. A equipe deve se preocupar não somente com o paciente, mas tratar a família concomitantemente com o plano terapêutico. A visão holística do enfermeiro deve abranger todo contexto familiar e suas particularidades, contribuindo com a educação do familiar frente às necessidades do paciente (BRITO et. al., 2017; ARAÚJO; SILVA, 2012).

A assistência é norteada pelo cuidado prestado ao paciente, porém para que esse cuidado ocorra de uma maneira positiva, é necessária uma comunicação terapêutica, que não acontece de forma inconsciente ou involuntária e nem por uma simples troca de mensagens entre emissor e interlocutor. Esse tipo de comunicação é fundamentado na ajuda terapêutica que visa a observação atenta de todos os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do paciente, colaborando com uma melhor escolha de intervenção específica para cada paciente e ocasião (OLIVEIRA et al, 2016b; BARROS et al., 2013).

A assistência prestada aos pacientes e familiares ocorre com a busca por ajuda profissional mediante uma “necessidade sentida”. No primeiro encontro, o profissional e paciente são estranhos um ao outro e, portanto, a sua postura deve ser pautada pela cortesia (BRITO et. al., 2017; BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Para se estabelecer a comunicação terapêutica, o paciente necessita se identificar com o profissional. Nesse sentido, o paciente percebe o profissional como uma pessoa significativa, ou seja, aquela que pode atender as suas necessidades, e assim o paciente se abre ao processo de ajuda (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; BRITO et. al., 2017).

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; BRITO et. al., 2017). Assim o profissional pode desempenhar o papel de conselheiro, e isso acontece na forma como o profissional 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; GEORGE, 2000).

Para se desenvolver a comunicação interpessoal, necessita-se das competências e habilidades comunicacionais (MOIR et al., 2015). Neste contexto, a assistência em saúde 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).

Diante desse contexto, este estudo enfatiza a comunicação interpessoal como ferramenta essencial nos cuidados paliativos. Frente aos desafios para a prática assistencial na terminalidade da vida, tem-se a seguinte questão norteadora: Como podemos analisar a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional, os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

Durante o desenvolvimento da minha dissertação de mestrado foi observado que as principais falhas na assistência de pacientes em cuidados paliativos são decorrentes de uma fragmentação da comunicação, tanto entre os integrantes da equipe assistencial como também entre os profissionais e os familiares e pacientes. Também foi possível observar diversas consequências ocorridas devido as falhas na comunicação o que caracteriza um ambiente inseguro para pacientes e profissionais.

Por se acreditar que a proposta deste estudo venha alicerçar o tratamento dos pacientes nos serviços de saúde e por se pretender que os dados desse estudo possam subsidiar discussões e propostas assistenciais e metodológicas junto aos profissionais de saúde e serviços que atendam essa população, a fim de identificar e corrigir os ruídos na comunicação, e conseqüentemente tornar o ambiente mais seguro e com qualidade para todos os participantes envolvidos no processo de cuidar, justifica-se assim a importância de realizar pesquisas voltadas para a temática em questão.

É imprescindível ressaltar que a percepção do pesquisador traz uma vivência que transcende o período da coleta de dados, pois o mesmo atua como enfermeiro assistencial no Hospital Universitário de Brasília, local escolhido para a realização deste estudo.

“Disciplina é a ponte entre objetivos e realizações”

Jim Rohn

---

 **2 OBJETIVOS** 

## 2.1 OBJETIVOS GERAIS

Descrever e analisar a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional com familiares e pacientes em cuidados paliativos.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Descrever e analisar a percepção da equipe multiprofissional sobre a assistência em cuidados paliativos.
- ✚ Realizar uma reflexão teórica acerca dos aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos.
- ✚ Analisar as evidências científicas sobre como a comunicação nas relações interpessoais influencia na assistência em cuidados paliativos.
- ✚ Apreender a percepção dos enfermeiros sobre a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos.
- ✚ Descrever e analisar a percepção da equipe multidisciplinar acerca dos princípios que norteiam os cuidados paliativos.

“O método científico é comprovado e verdadeiro. Não é perfeito, é apenas o melhor que temos. Abandoná-lo, junto com seus protocolos céticos, é o caminho para uma idade das trevas”.

Carl Sagan

Trata-se de um estudo metodológico realizado em duas etapas. A primeira consiste na descrição do estado da arte tendo como produtos um artigo de análise reflexiva publicado no formato de capítulo de livro e um artigo de revisão sistemática da literatura com metassíntese qualitativa, enquanto a segunda etapa consiste em um estudo de campo cujo procedimentos de investigação do problema em questão tiveram como base os princípios do fazer etnográfico.

De acordo com Polit e Beck (2011) a pesquisa metodológica envolve investigação dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados tem levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores.

Essa pesquisa possui uma abordagem qualitativa, sendo assim, as evidências não podem ser quantificadas por nenhum método numérico e as informações obtidas são por meio de experiências vividas e emoções, sendo as informações de origem subjetiva (MEDEIROS, 2012).

A pesquisa qualitativa incorpora o significado e a intencionalidade dos atos, as relações e os processos sociais. Permite-se aplicar ao estudo da história das vivências, das percepções e opiniões. Proporciona um entendimento de correlação entre elementos levando a uma maior compreensão dos tais. É caracterizado pela experiência e sistematização do estudo (BARDIN, 2011).

O estudo etnográfico contempla três momentos: O olhar, o ouvir e o escrever. O olhar e o ouvir apresentam-se na função da coleta de dados, enquanto o escrever faz parte do momento de análise e interpretação dos dados obtidos em campo (OLSEN, 2015). Nesse sentido, esse estudo percorreu esses três momentos distintos, mas ligados entre si.

### **3.1 CENÁRIO DA PESQUISA**

Esse estudo foi realizado no Hospital Universitário de Brasília – HUB, especificamente no setor da Clínica Médica no período de julho a novembro de 2018. O HUB é o hospital-escola da Universidade de Brasília - UnB e é considerado referência em oncologia devido à assistência em alta complexidade clínica e terapêutica curativista.

Atualmente o HUB encontra-se em processo de estruturação de seu Ambulatório de cuidados paliativos. Todavia, na clínica médica, que corresponde ao setor que mais assiste pacientes paliativistas, a mesma ainda se encontra em processo de implantação de um protocolo institucional de cuidados paliativos, apesar da realização de algumas práticas assistenciais paliativistas serem oferecidas aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Desde 2012, o Hospital Universitário de Brasília atua no sentido de estruturar e implementar elevados padrões de qualidades nas atividades de ensino, prestação de serviço assistencial e pesquisa e, por isso, o seu Plano de Desenvolvimento Institucional envolve o processo de Acreditação pela Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA que permitirá alcançar plenamente os seus objetivos.

Com a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) por meio do Decreto nº 7.082/2010 que define as diretrizes e os objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010), com isso o HUB passou a ser gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH dando início às modificações na sua gestão e rede assistencial.

### **3.1.1 Descrição estrutural do cenário**

A Clínica Médica do HUB, atualmente, possui 65 leitos sendo divididos em duas alas (A e B), sendo que a ala A é composta de 22 leitos enquanto a ala B possui 43 leitos.

Com o objetivo de otimizar a logística da assistência em saúde, a Ala A foi designada para atendimento exclusivo da oncologia: 14 leitos para oncologia, 6 leitos para assistência quimioterápica, 2 leitos para monitorização semi-intensiva disponível para qualquer especialidade).

Grande parte dos casos assistidos é de origem oncológica, todavia, devido às características de hospital-escola, os casos clínicos são divididos entre diversas especialidades médicas. Os demais 43 leitos para as demais especialidades: Gastroenterologia, Dermatologia, Hematologia, Pneumatologia, Infectologia, Endocrinologia, Geriatria, Reumatologia, Nefrologia, Neurologia.

Tais especialidades dispõem de 10 de vagas de internação, todavia não a vagas suficientes para internações simultâneas de todas as especialidades, o que acarreta uma grande fila de espera por vagas. Uma outra complicação na logística estrutural da assistência é o fato de não possuir enfermarias exclusivas para assistência a paciente em cuidados paliativos no final de vida sendo que eles compartilham enfermarias com pacientes em tratamento curativista.

### **3.1.2 Descrição do processo de cuidar na Clínica médica do HUB**

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. Consiste em um processo interativo entre o ser cuidado e o cuidador. Nessa relação, o cuidador possui um papel ativo e o ser cuidado assume temporariamente um papel passivo.

Baseia-se no uso do conhecimento científico, habilidades, intuição, pensamento crítico e criatividade; juntando a isso, o comportamento e atitudes de cuidado. A cultura organizacional é composta por fatores extrínsecos (Estruturais Físicos, Administrativos, Afetivo/Social e Tecnologias) que influenciam a forma de como se processará o cuidado.

Os fatores estruturais apresentados anteriormente, dificultam significativamente a realização do processo de cuidar. As vivências de pacientes em terapêuticas curativistas compartilhando enfermarias coletivas com pacientes em cuidados paliativos permeiam um universo de sentimentos positivos e negativos.

Na enfermaria coletiva os pacientes e familiares desenvolvem um estado de amorosidade e isso favorece o desenvolvimento de relações afetivas entre eles. Essa relação de amizade atua como mecanismo de suporte no enfrentamento do processo de adoecimento e ainda na vivência do luto, o qual ocorre muitas vezes ainda com o paciente vivo.

Ao mesmo tempo, essa aproximação provoca intenso sofrimento nos pacientes e familiares ao perceberem a proximidade do óbito do companheiro do leito ao lado e os mesmos passam a tecer construções sobre a brevidade da vida e sobre a proximidade do próprio óbito, mesmo que não seja um fato.

A equipe enfrenta diversas dificuldades que vão desde encarar a finitude da vida do paciente e lidar com a dor do familiar até elaborar um plano estratégico que favoreça que esse episódio aconteça respeitando a individualidade do paciente e dos familiares sem que haja uma exposição desnecessária do sofrimento.

Na tentativa organizar essa dinâmica dos acontecimentos nos momentos que antecedem ao óbito, foram separados dois leitos para pacientes que apresentem piora no seu quadro de adoecimento. Embora tenha como objetivo permitir um processo de morrer com discrição e respeito, também é um espaço que, negativamente, favorece o exercício de futilidades terapêuticas das quais, muitas vezes, são exigidas por familiares aflitos e despreparados para o processo.

Esses leitos de assistência semi-intensiva também foram estigmatizados negativamente como “leitos da morte”, aumentando assim, a resistência de pacientes e familiares no processo de transferência para essa enfermaria.

### **3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Esse estudo foi realizado com a equipe multiprofissional composta por Enfermeiros, Psicólogos, Médicos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, e Fisioterapeutas que assistem pacientes e familiares em cuidados paliativos.

A amostra final foi determinada por conveniência, ou seja, não probabilística, em que os critérios são selecionados intencionalmente, de acordo com os objetivos do estudo (PEREIRA, 2013).

De acordo com Creswell (2014) e Marconi e Lakatos (2011), a amostra de conveniência é selecionada pelo critério da tipicidade, a qual é constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considere representativos da população alvo. Dessa forma, para Pereira (2013), as unidades amostrais são acessíveis, tornando-as fáceis de mensuração. Tal amostra é oportuna, pois produz informações úteis sobre um dado evento.

Foram considerados como critérios de inclusão atuar na Clínica Médica do HUB por um período superior a 1 ano e não fazer parte do quadro de alunos internos ou residentes. Como critérios de exclusão foi observado profissionais que estavam de férias no período da coleta de dados e/ou que não realizavam atividades assistenciais.

### **3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

Primeiramente o projeto de pesquisa juntamente com os termos de autorização foram encaminhados ao Setor de Educação e Pesquisa do HUB para aquisição das assinaturas para realização da coleta de dados. Em seguida o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de

Ceilândia – FCE da Universidade de Brasília - UnB via Plataforma Brasil para análise e aprovação.

A coleta de dados aconteceu em duas etapas: a primeira consistiu em um processo de ambientação onde o pesquisador fazendo uso da função etnográfica “ouvir” vivenciou o processo de trabalho junto à equipe assistencial a fim de construir uma relação de confiança. Com a utilização de um diário de campo foi possível tecer anotações sobre sua experiência e participação na ambientação, além de relacionar a realidade vivenciada com uma fundamentação teórico-prática.

A segunda etapa da coleta de dados consistiu na realização de entrevistas com a utilização de um roteiro semiestruturado (APENDICE 1). O roteiro é composto de questões fechadas e abertas, onde as questões fechadas proporcionaram a caracterização a população estudada, e as questões abertas foram gravadas com a utilização de um MP3 player, e transcritas instantaneamente após a entrevista a fim de alcançar maior fidedignidade nos dados.

O uso do roteiro semiestruturado permite certa flexibilidade, em que o pesquisador possui liberdade para explorar mais amplamente uma questão que considere adequada (MINAYO, 2007).

A entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito dos fatos precedentes (GIL, 1999; OLSEN, 2015).

### **3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS**

O corpus das entrevistas foi submetido aos procedimentos de análise temática e análise de conteúdo. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação onde a presença signifique alguma coisa para o objetivo (MINAYO, 2012; CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

A técnica de elaboração e análise das Unidades de Significado, deve primeiramente compreender o discurso produzido pelos participantes, e então, a partir disso, selecionar as unidades que se mostrarem mais significativas nesse discurso. Para finalizar, deve-se fazer uma análise voltada à interpretação dos resultados buscando entender os dados em sua essência (MINAYO, 2012; CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

Análise temática ou categorial possibilita a comparação entre os diversos resultados da amostra, através da leitura extensiva do conjunto de documentos a ser analisado, propiciando ao pesquisador uma visão de conjunto, elaboração de pressupostos iniciais que servirão como limite entre análise e interpretação dos documentos. Logo após essa análise tem-se a classificação e determinação de conceitos teóricos que irão orientar a análise (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016; LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

De acordo com Campos (2004) e Carlomagno e Rocha (2016), a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas sistemáticas que permite a análise de dados qualitativos, informações contidas em textos e falas obtidas por pesquisa, de forma a interpretar as informações de forma mais profunda do que uma simples leitura, um método de avaliação que ajuda a interpretar profundamente as informações contidas na busca.

A análise de conteúdo descreve o processo de comunicação seja falado ou textual. Esse tipo de análise possibilita ultrapassar possíveis incertezas advindas de hipótese, enriquecendo a leitura com a compreensão dos significados e necessidades de tornar mais claras as relações através das falas (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo consiste em três etapas: 1) A pré-análise que é um momento de escolha e seleção dos documentos que farão parte da análise; 2) Exploração do material ou codificação, momento em que a análise é sintetizada e agrupada afim de permitir uma determinada característica do conteúdo exposto no texto; 3) Tratamento dos resultados que consiste em demonstrar as informações contidas na amostra, utilizando a frequência como análise fatorial (BARDIN, 2011).

Por meio da análise dos extratos das falas dos participantes foi possível identificar os núcleos centrais encontrados nos relatos, e isso permitiu a formação dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

A técnica de estruturação do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) retoma as representações sociais, vinculando as interpretações individuais com as coletivas, ou seja, agrupa-se as ideias particulares com lógica semelhantes, para se construir um discurso que exprime o conceito do ponto de vista coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014). Dessa forma, não há uma identificação individual dos participantes da pesquisa, uma vez que as falas apresentam uma ideia coletiva.

### **3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS**

A coleta de dados iniciou somente após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes desse estudo foram convidados a participar da pesquisa sendo feita a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) e o Termo de Autorização de uso de imagem e som de voz (ANEXO 4).

Os participantes foram orientados quanto aos seus direitos de autonomia, à privacidade e à individualidade, e a recusa ou mesmo desistência de participar desta pesquisa, conforme é preconizado pela resolução 466/12 (BRASIL, 2012b) e resolução 510/16 (BRASIL, 2016).

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ceilândia – FCE da Universidade de Brasília – UnB sob o nº CAAE 86761518.4.0000.8093 e parecer nº 2.642.997 (ANEXO 5).

“Houve um tempo em que o nosso poder perante a morte era muito pequeno. E por isso os homens e mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, o nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de que nos livramos de seu toque.”

**Rubens Alves**

A contextualização temática apresentada através da descrição do estado da arte permitiu o desenvolvimento de dois artigos.

O primeiro artigo intitulado “Aspectos Filosóficos e Antropológicos dos Cuidados Paliativos” foi aceito e publicado sob o formato de capítulo no livro intitulado “Atenção Interdisciplinar em Saúde” pela Editora Atena e buscou realizar uma reflexão teórico-filosófica descritiva-narrativa com abordagem qualitativa onde foi possível descrever as concepções filosóficas sobre vida e morte que expõe o pensamento de filósofos clássicos e contemporâneos sobre o processo de morte e morrer e ainda, concepções sobre o cuidado paliativo que permeia o seu significado e relevância.

O segundo artigo intitulado “Comunicação e Relações Interpessoais na Assistência em Cuidados Paliativos” foi aceito e publicado no periódico *International Journal of Development Research*. A revista é indexada nas principais bases de dados nacionais e internacionais e correspondente à classificação pelo Programa da CAPES Qualis B1 para enfermagem e A2 para interdisciplinar e ainda fator de Impacto 6,68 certificado pela *Scientific Journal Impact Factor (SJIF)*, observando assim as exigências do Programa de Pós graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde.

O artigo foi publicado em inglês com título “Communication and Interpersonal Relations in Palliative Care Assistance” e busca analisar as evidências científicas sobre como a comunicação nas relações interpessoais influencia na assistência em cuidados paliativos por meio de uma revisão sistemática e metassíntese qualitativa.

Com isso, foi possível inferir que a comunicação, como eixo para as relações interpessoais, demonstra ser essencial que os profissionais da saúde estabeleçam um relacionamento interpessoal positivo, o que expõe a necessidade de a equipe interdisciplinar aprimorar o processo de comunicação nas relações interpessoais.

#### 4.1 ARTIGO ORIGINAL 1 – DECLARAÇÃO DE ACEITE NO ANEXO 1

MATOS, J.C.; GUIMARÃES, S. M. F. Aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos. In: MATTOS, S. M.; FREIRE, K. A. Atenção interdisciplinar em saúde, v.1, Atena Editora, Ponta Grossa – PR, 2019. p. 111- 121.

### ASPECTOS FILOSÓFICOS E ANTROPOLÓGICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

### PHILOSOPHICAL AND ANTHROPOLOGICAL ASPECTS OF PALLIATIVE CARE

#### **Johnata da Cruz Matos**

Universidade de Brasília - UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE, Programa de Pós graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Brasília – DF, Brasil

#### **Silvia Maria Ferreira Guimarães**

Universidade de Brasília - UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE, Programa de Pós graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Brasília – DF, Brasil

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Realizar uma reflexão teórica acerca dos aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos. **Método:** Estudo do tipo reflexão teórico-filosófica, descritiva-narrativa com abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores controlados. **Resultados:** Após a análise, os resultados foram apresentados em dois eixos “Concepções filosóficas sobre vida e morte” que expõe o pensamento de filósofos clássicos e contemporâneos sobre a morte e, “Concepções sobre o cuidado paliativo” que permeia o significado dos cuidados paliativos. **Conclusão:** Aos profissionais de saúde cabe a compreensão de que é impreterivelmente necessário modificar a maneira de pensar, agir e sentir e com isso resgatar a ideia da morte, embora um evento cheio de simbolismos e significados, mas ainda assim como um evento natural e não extraordinário.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Filosofia; Antropologia; Filosofia em Enfermagem

#### **ABSTRACT**

**Objective:** To carry out a theoretical reflection on the philosophical and anthropological aspects of palliative care. **Method:** A theoretical-philosophical, descriptive study with a qualitative approach. The bibliographic survey was performed through the advanced search in the Virtual Health Library, using the controlled descriptors. **Results:** After the analysis, the results were presented in two axes "Philosophical conceptions on life and death" that exposes the thinking of classic and contemporary philosophers on death and "Conceptions on palliative care" that permeates the meaning of palliative care. **Conclusion:** It is the understanding of health professionals that it is imperative to change the way they think, act and feel and thus rescue the idea of death, although an event full of symbolism and meanings, but still as a natural event and not extraordinary.

**Keywords:** Palliative Care; Philosophy; Anthropology; Philosophy, Nursing

## 1 INTRODUÇÃO

Apresenta-se este estudo diante da necessidade de se refletir sobre a diversidade de visões e percepções, algumas vezes equivocadas e fragmentadas, no que se refere ao significado atribuído aos cuidados paliativos e à assistência que deve ser ofertada às pessoas no fim da vida por parte de profissionais que integram a equipe multiprofissional.

O avanço das tecnologias duras favoreceu o prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, o que nem sempre foi acompanhado por melhoria em sua qualidade de vida. Internações hospitalares repetidas, utilização de tecnologias para manutenção da vida a qualquer custo se refletem em sobrevida adicional, mas também em sofrimento para a pessoa e seus familiares (LIMA, et. al. 2017; SANTOS, 2011).

Cuidados paliativos como estratégia assistencial é, ainda, um tema em construção e limitado em sua discussão. Sua incorporação à prática cotidiana representa um desafio para os profissionais, pois coloca em xeque a ideologia do trabalho com foco no processo de cura (BRITO, et al. 2017; PRETO, et al. 2017).

Define-se cuidado paliativo como sendo o cuidar holístico direcionado a pacientes cuja doença encontra-se em estágio avançado e progressivo e não responde mais aos tratamentos curativistas convencionais. Ou seja, um quadro clínico sem possibilidades terapêuticas de cura (ALMEIDA, SALES, MARCON, 2014).

Quando a equipe se depara com um diagnóstico de doença que ameaça a continuidade da vida e os tratamentos consolidados e elegíveis para mudar o curso natural da doença não podem revertê-la, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que a intervenção terapêutica seja direcionada para o paciente e não para a doença (ALMEIDA, SALES, MARCON, 2014; WHO, 2017).

A filosofia paliativista visa oferecer assistência qualificada a pessoas portadoras de doenças graves e incuráveis, em estado avançado e progressivo com ameaça para a continuidade da vida. Verifica-se, nesse sentido, que um dos eixos centrais da abordagem em cuidados paliativos consiste no cuidado sistematizado envolvendo as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente e seus familiares (SANTOS, 2011; MATSUMOTO, 2012)

O vocábulo “paliar” originou-se no latim *pallium*, que significa manto, em franca alusão às capas que eram utilizadas por cavaleiros e antigos viajantes para se proteger das péssimas situações atmosféricas e climáticas. Cuidado paliativo refere-se a cuidados capazes de proporcionar proteção para aquilo que está provocando sofrimento (FLORIANI, SCHRAMM, 2010).

A concepção equivocada sobre o significado de cuidado paliativo permitiu que essa modalidade terapêutica fosse estigmatizada e representasse apenas cuidados simples no final de vida, uma opção quando não há alternativas terapêuticas viáveis (BOFF, 2012)

A presença física de profissionais e familiares é um aspecto importante no processo de assistência à saúde que, no caso dos cuidados paliativos, resumiu-se à compreensão distorcida e limitante de dar as mãos ou fazer um carinho. Essa ideia deve ser amplamente questionada, uma vez que cuidados ofertados no processo de terminalidade da vida implica em “estar com” em um claro movimento de solidariedade e alteridade para com o outro e de respeito aos direitos humanos individuais e coletivos.

Diante disto, este estudo tem como objetivo realizar uma reflexão teórica acerca dos aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de análise reflexiva narrativa realizada a partir da excertos teóricos, filosóficos e antropológicos relacionados à assistência direcionada a pacientes e familiares em cuidados paliativos.

Para realização do mapeamento da bibliografia relacionada ao tema, efetuou-se busca ativa de artigos, livros e manuais, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores: Cuidados Paliativos, filosofia,

antropologia, filosofia em enfermagem, cuidados paliativos na terminalidade da vida e, antropologia médica.

Após a seleção inicial das referências, foi efetuada análise extensiva do seu conteúdo no que se referia à sua aproximação ao tema. O material mais representativo sobre o assunto foi agrupado em dois eixos analíticos: Concepções filosóficas sobre vida e morte e Concepções sobre o cuidado paliativo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Mediante a conjugação dos descritores por meio do operador booleano AND, foram selecionados inicialmente 240 artigos, 20 dissertações e duas teses.

Primeiramente foi realizado a leitura dos títulos e resumos afim de selecionar uma amostra com maior representatividade quanto a discussão relevante sobre a temática. A essa amostra acrescentou-se livros e/ou capítulos de livros de autores reconhecidos por pesquisas e produção de conhecimento nessa área. Selecionaram-se informações extraídas nos textos, com base em um questionário construído pelos autores.

Para avaliação e verificação da qualidade dos artigos incluídos no estudo, utilizou-se o checklist de confiabilidade JBI – CARI Critical Appraisal Checklist for Interpretative & Critical Research - CASP Qualitative Checklist (CASP, 2017). Evidenciou-se e sintetizou-se com o checklist os aspectos relevantes dos resultados durante a leitura investigativa, incluindo também fragilidades encontradas na amostra.

#### **3.1 Concepções filosóficas sobre vida e morte**

Nesse primeiro eixo buscou-se apreender a complexidade contida nos conceitos de vida e morte, bem como sua compreensão pelos diferentes atores sociais que experimentam o processo de morte e morrer.

A concepção sobre o fenômeno da morte representa um mistério que, devido à sua complexidade, não permite chegar a conclusões definitivas. Vida e morte estão unidas fazem parte da trajetória individual e coletiva, envolvendo particularidades e generalidades. Nesse contexto emerge o questionamento que

embasa grandes discussões: Por que é preferível falar sobre a vida do que sobre a morte?

As narrativas que envolvem a morte e a finitude humana vem acompanhadas de histórias tristes sobre perdas envolvendo entes queridos ou situações traumáticas. Coloca as pessoas em confronto com suas próprias limitações e temporalidade. Ainda a morte seja a única certeza com a qual nos deparamos, pensar sobre ela pode traduzir-se em um choque e trazer à tona emoções difíceis de controlar.

O pensamento sobre a morte nem sempre assumiu essa característica aterrorizadora. Na antiguidade greco-romana havia inscrições em vários locais públicos sobre a expressão latina *memento mori*, que significa “lembra-te de que vais morrer”. Essa expressão tinha como objetivo lembrar que devido à possibilidade da morte, os homens deveriam buscar um estilo de vida diferente valorizando momentos e experiências que vivenciavam (JAEGER, 2003).

Se a morte é um processo natural e faz parte do viver humano, por que o homem contemporâneo sofre quando a vivência?

A argumentação apresentada pela filósofa Helena Blavatsky na obra intitulada Teoria do Impacto aponta para o fato de que a consciência emerge por meio da percepção de pelo menos duas dimensões ou planos diferentes da existência. Quando se analisa apenas uma dimensão, não se efetiva o contraste, ou seja, não é possível constituir a relação sujeito-objeto. Dessa forma, a consciência humana, que é dual, não consegue se expressar (SCHWARZ, 2011).

Diante da hipótese de que do contraste nasce a consciência, é possível compreender que se estabelecem relações dualísticas e no que concerne à vida e à morte emitem-se juízos de valor e de realidade. A ideia de que as pessoas valorizam algo ou alguém apenas quando os perdem, evidencia que o valor direcionado à vida se estabelece a partir da morte. Talvez seja nesse momento que o indivíduo passe a racionalizar sobre o valor da vida como qualidade e não apenas como quantidade (SCHWARZ, 2011).

A íntima relação entre filosofia as ideias relacionadas à vida e morte existem desde a antiguidade. Pensadores greco-romanos assinalaram que a filosofia é uma longa meditação sobre a morte sendo que para Platão preocupar-se em morrer seria o melhor caminho para filosofar (JAEGER, 2003). Séculos mais tarde, Michel de Montaigne argumentou que filosofar seria aprender a morrer e o filósofo alemão

Arthur Schopenhauer apresentou a ideia de que a morte seria o gênio inspirador da filosofia (MONTAIGNE, 2000; BATISTA, BATISTA, 2002; SCHOPENHAUER, 1964; MARCONDES, 2008).

Parmênides, filósofo grego, apresentou a ideia de que a morte não existiria uma vez que os seres humanos são formados de espírito, matéria (substância) e forma (ideia) e nenhum desses elementos poderia ser considerado finito. Portanto, seria irracional sentir medo dela considerando-se que enquanto a matéria se degrada e retorna aos estágios atômicos de origem, a forma regressaria ao plano das ideias. Compreende-se que o espírito não seria uma resposta sensorial, todavia, teoricamente, a sua existência implica em sua imortalidade, ou seja, na aceitação da concepção do dualismo grego (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008).

Epicuro, outro pensador grego, delineou a ideia de que ao final das contas, a morte não diz respeito ao ser humano, quando se considera que a morte não se apresenta para quem está aqui, mas quando a morte se faz presente, a pessoa já não se está mais aqui (EPICURO, 2002).

“Habitua-te a pensar que a morte não é nada para nós, pois que o bem e o mal só existem na sensação. Donde se segue que um conhecimento exato do facto de a morte não ser nada para nós permite-nos usufruir esta vida mortal, evitando que lhe atribuamos uma ideia de duração eterna e poupando-nos o pesar da imortalidade. Pois nada há de temível na vida para quem compreendeu nada haver de temível no facto de não viver. É, pois, tolo quem afirma temer a morte, não porque sua vinda seja temível, mas porque é temível esperá-la. Tolice afligir-se com a espera da morte, pois trata-se de algo que, uma vez vindo, não causa mal. Assim, o mais espantoso de todos os males, a morte, não é nada para nós, pois enquanto vivemos, ela não existe, e quando chega, não existimos mais. Não há morte, então, nem para os vivos nem para os mortos, porquanto para uns não existe, e os outros não existem mais” (EPICURO, 2002. p.1).

Na antiguidade a morte possuía um lugar privilegiado no dia a dia das pessoas. Essa ideia se torna claramente perceptível na literatura por meio do reconhecimento do direito de morrer, que permitia aos doentes terminais provocarem o fim da própria vida (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008). Para esses povos o suicídio assistido era considerado e aceito como prática corriqueira na cotidianidade das comunidades.

Outro aspecto importante relacionado à valorização da morte vincula-se ao fato de que as casas eram construídas ao lado dos túmulos dos ancestrais, o que mostrava a relação de proximidade entre a vida e a morte (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008). Esse procedimento está ainda hoje presente nas culturas orientais que aceitam essa proximidade como representação cultural importante nas experiências familiares e comunitárias.

A palavra paganismo deriva do vocábulo latino *pagos*, que significa campo de lavoura. Na idade média, os pagãos acreditavam que cada pedaço de terra era sagrado uma vez que seria protegido pelo espírito do ancestral da família que fora ali enterrado. O enterro dos corpos de entes amados tornava sagrados tanto a terra como corpo do homem. A palavra homem deriva-se do vocábulo latino *húmus*, o que significava que seu corpo era feito de terra e ao voltar para a terra mostrava que sua existência havia cumprido o propósito a ele destinado (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008).

A morte ocupava papel importante no paganismo, respeitando-se o direito de morrer de todas as pessoas. Com o advento do cristianismo houve modificação dessa concepção, sendo que a vida assumiu a prerrogativa antes destinada à morte e a ideia da sacralidade da vida passou a predominar no mundo cristão. A vida como dom de Deus concedido aos seres humanos deveria ser preservada a qualquer custo independente da forma e qualidade da vida.

Observa-se importante ponto de ligação entre as concepções pagãs e cristãs quanto à morte na passagem bíblica que narra o evento em que Maria Madalena vai ao túmulo de Jesus. Maria e as outras mulheres decidem ir ao sepulcro para preparar o corpo de Jesus por meio da aplicação de perfumes e especiarias, como era costume naquela época. O aparecimento do anjo que lhes comunica que Jesus não estava morto, mas havia ressurgido, trouxe pela primeira vez a ideia de que a vida venceu a morte (BÍBLIA SAGRADA, 2008).

Para os povos pagãos existia proximidade entre vida e morte, sendo que esta estava presente em seu cotidiano e fazia parte da organização da vida em sociedade. A partir da introdução do cristianismo, a morte foi vencida pela ressurreição (vida), sendo que o dualismo filosófico reforçou a ideia de que a morte é o oposto da vida. O conceito de sacralidade da vida adotado pela religião cristã demonstra claramente a valorização direcionada a esse momento da existência do ser humano. A morte passou a ser compreendida como uma passagem, atribuindo valor

privilegiado à vida, ainda que persistissem ideias sobre a possibilidade de vida após a morte, o que continuava se baseando no dualismo grego.

O advento da revolução científica e das ideias de filósofos modernos, entre eles nomes laureados como René Descartes e Francis Bacon, o homem passou a ser visto como senhor e controlador da natureza e, principalmente dos fenômenos humanos, incluindo-se nesse contexto a morte. Mudou-se nesse período a ideia de que o homem havia sido criado à imagem de Deus e passou ser considerado com agente social dotado de liberdade, conhecimento e poder de criação (JAEGER, 2003; MARCONDES, 2008).

O filósofo francês François La Rochefoucauld argumentou que não é possível olhar de frente nem para o sol e nem para a morte, mostrando que falta ao homem moderno coragem para enfrentar seu próprio fim. Na tentativa de escapar de sua incapacidade de lidar com a própria mortalidade, o homem lançou mão dos mais diversos subterfúgios, dentre eles, a ciência (LA ROCHEFOUCAULD, 2014).

Nessa mesma linha de argumentação, Philippe Ariès expressou que o homem ocidental expulsou aos poucos a morte de sua vida cotidiana. Observando-se que a vivência da morte passou de um evento familiar no qual a rede de apoio social estava ao lado do seu ente moribundo, para a morte reprimida, proibida, institucionalizada e, se possível, evitada a qualquer custo atualmente. A morte passou a ser considerada como um fato como um fato extraordinário obrigando os seres humanos a fugir de sua própria finitude (ARIÈS, 1977).

### **3.2 Concepções sobre o cuidado paliativo**

Na apresentação do segundo eixo buscou-se refletir sobre os significados atribuídos aos cuidados paliativos como estratégia para diminuir o sofrimento de pacientes, familiares e equipe assistencial no que diz respeito ao curso natural da doença, o processo da morte e do morrer e o posterior enfrentamento do luto.

O aumento da longevidade das pessoas é uma realidade na contemporaneidade devido à melhoria do acesso aos serviços de saúde e a informações que favoreçam a qualidade de vida da população. Na cultura ocidental existe um movimento para tentar excluir a morte do seu cotidiano justamente pelo acesso a tecnologias duras e invasivas que prolongam a vida das pessoas. Apesar da

dificuldade que exista na discussão sobre a morte, é um evento que mexe com as emoções das pessoas (RUBEM, 2003).

Os cuidados paliativos emergiram como estratégia para proporcionar cuidados holísticos que visa o acompanhamento de pessoas com doenças prolongadas e incuráveis como o objetivo de aliviar o sofrimento de pessoas e familiares, melhorar a qualidade de vida dos enfermos, auxiliando-os no processo de enfrentamento do luto e na compreensão da continuidade da vida (WHO, 2017; TOMASZEWSKI, 2017).

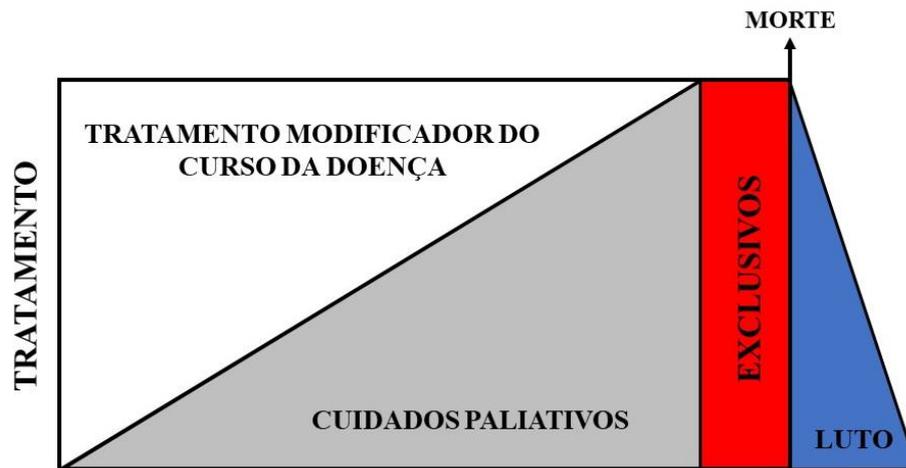
O acesso a cuidados de saúde equânimes está garantido pela Constituição Federal e representa um ponto de discussão bioética se quando se considera que essa modalidade assistencial visa a preservação da dignidade e do bem-estar de cada ser humano e a ampliação da análise sobre o cenário no qual são dispensados os cuidados de saúde. Além disso, direciona olhar da ciência para o processo de cuidar no fim da vida transformando-se em uma possibilidade real e cada vez mais presente nos serviços de saúde (BRITO et al, 2017; TOMASZEWSKI, 2017).

A concepção de que cuidados paliativos são considerados menos importantes em sua relação com a assistência curativista, precisa ser modificado considerando-se que a intervenção paliativa exige da equipe multiprofissional a aquisição de conhecimentos sofisticados e competências técnica, atitudinal e humanística para o atendimento das múltiplas necessidades dos pacientes em fase terminal (PRETO et. al, 2017; COELHO, YANKASKAS, 2017).

O correto entendimento sobre o significado dos cuidados paliativos inclui o reconhecimento de que essa terapêutica fornece a oportunidade proporcionar cuidados individualizadas para pessoas vivenciando processos crônicos, degenerativos, evolutivos, progressivos e irreversíveis. Favorece, ainda, a minimização de sintomas antes do seu aparecimento, uma vez que permite antecipar alguns possíveis eventos no curso do itinerário terapêutico e, dessa forma, realizar um planejamento mais acurado para organizar a assistência (RUBEM, 2003).

Os cuidados paliativos devem ser inseridos no processo de cuidar a partir do momento que é revelado o diagnóstico, iniciando-o simultaneamente ao tratamento modificador do curso natural da doença, principalmente se a situação de saúde estiver ocasionando algum grau de sofrimento para a pessoa. Essa modalidade de assistência permite, em algumas situações específicas, a realização de intervenções tradicionalmente consideradas curativistas, mas que assumem objetivos de palição

e melhoria da qualidade de vida como, por exemplo, a quimioterapia e a radioterapia paliativas e até mesmo uma cirurgia paliativa,<sup>8</sup> como se observa na figura 1.



**Figura 01 - Representação da assistência paliativa complementar à curativa**

Quando se percebe que os tratamentos elegíveis para mudar o curso natural da doença não estão mais sendo eficazes é o momento em que o cuidado paliativo se torna a intervenção terapêutica mais adequada. Esse processo de transição é, muitas vezes, encarado de forma negativa pelo paciente, seus familiares e equipe de saúde. No entanto, torna-se necessário compreender que essa mudança não significa a ausência de cuidado ou que nenhum outro tipo de assistência será prestado (TOMASZEWSKI, 2017; FERNANDES, et al, 2013).

Pelo contrário, é elaborado um planejamento efetivo para que pacientes, familiares/cuidadores e equipe de saúde possam proporcionar cuidados e favorecer a vivência saudável do luto antecipatório de modo a prepará-los para a morte do paciente. Esse plano de ação será ainda mais eficaz se os cuidados paliativos forem inseridos a partir do diagnóstico de doenças crônico-degenerativas, especialmente no caso de pessoas idosas (PRETO et. al, 2017; MENEZES, 2004).

É preciso estar alerta para ao fato de que a inserção tardia dos cuidados paliativos no planejamento terapêutico não proporcionará tempo suficiente para evidenciar uma melhora sintomatológica significativa do paciente. Se for instalada a síndrome da fragilidade - que corresponde ao momento em que o corpo começa a não responder mais às intervenções - os órgãos podem começar a apresentar progressivamente declínio de sua função levando à sua falência. Há casos em que a morte do paciente pode representar um refúgio com alívio para o sofrimento que todos estão vivenciando (PRETO et. al, 2017; MENEZES, 2004).

A vivência sofrida do luto antecipatório pode ocorrer como efeito colateral da abordagem tardia dos cuidados paliativos. O processo crônico-degenerativo ocasiona uma cadeia de eventos, tais como a diminuição do nível de consciência, inapetência, mobilidade reduzida até tornar-se um paciente acamado, o que demandará cuidados que exigem grande esforço físico e psicológico por parte dos familiares/cuidadores, tornando difícil lidar com a situação e levando-os a cansaço extremo (ALENCAR, 2017; LIMA, OLIVEIRA, 2015).

Nesse processo, o paciente deixa de apresentar suas características fundamentais, componentes de sua personalidade, racionalidade e capacidade de interação. Após a constatação do óbito do paciente, o familiar não elabora uma vivência de luto, uma vez que a perda do seu ente aconteceu ainda em vida. Acrescenta-se que o luto dos familiares, na maioria dos casos, é a razão direta de como ocorreu o final da vida dos seus entes queridos (ALENCAR, 2017; SANTOS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que além de promoção do cuidado aos aspectos físicos, psicológicos e sociais dos pacientes e familiares seja dada importância especial às demandas espirituais que emergirem nesse momento. Cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de favorecer atividades como rodas de conversa onde seja permitido que familiares e pacientes sejam capazes de expor suas necessidades caso desejem e estejam em condições para conversar (ARRIEIRA, 2017; KOVACS, 2014; KUBLER-ROSS, 2008).

Atualmente discute-se objetivos e limites da utilização das biotecnologias na assistência em cuidados paliativos. O avanço e a retomada de tecnologias leves no processo de atenção à saúde, o desenvolvimento de medicamentos e intervenções que visam diminuir o sofrimento físico das pessoas fazem parte da prática cotidiana dos serviços de saúde. É esse o significado que deve assumir o cuidado paliativo, que se volta para resolução das necessidades de cada pessoa, o que permite assegurar o direito à dignidade e aos direitos humanos no fim da vida (ARRIEIRA, 2017; KOVACS, 2014; KUBLER-ROSS, 2008).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se com esse artigo realizar um exercício que permitisse a reflexão sobre os aspectos filosóficos e antropológicos dos cuidados paliativos incluindo-se percepções relacionadas ao processo da morte e do morrer. A historicidade desses temas caminhou paralelamente ao pensamento filosófico clássico, o que contribuiu para a apropriação dessas concepções por diferentes culturas e das formas como o assunto é tratado na contemporaneidade.

Persiste a necessidade de compreender a complexidade das experiências de vida e morte e que a visão da sociedade interfere de forma inequívoca nas condutas e posicionamentos adotados por profissionais de saúde que atuam como paliativistas. O reconhecimento da uma certeza que temos – a finitude humana – proporcionará a oportunidade de “aprender com” como estratégia para o respeito de situações extremas vivenciadas por pacientes e familiares.

O simbolismo associado à morte como evento extraordinário deve ser repensado adotando-se a concepção de que a morte faz parte do viver, ou seja, é um episódio natural que integra a história de vida das pessoas. É impossível evitar a morte, mas é possível ressignificá-la para permitir a reorganização de ideias e conceitos tão necessários para o aprimoramento das práticas de enfermagem no campo da assistência paliativa.

#### 5 REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. C. et al. **Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 4, p.1015-20, oct. 2017.

ALMEIDA, C. S. L.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. **A existência da enfermagem no cuidar da vida terminal: um estudo fenomenológico.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-40, 2014.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente.** Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1977.

ARRIEIRA I. C. O.; et al. **The meaning of spirituality in the transience of life.** Esc. Anna Nery. v. 21, n. 1. 2017.

BATISTA, S. R.; BATISTA, S. R. **How to philosophise is learn to die: discussion of the death in the Montaigne's philosophy vision.** Cad. Saúde Colet. v. 10, n. 1. 2002.

BÍBLIA SAGRADA. **A ressurreição de Jesus.** Tradução de João Ferreira Almeida. Baurueri – SP. 2ªed. 2008. p.1328-9.

BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade.** Petrópolis: Vozes; 2012.

BRITO, F. M. et al. **Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. v. 9, n. 1, p. 215-21, 2017.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. **Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva. V. 29, n. 2, p. 222-30, 2017.

Critical Appraisal Skills Programme. **CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a qualitative research.** 2017.

EPICURO. **Carta Sobre a Felicidade (à Meneceu).** Tradução de Álvaro Lorencini e Enzo Del Carratore. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

FERNANDES, M. A. et al. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal.** Ciênc. saúde coletiva. v. 18, n. 9, p. 2589-96, 2013.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos.** Hist. cienc. saúde-Manguinhos. v. 17, supl. 1, p. 165-80. 2010.

JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego.** São Paulo: Martins Fontes; 2003.

KOVACS, M. J. **A caminho da morte com dignidade no século XXI.** Rev. Bioét. v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

LA ROCHEFOUCAULD, F. **Reflexões ou sentenças e máximas morais.** Tradução de Rosa Freire D'Aguiar. 1ª ed. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2014.

LIMA, M. P.; OLIVEIRA, M. C. **Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care.** Rev Rene. v. 16, n. 4, 2015.

LIMA, R.; et. al. **A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso.** Rev Min Enferm. v. 21, n. e-1040. 2017.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: Dos pré-socráticos a Wittgenstein.** 13ªed. ed. Zahar. 2008.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** in: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de cuidados paliativos ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p.23-30.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MONTAIGNE, M. **Ensaio.** São Paulo: Nova Cultural; 2000.

PRETO, V. A. et al. **A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos.** Journal of Nursing UFPE on line. v. 11, n. 6, p. 2288-93. 2017.

RUBEM, A. **Sobre a morte e o morrer.** Folha de São Paulo. 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1210200309.htm>. Acesso em: 02 Set 2019.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas.** São Paulo. Ed. Atheneu. 2011.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer.** São Paulo. Ed. Atheneu. 2011.

SCHOPENHAUER, A. **As Dores do Mundo: O Amor, a Morte, a Arte, a Moral, a Religião, a Política.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1964.

SCHWARZ, F. **O mistério do Ser: Nome e Potência.** 2011.

TOMASZEWSKI, A. S. et al. **Demonstrations and necessities on the death and dying process: perspective of the person with cancer.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. v. 9, n. 3, p. 705-16, 2017.

World Health Organization – WHO. **Palliative care.** 2017. Disponível em: <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>. Acesso em: 02 Set 2019.

## 4.2 ARTIGO ORIGINAL 2 – DECLARAÇÃO DE ACEITE NO ANEXO 2

MATOS, J. C.; GUIMARAES, S. M. F.; FERREIRA, G. I. et. al. Communication and interpersonal relations in palliative care assistance. *International Journal of Development Research*. v.9, Issue 11, pp. 31506-11, 2019.

### COMMUNICATION AND INTERPERSONAL RELATIONS IN PALLIATIVE CARE ASSISTANCE

1. Johnata da Cruz Matos. Nurse. PhD student in Health Sciences and Technologies. Master in Nursing. Universidade de Brasília – UnB.
2. Silvia Maria Ferreira Guimarães. PhD in Anthropology. University of Brasilia - UnB.
3. Graziani Izidoro Ferreira. Nurse. PhD student in Nursing. Universidade de Brasília – UnB.
4. Dirce Belezzi Guilhem. Nurse. PhD in Health Sciences. Universidade de Brasília – UnB.
5. Laiane Medeiros Ribeiro. PhD in Nursing. Universidade de Brasília – UnB.

#### Abstract

**Objective:** To analyze, from the literature, the scientific evidence on how communication in interpersonal relationships influences assistance in palliative care. **Method:** Systematic review and qualitative metasynthesis, performed using the EBSCO metabuscator and LILACS, PUBMED / MEDLINE databases, Cochrane Library, SciELO and IBECs and academic google. The studies were published between 2015 and 2019, in Portuguese, English and Spanish, and selected using controlled descriptors, chosen from DECS / MESH. **Results:** Based on the content analysis and thematic analysis techniques, it was possible to infer that communication as an axis for interpersonal relations demonstrates that it is essential that health professionals establish a positive interpersonal relationship, which exposes the need for the interdisciplinary team to improve communication process in interpersonal relationships. **Conclusion:** Communication between professionals and patient / relatives brings the patient closer and brings autonomy, and these together can outline a patient care plan beyond the therapeutic possibility of cure.

**Descriptors:** Palliative care; Communication; Interpersonal Relations; Health Care.

#### Introduction

The science of care consolidates and improves upon safe, efficient and quality practice based on consistent clinical evidence. The multiprofessional team has a significant role in the practice of care and bases its assistance on evidence proven by scientific methods for decision making and individualized care prescription. Such theoretical basis, besides all the described characteristics, also strengthens its autonomous practice<sup>1</sup>. However, the production of

knowledge regarding palliative care has not yet substantiated in Brazil the creation of a specific and guiding policy. Localized actions by health teams create strategies for dealing with palliative care.

Palliative care is an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families, who face problems arising from the treatment of life-threatening illnesses, seeking the prior identification and prevention of pain and other biological, spiritual, psychological and social complications. Thus, palliative care is a strategy of care for the patient and family in facing the difficulties they encounter from the discovery of the incurable disease to the experience of mourning for them. An interpersonal relationship based on ethics, mutual respect and trust must be developed. This involves affection and empathy, which also enables the breaking of paradigms regarding the itinerary of the care process<sup>1-3</sup>.

Palliative care is a care modality that improves the quality of life of patients and their families when facing the problems associated with diseases that compromise the continuity of life. They are based on the prevention and relief of suffering through early identification, reliable and careful assessment of physical signs and symptoms, as well as the control of possible psychosocial and spiritual problems, permeated by effective communication<sup>4-6</sup>. In this sense, care goes beyond protocols and manuals, also encompassing humanistic principles.

Hildegard Elizabeth Peplau's Theory of Interpersonal Relations, which emphasizes the need for a close relationship with the care context, configuring interpersonal communication as a fundamental instrument for palliative care assistance is inspiring to think about palliative care. Peplau's pioneering work, although less explored than it should be, guides the practice of care even today and makes it possible to review the application of this theory to health care and the development of interpersonal skills of professionals, a key element for the meeting, perception, diagnosis and care of others<sup>2</sup>.

Interpersonal communication is one of the structuring axes of assistance in palliative care. It is essential that communication be effective, since its failure among the subjects involved in this process (patients, family members, professionals and managers) leads to fragmentation of care and represents low quality of services offered<sup>7-8</sup>.

This communication and interpersonal relationship together with the effective control of pain and the characteristic symptoms of the disease and treatment, as well as teamwork, constitute the triad-foundation that guides the development of palliative care, aimed at improving the quality of life of patients out of therapeutic possibilities of cure<sup>9-10</sup>.

Thus, effective communication is an instrument within relational technologies and this process underpins human relationships as part of the care activities of health professionals.

Communication has received prominence and attention from various categories of health professionals, establishing itself as a new metaparadigm in the practice of care and health education<sup>7-8</sup>.

In this configuration, interpersonal relationships within health care should avoid assuming an ephemeral characteristic focused on personal / professional satisfaction. However, it is still perceived that there is a search for an approach focused on immediacy, both regarding professionals as well as many patients and family members. Ineffective communication due to this liquidity of human relations has led to a weakness in health care<sup>11-12</sup>.

Thus, this study aimed to analyze research on how the communication process in interpersonal relationships influences assistance in palliative care.

## **Method**

This is a systematic review and qualitative metasynthesis, which is defined as a research method that provides researchers and health professionals inserted in care to analyze relevant research on a particular theme, keeping them updated and facilitating changes in clinical practice. as a result of research<sup>13</sup>.

Taking into account the eligibility criteria, the scientific production was pursued through the establishment of the problem question "How does the communication process in the interpersonal relationships between patients, families and health professionals influence the assistance in palliative care, described in primary qualitative studies? "

To formulate this question, we used the PICOS strategy which represents an acronym delimited with the following elements: (P) Population: patients, families and professionals; (I) Intervention: communication and interpersonal relationships; (O) Outcomes: quality in palliative care assistance; (S) Study Types: Primary Qualitative Studies<sup>13</sup>.

For the final composition of the sample, the inclusion criteria were complete articles published between 2015 and 2019, available in full in English, Portuguese and Spanish. Exclusion criteria were review articles, duplicate articles and dissonant articles that met the objectives and did not answer the problem question.

The search strategy was applied through the EBSCO metabuscator and the Virtual Health Library (VHL) using as keywords the Descriptors in Health Sciences (from *Descritores em Ciências em Saúde – DECS* in portuguese) and their equivalent Mesh Terms "Palliative Care", "Communication", "Relationships Interpersonal "and" Health Care "interconnected by the Boolean operator" AND ". Advanced VHL search enabled access to the Latin American and

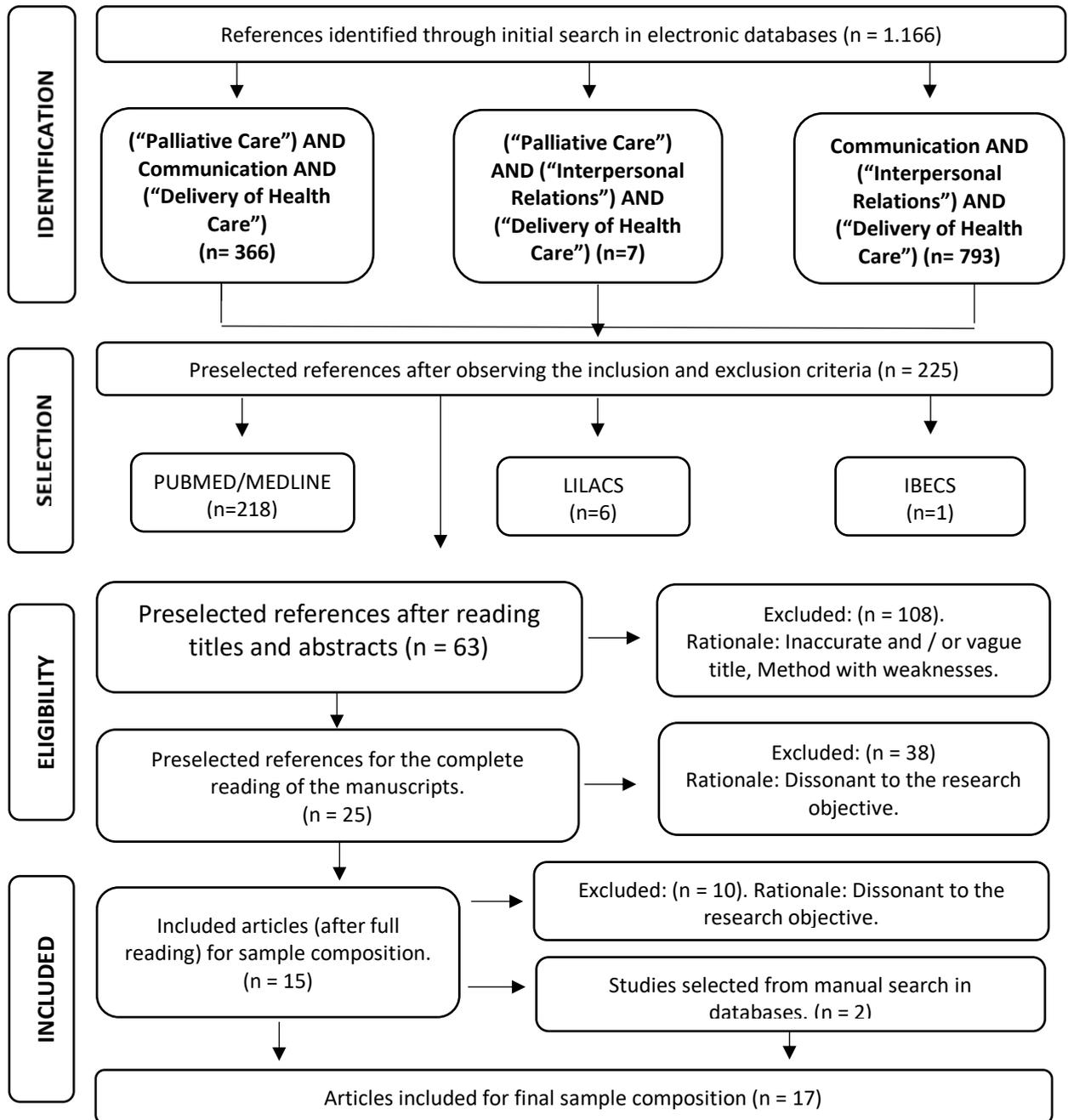
Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), International Health Sciences Literature (PUBMED / MEDLINE), Spanish Health (IBECS).

To reduce the possibility of bias, a manual search was also performed in the previously mentioned databases so that, within the study identification process, it was as wide as possible. The EBSCO metabuscator allowed an individualized search in the Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) databases, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Elsevier's Scopus, Web of Science, and PUBMED / MEDLINE. Initially, 1,166 references were found, and after applying the inclusion and exclusion criteria there were 225 articles, from which the titles and abstracts were read, resulting in 63 pre-included articles.

After their complete reading, 25 articles were selected considering the thematic and methodological aspect, among which 15 were selected for sample composition. A manual search was performed based on the references of these 15 articles, and it was possible to retrieve 2 articles, meeting the inclusion / exclusion criteria and the respective databases used initially. The final sample was then composed of 17 articles, as shown in figure 1.

To evaluate and verify the quality of the sample, the reliability checklist was used JBI – CARI Critical Appraisal Checklist for Interpretative & Critical Research - CASP Qualitative Checklist<sup>14</sup>. The checklist highlighted and synthesized relevant aspects of the results during the investigative reading, including also weaknesses found in the sample.

To select the information extracted from the texts, a questionnaire based on authors with recognized expertise in this type of method was used<sup>13</sup> and some of the data are presented in Figure 2. For the interpretation of the evidences were used the techniques of content analysis and thematic analysis, which have the purpose of reproducing the information found in the texts, interviews, evidences, through the steps: pre-analysis; exploration of material with categorization; treatment of results; inference and interpretation<sup>15</sup>.



**Figure 1 - Search and selection flowchart of articles in the final sample.**

**Results**

The selected articles were characterized according to the year of publication, the journal, the CASP index, the level of evidence and the objectives, as described in Figure 2. Among the 17 articles that make up the sample, we observed that two articles were published in 2019, 1 article in 2018, 4 articles in 2017, 7 articles in 2016 and 3 articles published in 2015. All 17 articles were classified as level VI on the scientific evidence scale<sup>16</sup>.

<b>Year</b>	<b>Journal</b>	<b>Critical Appraisal Checklist for Interpretative &amp; Critical Research</b>	<b>Level of Evidence</b>	<b>Aims</b>
2019 <sup>17</sup>	Rural Remote Health	9	VI	To identify who was involved in providing such care in the Far West Local Health District (FWLHD), how they connect, and any gaps in the network and to describe what care was provided and identify any challenges to care provision.
2019 <sup>18</sup>	J Pain Symptom Manage	10	VI	To translate perspectives from the decision sciences to inform future research about when and how affective predictions may influence decisions about palliative care and advance care planning.
2018 <sup>19</sup>	J Neurol Sci	10	VI	To develop a conceptual understanding of the specific characteristics of palliative care in neurology and the challenges of providing palliative care in the setting of neurological illness.
2017 <sup>20</sup>	Rev Esc Enferm USP	10	VI	To learn the perception of health professionals in an intensive care unit towards palliative care.
2017 <sup>21</sup>	Rev Baiana Enferm.	9	VI	Compreender o processo da comunicação interpessoal na trajetória dos pacientes em cuidados paliativos à luz de Peplau.
2017 <sup>22</sup>	J Fund Care Online.	10	VI	To investigate whether professionals of the Home Care Service value communication in the scope of palliative care, when assisting patients without possibility of healing, and to ascertain the facilitating communication strategies used by these professionals for promoting palliative care.
2017 <sup>23</sup>	Rev Bras. Canc.	9	VI	Identificar e refletir sobre os desafios que interferem na integralidade da assistência em cuidados paliativos pediátricos.
2016 <sup>24</sup>	J Holist Nurs.	10	VI	The purpose of this article is to examine Hildegard Peplau's interpersonal relations theory as a framework to assist nursing students to understand holistic communication skills during their encounters with older adults.
2016 <sup>25</sup>	Rev. Gerokomos.	9	VI	Observe the level of prosocial communication among social and health professionals while interacting with

				seniors in either medical consultation or leisure supervision.
2016 <sup>26</sup>	Enferm Foco	10	VI	Identificar se há a inserção do conceito e dos princípios dos Cuidados Paliativos definidos pela Organização Mundial da Saúde na atuação de enfermeiros.
2016 <sup>27</sup>	Am J Hosp Palliat Care	10	VI	The aim of this phenomenological study was to interpret meanings of connectedness, through narrative interviews with persons admitted to inpatient palliative care in Sweden.
2016 <sup>27</sup>	Rev Bras Canc.	9	VI	Analisar a comunicação como ferramenta essencial para o cuidado e como é aplicada a comunicação de más notícias em cuidados paliativos nos serviços de saúde.
2016 <sup>28</sup>	Am J Hosp Palliat Care	10	VI	To determine whether a structured approach to end-of-life decision-making directed by a compassionate interdisciplinary team would improve the quality of care for patients with terminal illness in a teaching hospital in Ghana.
2016 <sup>30</sup>	Enfermería Universitaria	10	VI	Identificar la importancia de la comunicación del profesional de enfermería con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida.
2015 <sup>31</sup>	Psicol Argum.	9	VI	Investigar a visão do médico intensivista acerca da participação da família em situação de terminalidade em Unidade de Terapia Intensiva e da comunicação de más notícias.
2015 <sup>32</sup>	Esc Anna Nery	10	VI	Identificar os instrumentos da comunicação e papéis desenvolvidos pelos enfermeiros na interação com idosos, de acordo com a Teoria Peplau.
2015 <sup>33</sup>	J Clin Nurs	10	VI	To explore the relationship between nurses and caregivers using a web camera and web forum as the communication methods.

**Figure 2** - Characterization of the articles that made up the corpus of analysis.

## Discussion

Selected articles emphasize that communication is a prime factor for health care. It is essential that health professionals establish positive interpersonal relationships with the user so that they can understand their experiences and, thus, care can be fully developed. Effective communication is considered an essential tool for integral and humanized care because it allows

recognizing and individualizing care by empathically welcoming the needs of the people to whom care is offered<sup>17,19,22</sup>.

The full exercise of communicative skills requires the exchange of information between sender and receiver. In certain situations this process may become difficult in circumstances where there is a possibility of varying interpretations due to the natural duality between the desire to live and the fear of dying. These circumstances may hinder the practice of palliative care professionals<sup>18,20,24</sup>.

The perceived interpersonal relationship in welcoming, interacting and communicating the team with the family is important to minimize suffering and anxiety. By guiding the accompanying family member, the nurse establishes bonds of relationship with the family, in addition to being a mediator between the team as a whole and this family<sup>22,25</sup>.

The articles punctuate some essential components: the configuration of phases of the professional-patient relationship classified as orientation, identification, exploration and resolution. In these phases it is possible to see the roles played by the professionals, which may be from a stranger / unknown, a person or resource provider, a teacher, leader, substitute and counselor, as they act towards and with the patient and your family member in order to resolve the felt needs. These phases are interrelated, overlap, and the temporal duration of each phase changes from the evolution of the process to the resolution of the problem<sup>18,24,30,31</sup>.

The initial phase was called orientation. This concerns the assistance provided by staff when patient and family seek professional help from their particular needs. In the first contact, the professional and the patient do not know each other and, therefore, their role of stranger / unknown develops and their posture should be guided by courtesy. This courtesy can be manifested through elements of nonverbal communication such as touch, facial expression, and decreased physical space between professional and patient, thus showing empathy, affection, and desire for closeness<sup>19,26,29</sup>.

To establish a therapeutic relationship, the patient needs to identify with the professional, thus emerging the second phase, which is identification. For this phase to be adequate, the professional must position themselves clearly, objectively, honestly and know how to listen to each other. This behavior enables the clarification of doubts, the favorable and unfavorable aspects of the proposed therapy to be instituted and the sharing of information<sup>18,24,30,31</sup>.

The patient perceives the professional as an important person who can meet their needs and thus indulge in the help process. Thus, both the physical characteristics as well as the signs of action and objects used by the person influence this process of identification. In the identification phase, two phenomena that may occur due to the diversity of feelings and

perceptions are highlighted: transference and countertransference. In the transference, the feelings and reactions are developed by the patient, not necessarily by the professional who is watching him, but by the distortions of how the patient perceives this professional and his entire team. In countertransference, feelings and reactions are mobilized in the professional not precisely by the patient who presents himself, but by the distortions of how he perceives the patient<sup>19,26,29,32</sup>.

If the interpersonal relationship is properly established in the identification phase, the patient perceives to be able to face their problems, softening feelings of helplessness and physical suffering. Then follows to the third phase called exploration. The patient seeks to remove everything offered to him through the relationship. In this sense, interaction is used in order to achieve benefits and better assistance, varying in the degree of their interests and needs. He may adopt postures of independence or autonomy, dependence, or partially dependence on the professional for the performance of his activities and resolution of the problem situation<sup>18,24,30</sup>.

In the exploration phase, the professional-patient relationship must be motivated by empathy, always seeking to put oneself in the other's shoes, and to understand how he or she would like to be helped. Listening makes it possible to grasp the feelings and specific needs of the patient and family, where therapeutic listening should not be limited only to listening, but requires respect and empathy for the other. During listening, attention should be paid to the signs of space and possible body contact adopted by the professional, as it can convey different messages, helping or interfering with the therapeutic relationship<sup>19,21,30</sup>.

During listening, the team takes on the role of counselor, and this happens in the way professionals respond to patient requests through the use of communicative skills and attitudes to help the patient in the decision-making process, valuing their autonomy. and assisting in resolving the problems that are preventing you from having a decent life. Therefore, it is necessary the assistance support of a team that meets their physical, social, spiritual and emotional needs<sup>17,22,26,33</sup>.

The last phase of the professional-patient relationship is called resolution and it is hoped that the needs of the palliative care patient and family member have been resolved. At this time, the patient and family member should adhere to new goals that are expressed through verbal and nonverbal language<sup>17,22,26,33</sup>.

The resolution of felt needs is related to the skills and roles of professionals: tune into each other, expressing availability and interest; respond to each other through verbal and body language; understand the felt need; pay attention to the individualization of the problem of the

patient and family member, and the need for their involvement in decision making; guide and evaluate, together with the patient and family member, possible action alternatives, helping to identify and adhere to new goals. At the end of this phase, the professional and the patient leave mature and comforted in the therapeutic process by working towards a common goal<sup>18,24,30</sup>.

A disoriented family makes the palliative process difficult, but the family oriented to the benefits for the individual becomes a support for the patient and staff. For this to happen, special attention must be given to the families of the patients in order to establish a bond that makes the experience less traumatic for everyone. Therefore, some factors that influence decision making in complex moments are identified, such as clarifying family and patient doubts, coherent posture of the health professionals involved, and the development of care based on bioethical principles. protecting the rights and dignity of the person<sup>20-1,24</sup>.

The provider is obligated to provide the user or his / her family with the most complete information in order to promote proper understanding of the problem, discussing with him / her appropriate diagnostic and therapeutic options and helping him / her to choose the most beneficial one<sup>19,30</sup>.

Regarding the quality of the information, there are conflicts in the communication especially about the professional who must provide the information about the health situation object of a decision-making process. This is particularly important when it comes to information about bad news and the breakdown of information in the face of the right to the truth. With regard to sick people, difficulties are highlighted due to the ethical emergency, the urgency to transmit difficult diagnostic information. From the human point of view, knowledge management makes professional decision making considerably complex<sup>18,25,32,33</sup>.

It is noteworthy that these aspects underlie the care process and the ethics related to the preservation of privacy and confidentiality as inseparable attributes of the ethical-legal obligation that must be respected in verbal and nonverbal communications. This concerns the different interactions that are established between the various members of the health team that have as their object the care of people and their families<sup>17-9,24</sup>.

Death is still seen as taboo in our society, in this sense it is considered morbid to talk about it, especially in the spaces considered therapeutic where it occurs relatively frequently, such as the ICUs of hospitals<sup>17,20,22</sup>. Due to the emotional peculiarities of the situation and the fact that the patient himself can feel and express conflicting emotions and desires, most professionals feel unprepared to safely develop their communicative skills, making therapy difficult, which is an aspect considered structural for the proper exercise of palliative care for

patients, families and staff. Although verbal and nonverbal communication are part of the arsenal of innate human capabilities, they do not always prove to be an easy skill to exercise<sup>25,30</sup>.

There is a need for the interdisciplinary team to improve patient communication where they work together on how best to approach the patient with a difficult prognosis. The family is a relevant part of the team in helping to develop actions that work for the patient by addressing the issue clearly between the team, the patient and their families, which leads to an increase in the acceptance and autonomy of the patient as well as resignation from the patient's family<sup>24,29,31</sup>.

Although science has provided professionals with tools to support the decision-making process, it is necessary to respect the autonomy of the person so that the relationship often established between patients, family and professionals is pleasurable<sup>23-4</sup>.

Communication is a fundamental strategy for the development of conducts surrounding palliative care in order to generate greater trust between the professional, patient and family. The inclusion of the family in the whole process enables greater data collection of patients, allowing them to be fully met<sup>19,24,26</sup>.

Communication is indispensable for the provision of palliative care even in situations where there is no certainty that a great interaction between professional and user has been established. Even in the presence of uncertainty, it is assumed that one understands what is being said. Verbal communication associated with nonverbal communication is of utmost importance and demonstrates it continuously, as gestures and glances can send the comprehensive messages to the recipient<sup>18,22,29,31</sup>.

The decision about the death process must be interconnected between the fundamental triad in this process: the person, the family and the health professionals. When a concise and efficient dialogue is established, decision-making in the face of the delicate moment, such as the death process, becomes less stressful for the different actors involved. Decision-making in the death process has as its fundamental role the well-being of the person, after his family and, finally, of the health professional. It is of fundamental importance that these protagonists are in harmony so that every decision regarding care is discussed and agreed upon between the parties and in the best possible way, with the patient receiving the care as the center<sup>19,24,26</sup>.

In some cases, both communication and care for relatives of people unable to cure can sometimes be neglected and their fears and sufferings forgotten by the multiprofessional team, which does not take into account the autonomy and dignity of the person<sup>18,24,30,32</sup>.

However, the family must be prepared, since the news of the curative impossibility is too complex, since the proximity of the death of a loved one is a moment of psychosocial and

affective changes in the family group. Acceptance of the family is essential, because only after understanding palliative care and its effects on your relative will you consent to the cessation of futile curative measures and the establishment of adequate palliative care<sup>22,25,28</sup>.

It is essential to provide the family and the patient with the means to express their psychosocial and spiritual needs to cope with the dying process. The importance of dialogue as an essential element is emphasized so that patients and their families have knowledge about the therapeutic itinerary and can assume their role in the decision-making process, actively participating in care and self-care actions<sup>23,26</sup>.

Therefore, caregivers and caregivers need to encourage effective communication to help them discover and choose the best option for their individual needs<sup>18,28</sup>. The team should be aware of verbal reports, pain faces, eyes, and expressions of discomfort if not verbally reported. Vital signs are good indicators for the assessment of pain symptoms, being evidenced by changes in increased blood pressure and heart rate, increased respiratory rate, making continuous verification of these data essential. Such action generates a systematization of care more focused on the patient's reality<sup>19,30</sup>.

## **Conclusion**

The communication process is fundamental for palliative care to be offered to patients who are unable to cure and to fully meet their needs. The communication between professionals seeks through shared knowledge to offer the best care available, which will provide security for the person and their families regarding the certainty of the quality of care provided.

It is also possible to realize that it is important to establish a clear and sincere communication between the components of the multidisciplinary team, the patient / family, in order to draw together a therapeutic plan of patient care beyond the therapeutic possibility of cure, which enables both him and her. give the family a perspective that the last moments of their lives will be of quality, as all their needs will be fully respected by a balanced and harmonious team in their decisions and work planning.

## **References**

1. Carvalho CMS, Amorim FCM, Silva RTS, Alves VF, Oliveira ADS, Monte NS. Feelings of women diagnosed with breast cancer. *Rev Enferm UFPE online*. 2016; 10(11):3942-50. Available at: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11476>. Date accessed: 31 ago. 2019.

2. Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(1):34-40. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100004>.
3. Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017; 29(2):222-230. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170031>.
4. Lima MP, Oliveira MC. Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care. *Rev Rene*. 2015; 16(4):593-602. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400017>.
5. Faria CC, Santos MCM, Light NC, Pereira LF, Lima RS, Haddad JGV. How leader nurse communicates in a hospital: an analysis of discursive practices. *J Res Fundam Care Online*. 2017; 9(1):152-8. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.152-158>.
6. Caswell G, Pollock K, Harwood R, Porock D. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2015; 14(35):1-14. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>.
7. Fernandes HN, Thofehrn MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. *J Res Fundam Care Online*. 2015; 7(1):1915-26. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926>.
8. Fontes CMB, Menezes DV, Borgato MH, Luiz MR. Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(5):1089-95. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>.
9. Moir C, Roberts R, Martz K, Perry J, Tivis LJ. Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses of

- staff RNs. *Int J Palliat Nurs.* 2015; 21(3):109-112. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109>.
10. Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(5):981-7. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.
11. Silva RB, Mandelli JP, Dias DMT. Sobre a relação homem-trabalho no contexto da sociedade líquido-moderna: reflexões a partir de Zygmunt Bauman. *Barbarói.* 2015; 45(2):293-309. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.5263>.
12. Furlan CC, Maio ER. Educação na modernidade líquida: entre tensões e desafios. *Mediações.* 2016; 21(2):278-302. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2016v21n2p279>.
13. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014; 23(1):183-4. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>.
14. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a qualitative research. 2017. Available at: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>. Date accessed: 31 ago. 2019.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*, São Paulo: Edições 70. 2011.
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.
17. Saurman E, Lyle D, Wenham S, Cumming M. A mapping study to guide a palliative approach to care. *Rural and Remote Health.* 2019; 19(1): 4625. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.22605/RRH4625>.
18. Ellis EM, Barnato AE, Chapman GB, Lerner JS, Peters E, Padgett L et al. Toward a Conceptual Model of Affective Predictions in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.*

2019; 57(6):1151-65. Date accessed: 31 ago. 2019.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.008>.

19. Gofton TE, Chum M, Schulz V, Gofton BT, Sarpal A, Watling C. Challenges facing palliative neurology practice: A qualitative analysis. *Journal of the Neurological Sciences*. 2018. 385(1):225-31, 2018. Date accessed: 31 ago. 2019.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.12.008>.

20. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO.

Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03221. Date accessed: 31 ago. 2019. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221>.

21. Galvão MIZ, Borges MS, Pinho DLM. Comunicação interpessoal com pacientes

oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Baiana Enferm*. 2017; 31(3):e22290. Available

at: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22290/15092>. Date

accessed: 31 ago. 2019.

22. Andrade CG, Costa SFG, Costa ICP, Santos KFO, Brito FM. Palliative care and

communication: study with health professionals of the home care service. *J Res Fundam*

*Care*. 2017; 9(1):215-221. Date accessed: 31 ago. 2019. doi:

<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221>.

23. Martins GB, Hora SS. Challenges to the integrality of assistance in palliative care in the

Pediatric Ward of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva. *Rev Bras*

*Cancerol*. 2017; 63(1):29-37. Available

at:[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_63/v01/pdf/06b-artigo-desafios-a-integralidade-da-assistencia-em-cuidados-paliativos-na-pediatria-oncologica-do-instituto-nacional-de-cancer-jose-alencar-gomes-da-silva.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_63/v01/pdf/06b-artigo-desafios-a-integralidade-da-assistencia-em-cuidados-paliativos-na-pediatria-oncologica-do-instituto-nacional-de-cancer-jose-alencar-gomes-da-silva.pdf). Date accessed: 31 ago. 2019.

24. Deane WH, Fain JA. Incorporating peplau's theory of interpersonal relations to promote

holistic communication between older adults and nursing students. *J Holist Nurs*. 2016;

34(1):35-41. Date accessed: 31 ago. 2019. doi:

<http://dx.doi.org/10.1177/0898010115577975>.

25. Plaza-Carmona M, Requena-Hernández C. Uso de la comunicación prosocial en profesionales sanitarios y sociales con personas mayores: estudio piloto. *Gerokomos*. 2016; 27(1):13-8. Available at: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100004). Date accessed: 31 ago. 2019.
26. Oliveira MC, Gelbcke FL, Rosa LM, Vargas MAO, Reis JBG. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Enferm Foco*. 2016; 7(1):28-32. Available at: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/661>. Date accessed: 31 ago. 2019.
27. Hakanson C, Ohlén J. Connectedness at the End of Life Among People Admitted to Inpatient Palliative Care. 2016; 33(1):47-54. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909114554077>.
28. Bastos BR, Fonseca ACG, Pereira AKS, Silva LCS. Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos. *Rev Bras Cancerol*. 2016; 62(3):263-66. Available at: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v03/pdf/10-artigo-opinioao-formacao-dos-profissionais-de-saude-na-comunicacao-de-mas-noticias-em-cuidados-paliativos-oncologicos.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/10-artigo-opinioao-formacao-dos-profissionais-de-saude-na-comunicacao-de-mas-noticias-em-cuidados-paliativos-oncologicos.pdf). Date accessed: 31 ago. 2019.
29. Edwin AK, Johnson McGee S, Opare-Lokko EA, Gyakobo MK. A Structured Approach to End-of-Life Decision Making Improves Quality of Care for Patients With Terminal Illness in a Teaching Hospital in Ghana. *Am J Palliat Care*. 2016; 33(2):144-9. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909114557350>.
30. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm Univ*. 2016; 13(1):55-60. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.
31. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado, RN. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Psicol Argum*. 2015; 33(81):314-29. Available at: [http://www.innerpsicologia.com.br/arquivos/ARTIGO\\_FINAL\\_PSIARG.pdf](http://www.innerpsicologia.com.br/arquivos/ARTIGO_FINAL_PSIARG.pdf). Date accessed: 31 ago. 2019.

32. Silva JPG, Costa KNFM, Silva GRF, Oliveira SHS, Almeida PC, Fernandes MGM. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):154-61. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100154](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100154). Date accessed: 31 ago. 2019.
33. Britto SMC, Ramos RS, Santos EI, Veloso OS, Silva AM, Mariz RGA. Social representation of nurses on palliative care. *Rev Cuid*. 2015; 6(2):1062-9. Date accessed: 31 ago. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.170>.

“Só podemos realmente viver e apreciar a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos. Aprendi tudo isso com meus paciente moribundos que no seu sofrimento e morte concluíram que temos apenas o agora, portanto, goze-o plenamente e descubra o que o entusiasmo, porque absolutamente ninguém pode fazê-lo por você.”

**Elizabeth Kübler-Ross**

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.  
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

**Mahatma Gandhi**

Os resultados desta tese são apresentados a seguir e expostos em dois artigos.

Foi elaborado um terceiro artigo original intitulado “O cuidado transpessoal e a percepção dos enfermeiros sobre a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos”. Este artigo foi aceito e publicado no periódico *International Journal of Development Research* (Revista Internacional de Pesquisas em Desenvolvimento) e publicado em inglês sob o título “Transpersonal Care and nurses' perception of spiritual assistance to elderly patients in Palliative Care”.

Com a participação de 27 enfermeiros, este estudo buscou apreender a percepção dos enfermeiros sobre a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos, onde foi possível evidenciar que mesmo diante de dificuldades para prestar um cuidado espiritual, o apoio familiar, os momentos da escuta e as execuções de atividades que motivam a paz interior são significativos para uma resposta maior da espiritualidade do paciente idoso.

Foi elaborado ainda, um quarto artigo original intitulado “A assistência multiprofissional e a percepção fragmentada dos princípios dos cuidados paliativos”, o qual também foi aceito e publicado no periódico *International Journal of Development Research* (Revista Internacional de Pesquisas em Desenvolvimento) e publicado em inglês sob o título “Multiprofessional Assistance and Fragmented Perception of the Principles of Palliative Care”.

Através de uma etnografia realizada com 36 profissionais, este estudo buscou descrever e analisar a percepção da equipe multidisciplinar acerca dos princípios que norteiam os cuidados paliativos. Com isso, constatou-se a necessidade de uma preparação no que concerne ao domínio de conhecimentos técnicos e no entendimento do significado de cuidados paliativos, como também uma preparação voltada aos aspectos emocionais dos profissionais, uma vez que, o cotidiano da prática paliativista e demonstrou uma assistência a qual muitas vezes é centralizada na dimensão físico-biológica do paciente, subterfugiando demais dimensões importantes, como social, psicológica, familiar e espiritual.

Como foi citado anteriormente, a revista é indexada nas principais bases de dados nacionais e internacionais e correspondente à classificação pelo Programa da CAPES Qualis B1 para enfermagem e A2 para interdisciplinar e ainda fator de Impacto 6,68 certificado pela Scientific Journal Impact Factor (SJIF).

## 5.1 ARTIGO ORIGINAL 3 – DECLARAÇÃO DE ACEITE NO ANEXO 6

MATOS, J. C.; GUIMARÃES, S. M. F. Transpersonal care and nurses' perception of spiritual assistance to elderly patients in palliative care. *International Journal of Development Research*. v.9, issue, 10, pp. 30929-33, 2019.

### TRANSPERSONAL CARE AND NURSES' PERCEPTION OF SPIRITUAL ASSISTANCE TO ELDERLY PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

1. Johnata da Cruz Matos. Nurse. PhD student in Health Sciences and Technologies. Master in Nursing. Universidade de Brasília – UnB.
2. Silvia Maria Ferreira Guimarães. PhD in Anthropology. University of Brasilia - UnB.

#### Abstract

**Objective:** to understand the perception of nurses about spiritual care for elderly patients in palliative care. **Methods:** a descriptive study with a qualitative approach, carried out with 27 care nurses at the University Hospital of Brasilia in 2018. The interviews were conducted through a semi-structured script and submitted to content analysis. The technique of structuring the discourse of the collective subject was carried out. **Results:** it was possible to construct five discourses of the collective subject and grouped into two categories called 1) Spiritual care offered by the nurses, and 2) Factors favorable and unfavorable to the offer of spiritual care for elderly patients. From the central nuclei present in the reports, respondents consider spiritual assistance and family participation in palliative care important. However, they attribute the role of intervening in spirituality mainly to religious volunteers and the family. **Conclusion:** the study shows that even in the face of difficulties in providing spiritual care, family support, moments of listening and the execution of activities that motivate inner peace are significant for a greater response of the spirituality elderly patients.

**Descriptors:** Nursing Care; Palliative care; Spirituality. Health of the elderly.

#### Introduction

Aging is a natural process that characterizes a stage of human life. With technological advances, decreased mortality rates due to improved sanitary conditions, and decreased fertility rates due to the possibility of birth control, Brazil is in the process of reversing the age pyramid thus demonstrating the increase in population aging. However, aging is also one of the risk

factors for the development of chronic diseases, including cancer. With the development of the ability to think rationally and logically, there was also a need to try to understand the meaning of life and death, especially for individuals outside the therapeutic possibilities of cure, as they need differentiated care from those seeking curativist treatment<sup>1</sup>.

Palliative care consists of a care modality granted to the patient and his family in the face of a disease or clinical condition that impairs the continuity of life. These interventions are provided by a multidisciplinary team who observe the patient in their physical, social, psychological and spiritual aspects, with the purpose of improving the quality of life, prevention and identification of diseases, as well as relieving suffering and pain, permeated by effective communication. In this sense, this practice is essential when clinical and therapeutic cure interventions are not effective<sup>2</sup>.

In 2015, Brazil was ranked 42nd in the Quality of Death Index ranking where palliative care provided by eighty countries was assessed through analysis of health professional reports, presence of national policies and investments aimed at palliative care<sup>3</sup>. Although Brazil presents a growth in relation to the index published in previous years, and has legislation that guarantees the right of access of citizens to this type of therapy, the country still has difficulties in implementing the quality of care<sup>4</sup>.

The terms spirituality and religiosity for many have the same meaning, but are distinct processes. Spirituality corresponds to a unique knowledge of each individual who seeks explanations that go beyond their understanding of the existential process. It has an essential role in the process of care and treatment of diseases, as it is not based exclusively on religion, but on principles related to its own values, and can thus be included in the various stages and contexts. In contrast, religiosity refers to a practice based on belief that brings the lender closer to specific deities. This, in turn, governs a collective behavior and way of life; in this sense they can be shared between people of the same religion<sup>1,5-8</sup>.

Transpersonal Care advocates the promotion of a spiritual approach to the care process. Nursing should not be based on the traditional biomedical model, which focuses only on the cure of diseases through a series of established protocols, but attributes spirituality as an important aspect in integral patient care. In addition to including a spiritual dimension in care, Watson explains that through the nurse's interaction with the patient, we can explore their emotions and subjectivity and analyze their relationship in the care process<sup>9</sup>.

Palliative care is becoming increasingly present in nursing interventions to elderly patients at the end of life, and it is necessary to understand the nurses' perception, the importance and the meaning that spirituality has in care. Since these professionals spend more time with

patients and family members during hospitalization, they often perceive their particularities more easily. In this sense, grasping their perception is indispensable to broaden the debates on this theme.

Faced with so many challenges involving the spiritual dimension in palliative care, this study is based on the following guiding question: How do nurses perceive the importance of spiritual assistance to elderly patients in palliative care? Thus, the study aims to apprehend nurses' perceptions about spiritual assistance to elderly patients in palliative care.

## **Method**

This study corresponds to a descriptive research with qualitative approach. To better understand the thoughts of the subject, group or collectivity, one should explore their ideas through qualitative knowledge, which aims to evaluate quality subjectively<sup>10</sup>.

The research was carried out with assisting nurses from the University Hospital of Brasilia (HUB) from July to November 2018. To choose the sample, the study included professional nurses who worked in the Medical Clinic sector at the HUB for a minimum period. 1 year, since this time was established so that the experiences with palliative care of these professionals were sufficient to achieve the research objectives. Nurses who were on vacation or leave during the data collection period and those who did not perform care activities, that is, worked only in administrative functions, were excluded.

The sample consisted of 27 nurses, to whom the researchers clarified all doubts regarding the purposes of this study. Subsequently, the data were collected through semi-structured interview interviews, recorded through audio recording in a private place, affirming the right of data confidentiality. The interviews were transcribed in their entirety and analyzed following the technique of content analysis, where the ideas are described as a union of different methodologies whose function is to examine various forms of arguments, with the purpose of observing all the data obtained, be they verbal or nonverbal<sup>11</sup>.

The content analysis technique made it possible to emerge two categories named 1) Spiritual care offered by the nurses, and 2) Factors favorable and unfavorable to the offer of spiritual care. Through the analysis of the participants' speech extracts it was possible to identify the central nuclei found in the reports, and this allowed the formation of Collective Subject Discourses (CSD).

In this sense, the main approaches and meanings of spiritual care organized in order to apply Jean Watson's Theory of Transpersonal Care were prioritized. The technique of structuring the Collective Subject Discourse (CSD) takes up social representations, linking

individual and collective interpretations, that is, grouping particular ideas with similar logic to construct a discourse that expresses the concept of the point of view. collective view<sup>12</sup>. Thus, there is no individual identification of the research participants, since the statements present a collective idea.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Ceilândia - FCE of the University of Brasilia - UnB under opinion No. 2.642.997.

## Results

Study participants were 27 nurses who work in direct assistance in palliative care to elderly patients out of therapeutic possibilities of cure. Among these, 20 participants (74%) were female and 7 participants (26%) male. When asked about the time of nursing education, 10 participants (37%) had less than 5 years of training, 10 (37%) between 5 and 10 years of training, and 7 participants (26%) had more than 10 years of training. Regarding the time of working with palliative care, all 27 (100%) were younger than 5 years and 14 participants (51.5%) reported having done at least 1 training focused on palliative care and terminal life.

### 1) Spiritual care offered by care nurses.

Faced with a nursing, often based on biomedical models and focused only on curing the disease, it is necessary an approach that fully values the patient, treating each individual according to their different specificities and needs, as observed in the CSD 1.

*CSD 1 - Care is not just about giving that nursing care. All of this involves psychological, spiritual, religious aspects, because everyone is different, each has their own belief. We have to know how to respect the opinion of the individual. The spiritual part is very important. Knowing that this life we take nothing. So, we give that pain control work, psychological work, comfort, in general, so that it gets even better in the acceptance phase of its own death, especially that elderly patient. But more important than technique, than technical procedures, I think it is this more humanistic approach, thus, to see the patient as a being, who thinks, with needs, who has his religion, who has his beliefs and their values.*

Through discourse, we found that participants consider that addressing spiritual aspects improves the acceptance of elderly patients in palliative care in the process of finitude of life. In addition to securing the opinions of individuals and maintaining respect for their religious beliefs, practitioners prioritize pain relief.

Many times, due to the large number of patients, work overload and excessive technical procedures, they are limited to promoting biological care and relegating care in the other

dimensions to a secondary level, not providing adequate spiritual support to patient, family and the nursing team.

In CSD 2, it is clear that most participants delegate the role of providing spiritual care to other professional classes, religious entities and even family members.

*CSD 2 - In fact, it was not our job. Is not it? To be working on these psychosocial, spiritual aspects, but as in the internment, nursing is more involved than any other professional there we try a little. A care focused on spirituality being offered by nursing continuously, this does not happen. We also have visits, because here is a hospital open to all faiths and religions and creeds, so every creed, belief, has its spiritual support. So this spiritual part is more up to the volunteers. We promote the listening moment and are more focused on prescription. It is what is written there, it is the care. Being that in some moments, the patient just wants a word of comfort, a friendly word and, by our routine, sometimes, it is impossible to do that. Then sometimes the family also takes on this very important role.*

According to reports, representatives of various religions are welcomed to provide spiritual support, and according to the participants, mistakenly, this role is not seen as an assignment of nursing professionals. It is possible to perceive some contradictory concepts and this shows us that the participants confuse the meaning of spirituality with religiosity, and may impair the choices of interventions to be provided during spiritual care, since religion supplies only part of the spiritual dimension.

Participants, while attributing the spiritual approach to religious volunteers, promote and encourage therapeutic listening which is one of the main methods used in spiritual care. However, they do not realize that this is a therapeutic moment in the care process, nor is it of importance to the patient.

In CSD 3, we can see the importance of including the family in the care process. A family educated about the conduct within the palliative care acts as an aid to the team. However, an uninformed family with little participation assumes the role of subject to be cared for with the patient.

*CSD 3 - If the family does not participate, the patient feels rejected, feels more angry, many times, he has accepted that it is no use caring, that he will die, so if he realizes that the family is more present, he accepts more because he knows that the family is there and being taken care of, that there is still a prospect of improvement, that he can go home. So all this influences. The family is an antidepressant, the family is often better than the medicine. The medication soothes their pain, their internal pain, that pain suffered, but for the mind, only the family itself. The approach of the family is essential.*

*So family not only wife, children and grandchildren, you know? Family is what the patient considers as a family, be it a friend, a partner, a cousin, a neighbor or even a pet. I think someone's participation is very important. No one wants to die alone.*

In care, the importance of the family is notorious, since patients accompanied by their relatives have a greater response to the treatment provided, that is, often what relieves pain and discomfort is not only the medications, but the support of the patients' relatives. In contrast, those who remain alone, besides feeling abandonment, do not express expectations of progress and improvement of symptoms.

It is possible to observe the benefits as the team includes family members in the process, however it is noteworthy that it is essential for the professional to consider as familiar who the patient thinks is familiar.

## 2) Favorable and unfavorable factors for offering spiritual care to elderly patients.

In CSD 4, we can observe that when professionals act in a cohesive manner and focused on the needs of patients and their families, care becomes qualified and patients experience humanized care.

*CSD 4 - What makes it easier? It really is the team, because here the team is very united, organized, we see this commitment with the patients. Here, the team is very human. It is important to try to respect the patient's autonomy. The elderly patient wants to do some distracting activity, a painting, a craft or something he has always done at home, we detect this desire, if the patient has conditions, we offer. We had a patient she painted. She had been a teacher and made several drawings during the day and she gave to the other patients. So we would put it on the headboard and it would be really cool. She felt good painting. It ended up conveying that she was satisfied. When she was doing this the whole team was involved, encouraging.*

It is clear that the interventions can evolve and go beyond a simple conversation, thus giving a new meaning to spiritual care, alleviating their anxieties and enabling quality of life. When the team is united and communication flows effectively among professionals, even the simplest practices result in a diverse and individualized welcome.

Based on the reports, the promotion of activities that stimulate happiness, pleasure and satisfaction alleviate the disabilities that elderly patients experience during hospitalization. These dynamics allow the growing desire to live and the search for feelings of usefulness and functionality during palliative care.

In CSD 5, we can infer that professionals do not feel prepared to provide spiritual support, presenting obstacles such as lack of time due to hospital demand, lack of a private environment

for this approach, difficulty to talk about religious issues, the patient's lack of confidence in the professional, and also because they lack knowledge or adequate preparation.

*CSD 5 - And there had to be training, right? I find this very essential because sometimes we don't know how to deal with the patient, how to deal with the family. The familiar is equal to a cliff. Because for them, I do not know if it is not well explained or do not accept the patient's condition. They are quite shaken. As much as they know it's palliative, they want them to make often unnecessary interventions until the last moment. There is also the issue of work overload, I consider as the main factor that makes it difficult. Sometimes you even want to provide good care, but because of the large contingent of patients, you cannot provide such assistance as you would like. Nobody accepts death, it makes it very difficult. Today, everyone's vocational training is to take care of those who will survive. You leave college thinking you will save lives. It's very complicated. Another thing that I think makes it difficult is also the lack of communication, the lack of dialogue between the different professions. I can hardly, for example, talk to the psychologist or the doctor. This is a problem.*

The nurses clarify during the interview that the family can be a hindrance for not understanding the patient's condition. Therefore, professionals should be able to provide spiritual care for this group, facing limitations such as grief, the constant search for life and interference through the care provided by the team.

## **Discussion**

The perception about the continuity of life in contrast with the experience of its terminality is explicit, among several aspects, in the pursuit of spirituality by patients in end-of-life care. Each patient undergoing palliative care perceives in a unique and personal way this moment of wide complexity<sup>13</sup>.

The difficulty in dealing with death, the attachment to the constant struggle to maintain life and the fear and the search for prevention and relief of pain and suffering are significant aspects in the living of elderly patients who are in vulnerable conditions. It is important for patients at this moment to highlight feelings such as the relevance of faith, the meaning of life and the hope of healing, even without possibilities, and which may contribute to the relief of various symptoms<sup>14</sup>.

The Theory of Transpersonal Care inserts the faith-hope stimulus and correlates it with nursing care in promoting patient stability. By respecting each patient's beliefs and limitations, transpersonal care is guided beyond human needs and the health recovery process<sup>9</sup>. The inclusion of spiritual care is essential in hospice care, as family support, love, hope, and faith are key characteristics of meeting client needs during team interventions<sup>8</sup>.

Health practices, for the most part, are still limited in caring for the spiritual dimension. Many times due to lack of skills and abilities of professionals, taking care of aspects that involve body, mind and spirit, has still been a big challenge. Thus, it is important to understand the relevance of comprehensive care in order to overcome paradigms that may impact on therapy and the entire care process<sup>3</sup>.

In considering the assumptions of Transpersonal Human Care, we note that the theorist makes clear the need to promote incentives that also include integral care for families. Thus, such conditions should always permeate spiritual care both for the elderly patient during the experience of the terminal life process, as well as for the family until the end of the bereavement period<sup>15</sup>.

The family is one of the most important sources of support for the elderly patient in palliative interventions. It enables and facilitates spiritual care by enabling staff to gain insight into the patient's life history, beliefs, dogmas, expectations and reluctances. Sometimes, the team faces a patient who does not have the traditional family formation of father, mother, children and grandchildren, so it is up to the professionals to promote the inclusion of people who represent an affectionate bond to the patient, so as to assist in care and contribute to the nurse's performance. These family members and friends also suffer from the patient's illness and it is up to the team to welcome and mitigate the suffering of all involved<sup>16-17</sup>.

One of the central axes presented by Jean Watson in his theory of Transpersonal Human Care, is the development of a relationship of help and trust that enriches the individual growth of the nurse and the patient, ensuring a relationship without therapeutic impasses and enabling the establishment of new goals to be reached in the care process<sup>15,18</sup>.

The performance of nursing professionals involved in teamwork is a practice that enables humanized care to patients and their families. A spiritual approach is not only limited to theories and protocols, so it is necessary to promote moments of listening, pay attention to patient preferences and provide moments that value their comfort and well-being<sup>14</sup>.

The nurse analyzes the responses of the patient as a whole, and because they are in continuous contact due to the particularities of the profession, the nurse has greater opportunities to understand the needs of the patient and family, and thus encompass the spiritual area in care. The methods used by them focus on effective communication and qualified listening that favors an increase in the bond with the sick, as well as others such as music, occupational therapies, enabling the meeting with family members, and other conducts that bring the patient closer to what he considers sacred. They are also used to assist in the promotion of spiritual care<sup>3,7</sup>.

It is relevant to analyze how the treatment of elderly patients in palliative care is still an obstacle for nursing. In order to build a transpersonal relationship, it is necessary for the nurse to disconnect from previously determined principles and be willing to be involved in integral care. This means that emotional involvement with the patient is essential<sup>9,14</sup>.

The process of finitude in life stimulates various emotional reactions, involving the professional, the patient and the family, since it requires everyone to analyze their own finitude. Proposing to the nursing staff that their performance is humanized even in the face of so many vulnerabilities, becomes complex due to the fact that many professionals in their academic education were instructed to always prioritize the protection and preservation of life, becoming thus unprepared to deal with death<sup>14</sup>.

Due to the difficulty of nurses to approach spiritual care in care, the lack of preparation and insertion of this practice in the routine of the nursing team, it is crucial to motivate the search on this subject, in order to collaborate with care and add new knowledge about palliative care and spirituality. In this sense, it was noticed that the limited number of literatures about spirituality and the participants' lack of knowledge about spiritual care were the main factors that limited the research.

## **Conclusion**

Through the study it was possible to reach the proposed objective of apprehending the nurses' perception about spiritual assistance in palliative care. It was also possible to analyze the perspective of nurses on the meaning and importance of spiritual assistance in palliative care through a comprehensive approach, which is essential to develop practices that in addition to favoring faith and spirituality, perseverance and expectations about the end of life, glimpses the various aspects of human existence.

The biggest challenge for the research participants was to visualize how the spiritual dimensions should have greater relevance in the daily life of the caregiver. Sometimes, what made spiritual assistance difficult was the lack of knowledge about concepts such as religiosity and spirituality, the demand for exhaustive work routine, a care centered on the physical-biological aspects and with that the lack of time for spiritual approach, lack emotional support to the team and even a fragmented professional formation that contributed little to the insertion of this practice in palliative care.

Throughout the development of the study, it was possible to show that family support, listening moments and activities that motivate inner peace are significant for nurses. However, dealing with the patient's spirituality in palliative care reveals aspects that go beyond assisted

gaze, currently focused mainly on pain relief and promotion of comfort. Given this, it is essential that the entire care team look at the patient holistically, treating the human being in their biopsychosocial and spiritual dimension.

Thus, a new research proposal on this topic could involve the understanding of other professionals of the multidisciplinary team, besides covering other hospital sectors involved in the process to add and optimize spiritual care in all dimensions of care and identify coping strategies in other contexts.

### References

1. Cervelin AF, Kruse MHL. Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):136-42. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>.
2. Moraes E, Conrad D, Mattos E, Cruz S, Machado G, Abreu M. Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(2):318-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.318-325>.
3. Kelly D. Politics and palliative nursing. *Int J Palliat Nurs*. 2018; 24(1):3. DOI: <http://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.1.3>.
4. Luiz MM, Netto JJM, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(2): 585-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592>.
5. Gomes NS, Farina M, Forno CD. Spirituality, Religion and Religion: Concepts Reflection in Psychological Articles. *Rev Psic IMED*. 2014; 6(2): 107-12. DOI: <http://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n2p107-112>.
6. Arrieira ICO, Thofehn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. The meaning of spirituality in the transience of life. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(1): e20170012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>.
7. Tonin L, Nascimento JD, Lacerda MR, Favero L, Gomes IM, Denipote AGM. Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4):e20170034 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0034>.

8. Saviato RM, Leão ER. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1): 198-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>.
9. Santos KH. Nursing care in people with sickle cell anemia: application of Jean Watson's theory in the nurse-individual relationship. *Saúde em Revista* [internet]. 2016 [citado 2018 Jul 18]; 16(44): 55-61. Disponível from: [www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/download/2401/1812](http://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/download/2401/1812).
10. Wadams M, Park T. Qualitative Research in Correctional Settings: Researcher Bias, Western Ideological Influences, and Social Justice. *J Forensic Nurs*. 2018; 14(2):72-9, 2018. DOI: 10.1097/JFN.000000000000199.
11. Carlomagno MC, Rocha LC. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Rev Eletr Cien Política*. 2016; 7(1): 173-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/recp.v7i1.45771>.
12. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto Context Enferm*. 2014; 23(2): 502-07. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
13. Benites AC, Neme CMB, Santos MA. Significance of spirituality for patients with cancer receiving palliative care. *Estud. psicol*. 2017; 34(2): 269-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000200008>.
14. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS. Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1): 176-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.
15. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Humanized care of nursing according to the theory of Jean Watson, medical service of the hospital Daniel Alcides Carrión. Lima – Callao. *Rev. enferm. herediana*. 2016; 9(2): 133-42. Disponível em: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/3017/2967>.

16. Lima MP, Oliveira MC. Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care. *Rev Rene*. 2015; 16(4):593-602. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i4.2752>.
17. Matos JC, Borges MS. The family as a member of palliative care assistance. *Journal of Nursing UFPEon*. 2018; 12(9): 680-85. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234575p1129-1139-2018>.
18. Izquierdo ME. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev Cubana Enfermer*. 2015; 31(3). Disponible em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es).

## 5.2 ARTIGO ORIGINAL 4 – DECLARAÇÃO DE ACEITE NO ANEXO 7

MATOS, J. C.; GUIMARÃES, S. M. F. Multiprofessional assistance and fragmented perception of the principles of palliative care. *International Journal of Development Research* v.9, issue, 11, pp. 31525-30. 2019.

### MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE AND FRAGMENTED PERCEPTION OF THE PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE

1. Johnata da Cruz Matos. Nurse. PhD student in Health Sciences and Technologies. Master in Nursing. Universidade de Brasília – UnB.
2. Silvia Maria Ferreira Guimarães. PhD in Anthropology. University of Brasilia - UnB.

#### Abstract

**Objective:** to describe and analyze the perception of the multidisciplinary team about the principles that guide palliative care. **Method:** ethnographic study with qualitative analysis performed with 36 professionals who work in palliative care. Data collection consisted of recorded interviews, guided by a semistructured script and with the help of a field diary. The interviews were analyzed according to the technique of collective subject discourse where the statements present a group idea. **Results:** from the analysis of the data emerged categories that refer to the daily life of the palliative practice and show a care that is often centralized in the physical-biological dimension of the patient, subduing other important dimensions such as social, psychological, family and spiritual. **Conclusion:** the need for a preparation regarding the domain of technical knowledge and the understanding of the meaning of palliative care was verified, as well as a preparation focused on the emotional aspects of the professionals.

**Keywords:** Humanization of Assistance; Multiprofessional team; Hospice Care.

#### Introduction

The technological improvement applied to health has enabled an improvement in the quality of life of patients, acting notably in the processes of beginning and ending life. As technological progress has taken place, the problems that arise in dealing with end-of-life care have also advanced, thus contributing to a process of institutionalizing death, and it is necessary to critically debate human existence<sup>1-3</sup>.

Palliative care is defined as an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families while facing the problems associated with the disease that compromise the continuity of life through prevention and relief of suffering through early identification and

assessment, treatment and treatment of pain and other possible physical, psychosocial and spiritual problems<sup>4</sup>.

The concept of palliative care was introduced with the aim of creating a new philosophy for the care of patients with serious diseases. This philosophy is centered on two major areas of attention, namely, effective control of pain and symptoms of the disease and treatments, and care for the patient and family in the physical, psychological, social and spiritual dimensions<sup>5</sup>.

In recent years, the interest in palliative care has grown considerably, especially regarding the technologies used to prolong life and the improvement of care offered during the life terminality process<sup>2</sup>. Systematizing care and organizing care for a clientele in their last days of life is still a great challenge for the multiprofessional team. Therefore, it is necessary that professionals are qualified to provide care in a systematic way, thus maximizing the implementation of the actions implemented<sup>6</sup>.

However, it is known that the process of training of professionals favors the naturalization culture of a technical assistance considered as the only form of care. This creates a mismatch between the needs of family members and professional practice, because while family members seek compassionate and loving care, professionals often appropriate an eminently technical, cold and impersonal practice, evading closer interactions. that palliative care often requires on the grounds of avoiding countertransference processes<sup>6</sup>.

Based on this problem, this study aims to analyze the perception of the multiprofessional team about the principles that guide palliative care.

## **Method**

This is an ethnographic study with a qualitative approach to data. The ethnographic study is developed in three distinct moments, but linked to each other: the look, the hearing and the writing. Looking and listening are presented in data collection, while writing is part of the analysis and interpretation of field data<sup>7</sup>.

The participants of this study correspond to 36 professionals who are part of the multiprofessional care team and who provide care to patients and families in palliative care at the University Hospital of Brasília - HUB, specifically in the Medical Clinic sector.

The final sample was determined by convenience<sup>7</sup>. Inclusion criteria were the performance in the sector of the Medical Clinic of the University Hospital of Brasília, and as exclusion criteria professionals who were on vacation or leave during the data collection period, and / or professionals who did not perform care activities.

Data collection took place in two stages: the first consisted of a process of environment where the researcher, with the help of a field diary, experienced the work process with the care team in order to build a relationship of trust. The second stage of data collection consisted of conducting interviews guided by a semi-structured script and recorded using an MP3 player.

The interviews were transcribed in order to achieve greater reliability in the data. The interviews collected in this study were analyzed according to the technique of collective subject discourse (CSD) whose method resumes social representations, linking individual and collective interpretations, that is, grouping particular ideas with similar logic to build a discourse that expresses the concept from the collective, group point of view<sup>7</sup>. Dessa forma, não há uma análise individual dos participantes da pesquisa, uma vez que as falas apresentam uma ideia coletiva.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Ceilândia - FCE of the University of Brasilia - UnB under opinion No. 2.642.997.

## **Results**

### **Sample Characterization**

The sample consisted of 27 nurses, 2 doctors, 2 physiotherapists, 1 social worker, 2 nutritionists and 2 psychologists. Of these, 31 (86%) were female, with training time of more than 5 years 18 (50%). This data has direct repercussions when we analyze the length of professional practice in palliative care assistance where 32 participants (88%) had less than 5 years of experience. All 36 participants (100%) had specialization, training and / or improvement courses to work in the area of palliative care and life terminality, thus constituting a qualified sample and professionals.

From the analysis of qualitative data three categories emerged that present the “Fragmented perception of palliative care principles” by the multiprofessional team, “Facilitating and unfavorable aspects for palliative practice” and “Interpersonal communication as an instrument in the care process”.

Observing the method used for the analysis, all the information presented that corresponded to an individualized perception of the participants and that would represent a possible specificity of the professional area were not presented in the results, since the collective subject discourse seeks to present a collective interpretation.

### **Fragmented perception of palliative care principles**

In this category, through the participants' discourse, we can infer that there is a fragmented perception about the meaning of palliative care, which is often centered on assistance in the patient's physical-biological dimension, subterfuge other important dimensions, such as social, psychological, familiar and spiritual.

*CSD 1 - We apply palliative care to patients with no prognosis, like this. Without a good prognosis. they are just pain containment measures; of relief, right? That's basically it, right? Promote pain relief? Yeah, administer the medications that are prescribed, right? providing comfort to the patient. All patients with palliative care usually go more in for pain control, morphine administration, to actually have a follow-up and to control that pain.*

We realize that there is a clear gap regarding scientific knowledge about palliative care. It was found that knowledge regarding palliative care is superficial, since most participants emphasized the improvement of quality of life by restricting it to the control of pain and physical comfort.

*CSD 2 - Palliative care is that of terminal patient care, when the patient does not have a favorable prognosis and ends up being more a comfort to the patient, a comfort conduct. With the therapeutic use of medicines, painkillers and prioritizing comfort, and pain relief, because the patient is already in a critical situation, so pain relief, in a way, is a comfort for him. Because, like that, the person is already dying, so, I think the least we can do for her is to make her pain free, to make her more comfortable, to try.*

It is possible to observe that some participants have a superficial discourse about the meaning of palliative care in which there are discrepancies in the definitions used and restriction to the physical aspects of the patient, not contemplating the principles of palliative care, as we can see in the following discourses.

*DSC 3 - Palliative care means offering comfort to the patient who no longer has a therapeutic proposal. It is to offer what he needs in that moment of pain, without thinking exactly about healing; without thinking about specific treatment; but, you think more about relieving the symptoms, relieving the pain, alleviating the problem of patients and family too.*

It is important to clarify that there is no appreciation of a certain dimension of care over others. In this sense, the care of physical symptoms is not seen as more important than the symptoms resulting from spiritual, psychological and social suffering. However, it is imperative

to point out that if physical symptoms are not controlled, it is very difficult to cope with the other aspects of the patient's life. Thus, we can see that there is an order of action.

*DSC 4 - Of course you have the full notion that you will not cure him, but neither will you abandon him. Palliative care is to try even in the psychological part of the patient to soften this issue of psychological pain. Palliative care, in reality, is ultimately a preparation for death. It is what we try to do here in the health service is to alleviate the patient's suffering in the face of no longer having medical interventions that seek a cure. It means taking care! Take care that you do what you can do best for others! Since you cannot modify certain situations. But at the same time, in palliative care, you can find ways to improve some situations that the person, the patient is going through! I understand as palliative care that patient who can no longer cure, but who is brought to the hospital so that we can bring comfort to him, with care more comfort than cure.*

We can see that the fact that the participants primarily pay attention to physical care demonstrates inexperience of these professionals with palliative care.

### **Facilitating and unfavorable aspects for palliative practice**

This category refers to the daily practice of palliative practice from the perspective of the study participants. It can be verified that daily work is permeated by aspects that favor and hinder assistance in palliative care. In addition, we can observe that there is a professional interest in developing a differentiated assistance. For them, the availability of staff is a positive point for quality care.

*DSC 5 - Regarding palliative care, then, thus, professionals are facilitating factors of this. I think the biggest facilitator here is the professional interest itself. Because everyone, like this, the vast majority of professionals here are very interested indeed. No, people even have, we just need to mingle with these professionals and let them start walking and speaking in the same language. So you have to be very patient. Here at the clinic, most professionals, how can I say? They seek to provide the best assistance possible. Even though teams are not integrated, but they do exist. Worse is when you are in a sector that you do not have the professionals, which only really is the doctor and the nurse who is the basic and the essential. We see their attachment with the team a lot, especially when the patient stays here for more than a month. And most stay, especially oncology patients.*

To work with palliative care, it is essential to pay attention to the team profile. As observed in the speeches of the interviewees below, the characteristics of professionals are also cited as facilitating aspects of assistance in palliative care.

It is possible to notice that patients and family members project in the team the reference role of care. This fact generates what participants report as “attachment to the team”. In contrast, the long length of stay of patients and family members during the hospitalization process allows the professionals to reciprocate.

*DSC 6 - The relationship with the team ends up being very close. So, I think this monitoring had to be with the professional too. Because straight we see a professional crying, who can not stay with a given patient, because it is already bad. Because of this, here we rotate patients because not everyone can handle the death of patients.*

It is possible to observe that there is a fear of participants regarding the risks of affective involvement between professionals with patients and their families. Such strategy consists of a coping mechanism, in order to facilitate the “follow the life” of the professional through the loss of the patient. Faced with the imminent process of patient death, the unprepared team tends to develop feelings of loss, anxiety and failure.

If the professional has the aptitude to work in the area of palliative care, he will be able to adapt, otherwise the professional may become ill or use defense mechanisms that will keep him away from the patient to not be emotionally influenced. In the perception of the study subjects, aspects related to the lack of physical and human resources appear with aspects that hinder the assistance to palliative patients.

*DSC 7 - I think that the issue of having at least this minimal support here is a major factor. I think it is more difficult not to have, like, a suitable place, a proper ward for these patients, because, ideally, there should be at least two wards, at least for these patients. I consider that the family is important as well, and she can help or not if she has been mentored. It helps a lot even for people to focus more, to focus service on those patients. Like what we're doing here. We put the oncology patients all to ward A. We are focusing the service to provide care to those people who need the same care. We also ended up charging the issue of visiting hours and also the amount, because since he is dying we try to help him and his family say goodbye to everyone.*

One strategy used by participants to improve the emotional state of palliative care patients is to decrease the rigidity of visiting hours, the number of visitors at a time, and the allowance of several companions during shifts.

According to the participants, the motivation of the team is not enough to allow quality assistance. The lack of a protocol to guide care is cited as one of the aspects that make it difficult for the professional to act safely and in quality. It is also possible to realize the importance of

having an exclusive ward for palliative care. The terminality process of life is unique and permeated with symbolism and subjectivities.

*DSC 8 - We try to minimize the suffering of that moment, understand? A support, facilitating one thing or another, not being so strict with rules, because we know it's a different moment, that needs a different look. Look, I think one is missing, how do I say? It's like a protocol anyway. Because we never know. I don't think any of the professionals who are so active really know where they are going. If it is rushing, if it would be good, if it would be bad, whether or not it is slowing down. I think the team had to be better worked out.*

Professionals play a very important role in the process of coping with the patient's death, acting from the stages of denial to acceptance. Often, even at the desire of family members, care is very patient-focused, so family members are cared for in a small amount of free time. The need for sector organization is cited by participants as an important step in defining the thematic aspects to be addressed in the training.

*DSC 9 - I mean, a bigger organization, because it's no use coming in and saying, Ah! Now we have a protocol for this and everything, if the professionals will not have time to be trained for it. It needs an industry organization so that we can put more training and everything into it, so that we can have a better understanding of how to deal with this situation.*

We can verify through the analysis of the statements of the statements that they consider it extremely important to access the training to improve the quality of care, being considered as one of the main tools that health professionals have to ensure safe and high quality care to patients.

### **Interpersonal communication as an instrument in the care process**

By analyzing the concept of palliative care we realize that effective communication is one of the structuring axes of care. However, the fragmentation of the communication process is observed both among the members of the care team as well as between professionals and family members and patients.

*DSC 10 - Here we see that professionals do not understand communication as a therapeutic instrument for both the patient and the professional, you know. They spend a lot of time here, and then we start to get attached, with the family, too. So there are many professionals here who sometimes get sad and cry in the corners or hidden when someone dies. There was a palliative [patient] that we swore, so we would [die] that*

*day, it was already, like, gasping and everything, but when we got there, there was no oxygen, and we put a mask later, the shift officer came and complained, "Oh, you are prolonging." So we see here that there is also a lack of knowledge about what palliative care really is.*

Communication failures tend to trigger several assistance errors. Within the characteristic scenario of a teaching hospital, we realize that patients and their families are approached by different professionals and students, from different specialties and courses. According to the compiled extracts below, we realize that communication failures compromise the quality of palliative care assistance.

*DSC 11 - Nobody talks to the nurse, I mean, some yes some don't. Often note in the chart and not even warn. We get a little lost you know. Sometimes psychology even gives support, but everything is basically that. I do not see, thus, integration with other areas either. I think what makes it difficult is also the lack of communication, the lack of dialogue between the different professions, you know. I can hardly, for example, talk to the social worker or doctor. This is very difficult because I am not sure what medication has been done for the patient, and especially if the patient and family are oriented about the patient's prognosis.*

We can observe in the statements of the interviewees that nursing perceives the fragmented communication, so that professionals do not interact with each other, hindering the continuity of care. This promotes a division of tasks specific to each profession, characterizing multiprofessional but not interdisciplinary care, losing the focus of comprehensive care.

Communication must be effective between these professionals, so that information distortion does not occur, leading to assistance that hurts bioethical principles. When it is ineffective, uncohesive and full of laughter and / or noise in communication, we can certainly expect several consequences of these failures, as noted below:

*DSC 12 - Sometimes it is the family's option not to talk to the patient about their terminal diagnosis. At least, I don't think it's right, he has to be aware too, know what's going on. Sometimes too, one family member is informed, but the other is not so informed. Because sometimes that person does not accept so well and then when any event happens, who is that unguided person, she goes into despair and asks us to make interventions that we already know are therapeutic futilities, or even going against what the patient wanted. In fact, this only happens to the escort or family who does not accept or was not oriented. He wants us to do sometimes some procedure, both nursing and medical staff, which does not fit with palliative care. The family is in that suffering, and perhaps we could have already talked with the family, explained the situation, and also with the nursing staff, because we do not know whether or not. Is very difficult. They suffer a lot. Here they are most accompanied in this regard by psychology.*

According to the interviewees' reports, it was observed that the family members who do not accept the diagnosis outside the therapeutic possibilities of cure were not well oriented and with this, it is clear that the proposal of palliative care is not understood.

*DSC 13 - We have a lot of patients and sometimes we just do the procedures you know. But when it's palliative we already tell family members: "Ah! if it stops, it stops". "And no one will revive?" So sometimes it's just that. This gets complicated because sometimes we don't know if the doctor has talked to the family. So much so that we even have that craze, receive the shift and say: "Is there anyone exclusive palliative?" Which is precisely for that, if you stop, we know that will not run with the cart. What we see here sometimes. It happens a lot of patients stop and revive, revive, revive, then, after he intubated: Ah! do not. It is palliative, palliative exclusive. When you see in the chart one doctor said it was palliative and the other said it was not. You have to come to an agreement, talk to each other. Discuss the case together with nursing and other areas. But then the patient sometimes stays in the tube in that suffering. So I always like to talk [with family] about this problem that has happened to see if you are aware, "Do you know that when you have a break, you want it to revive or not?"*

## **Discussion**

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families in the face of problems associated with life-threatening diseases through prevention and relief of early suffering, impeccable assessment and treatment of pain and other physical, psychosocial problems. and spiritual. It aims at establishing care that does not accelerate the arrival of death or prolong it with disproportionate means, and provide a support network so that the patient can live an active life until death comes, and also support the family to that she can face the disease and the period of mourning<sup>8-9</sup>.

To work with palliative care, the professional uses a set of knowledge that evolves with science and technology. With all health practice, diagnostics, prescriptions, care and assistive techniques should be based on scientific evidence, with concepts and techniques validated by rigorous scientific studies that prove their efficiency and safety<sup>10</sup>. The in-depth knowledge of palliative care allows assisting each patient with quality and sensitivity, seeking alternatives that guarantee a better end-of-life quality and a dignified death, in an interdisciplinary care structure that together with the family can guarantee care, comfort and pain relief<sup>10</sup>.

The purpose of care is primarily to alleviate human suffering by preserving dignity and providing means to deal with crises and the experiences of living and dying. In order to ensure rapid relief and well-being, all possible interventions, both medicated and non-medicated, should be considered, such as emotional support, distraction techniques, comfort, therapeutic touch, massage, relaxation, etc....<sup>11-12</sup>.

It is noteworthy that the causes of suffering are interdependent, that is, it will not be possible to control the patient's pain completely without also dealing with the psychosocial causes of suffering and vice versa<sup>10</sup>. Doctor Cicely Saunders spelled out the concept of total pain, which confirms that a person suffers not only from the physical harm they have, but also from the emotional, social and spiritual consequences that the nearness of death can bring to them<sup>12</sup>.

Prioritizing pain control of patients can develop misleading thinking about care centered on the physical aspects of the patient. However, we can observe the intrinsic subjectivity of this approach, since for the patient in palliative care, with the certainty of a near death and the concerns, frustration and various emotional problems, ensuring priority physical care has its humanistic scope by not allowing the patient experiences this phase feeling severe pain<sup>13-14</sup>.

The profile of the palliative care team refers to sensitive care and education, which require actions of physical and affective proximity so that many orientations are implemented in practice. The professional should improve skills aimed at the systematic evaluation of signs and symptoms, so that, when inserted in the multidisciplinary team, can participate in defining priorities for each client, interaction and family dynamics, and especially to strengthen clinical guidelines. so that the therapeutic goals set are achieved<sup>10</sup>.

The way professionals relate to each other and also to their patients acts to improve patients' quality of life, as it is considered as therapeutic and restorative<sup>15</sup>. It is essential that the entire care team not only likes what they do, but also realizes the importance and value of the essence of care, from basic principles to complex actions and exercise them with mastery of knowledge and technique<sup>16</sup>.

The care team should be very familiar with the situation of patients without therapeutic possibilities of cure to help them and contribute to an improvement<sup>17</sup>. The emotional aspect of health professionals is relevant and should be taken into consideration, as they take for themselves defense mechanisms used as an aid in coping with the death and dying process. Being prepared for the maintenance of life, death and dying in their daily lives, they produce feelings of frustration, sadness, loss, helplessness, stress and guilt. Most of the time, unpreparedness leads the professional to move away from the situation<sup>18</sup>.

The terminality of life is a phase that causes various emotional changes, and the nursing professional has a differential approach, involving not only the physical aspects, but also the psychosocial aspects<sup>17</sup>. Professionals are subject to two types of anguish in coping with death, which is conceptualized in the acceptance of the death of family members or people affectionately related to it, consequently the confrontation with death causing terror and fear of

the unknown, also prevails the feeling of powerlessness. for the work done and the feeling of loss resulting from the moment<sup>11</sup>.

Care with palliative patients should have a greater involvement, creating an affective bond, thus maintaining the approach of the person, being perceived as a behavior that is governed by care and safety, and that if the commitment bond is broken at death, it ends up for causing feelings of loss, tearing and confusion of feelings donated to the patient, generating grief and confrontation with separation<sup>18</sup>.

When the professional is face to face with the imminence of death provoking these different reactions that encompass a whole process of overcoming. Some people tend to withdraw from experiencing fear, others begin to value the remaining time and come to see life more simply, which favors an adaptation to this new experience<sup>11</sup>.

By providing quality care to patients, the provider gains the respect and acceptance of the family. The relationship between health team professionals and patients and family members strengthens frequent monitoring and the pursuit of satisfaction of health needs. Realizing the need for a differentiated look at the moment of confrontation that patients and family members are experiencing, it is essential that there be a flexibilization of institutional rules and norms<sup>8</sup>.

Communication between professionals is one of the structures of palliative care. It is essential that communication be effective, both among members of the nursing team and among the various professionals inserted in care practice. Lack of communication between professionals causes fragmentation of care and represents poor quality of services offered<sup>19</sup>. The importance of effective communication in palliative care is not only required in the context of the team. The family also needs to be educated at all times of care, as it will often be the decision-making process<sup>19</sup>.

The work of health professionals should be interdisciplinary, that is, integrated and coordinated in working protocols perfected in periodic case discussions, registration and communication integrated with the medical record. The empowerment process is one of the key tools that health professionals have to ensure safe and high quality patient care<sup>16</sup>.

Empowerment of the palliative care team is a fundamental strategy for pain control and symptom relief. Due to the particularities of the profession, nurses are the professionals who most frequently evaluate pain, response to therapies, occurrence of side effects, collaborate in the reorganization of the analgesic regimen, propose non-pharmacological strategies and assist in adjusting attitudes and expectations about pain. the treatments<sup>13</sup>.

However, it is essential that the nursing team acts in an interdisciplinary manner with other professionals, having as its work objective the integral care of the person with qualified

listening, emotional support and reception of stories, feelings. There are people who express their final desires and who must be met, within the possibilities, prioritizing what is important to provide comfort and dignity, but there are also those who cannot express themselves, and these also need to be heard and welcomed<sup>18</sup>.

This study has limitations, the main one being the difficulty of generalizing the findings. Another limitation of this study is the fact that it was conducted in a sector that is still in the implementation phase of a protocol for assistance in palliative care.

## **Conclusion**

We found a gap in the scientific evidence showing a superficial perception of the real meaning of palliation, where it is still centered on the patient's physical-biological needs and mainly restricted to pain relief.

Within palliative care, pain control of the patient is considered as the mainstay of care, however it cannot be considered as exclusive. Through reading the participants' experiences we can also see the need for preparation, both regarding the mastery of technical knowledge and understanding of the meaning of palliative care, as well as preparation focused on the emotional aspects of professionals, since they were listed as factors that characterize the lack of preparation of the palliative team.

It is essential to highlight as limiting factors the need for studies that bring the perception of all involved in the care process, namely patients, family, care staff and managers.

## **References**

1. Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017; 29(2):222-230. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170031>.
2. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03221. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221>.
3. Kelly D. Politics and palliative nursing. *Int J Palliat Nurs*. 2018; 24(1):3. doi: <http://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.1.3>.
4. World Health Organization – WHO. Palliative care [website]. 2016. Disponível em:

<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>. Access on 10 Jan 2019.

5. Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(1):34-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100004>.

6. Lima MP, Oliveira MC. Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care. *Rev Rene*. 2015; 16(4):593-602. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400017>.

7. Olsen W. Coleta de dados: debates e métodos fundamentais em pesquisa social. Porto Alegre – RS. 1ªEd. 2015.

8. Matos JC, Borges MS. The family as a member of palliative care assistance. *Journal of Nursing UFPEon*. 2018; 12(9): 680-85. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234575p1129-1139-2018>.

9. Morais E, Conrad D, Mattos E, Cruz S, Machado G, Abreu M. Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(2):318-25. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.318-325>.

10. Faria CC, Santos MCM, Light NC, Pereira LF, Lima RS, Haddad JGV. How leader nurse communicates in a hospital: an analysis of discursive practices. *J Res Fundam Care Online*. 2017; 9(1):152-8. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.152-158>.

11. Andrade CG, Costa SFG, Costa ICP, Santos KFO, Brito FM. Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. *J Res Fundam Care*. 2017; 9(1):215-221. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221>.

12. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm Univ*. 2016; 13(1):55-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.

13. Hakanson C, Ohlén J. Connectedness at the End of Life Among People Admitted to Inpatient Palliative Care. 2016; 33(1):47-54. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909114554077>.
14. Alcântara EH, Almeida VL, Nascimento MG, et al. Percepção dos Profissionais da Equipe de Enfermagem sobre o Cuidar de Pacientes em Cuidados Paliativos. 2018;8:e2673. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2673>.
15. Edwin AK, Johnson McGee S, Opare-Lokko EA, Gyakobo MK. A Structured Approach to End-of-Life Decision Making Improves Quality of Care for Patients With Terminal Illness in a Teaching Hospital in Ghana. *Am J Palliat Care*. 2016; 33(2):144-9. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909114557350>.
16. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. The meaning of spirituality in the transience of life. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(1):e20170012. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>.
17. Britto SMC, Ramos RS, Santos EI, Veloso OS, Silva AM, Mariz RGA. Social representation of nurses on palliative care. *Rev Cuid*. 2015; 6(2):1062-9. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.170>.
18. Saviato RM, Leão ER. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1): 198-202. doi: 10.5935/1414-8145.20160026.
19. Lima MP, Oliveira MC. Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care. *Rev Rene*. 2015; 16(4):593-602. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i4.2752>.

Eu me importo pelo fato de você ser você,  
me importo até o último momento da sua vida  
e faremos tudo o que está ao nosso alcance,  
não somente para ajudar você a morrer em paz,  
mas também para você viver bem até o dia da sua morte.

**Cicely Saunders**

## 6.1 Contribuições hermenêutico-filosóficas sobre as relações interpessoais na práxis da assistência em saúde

Atualmente, existe uma corrente de sociólogos contemporâneos e outros teóricos que apontam como as relações interpessoais estão passando por um ponto de decadência e os laços humanos estão cada vez mais frágeis. Entretanto, esse processo de transformação social teve início com a virada do século, no qual passamos de uma caracterização de sociedade da produção (século XX) para uma sociedade do consumo (século XXI).

De acordo com o sociólogo polonês Zygmunt Bauman (2001), as relações humanas na modernidade são marcadas pela efemeridade e insegurança, sendo que a tecnologia é considerada como um dos fatores-chaves sobre as modificações na forma como as pessoas se relacionam.

Para Bauman (2008), há uma perda de sensibilidade das pessoas, aonde estas deixam de perceber e sentir tudo que está a sua volta, tendo a visão voltada para o consumismo e para uma lógica racional, individualista e mercadológica.

Durante o primeiro encontro entre profissional e paciente, ambos buscam mecanismos que facilitem a aproximação. Quando o profissional ignora a individualidade do paciente sem considerar suas vivências, cultura e até mesmo o reforço do conceito de si mesmo, incorre em procurar um reflexo de si mesmo do que verdadeiramente busca uma real aproximação com um ser humano de verdade.

De acordo com Bauman (2004), *“... no brilho ofuscante da pessoa escolhida, minha própria incandescência encontra-se seu reflexo resplandecente... uma simples extensão, eco, ferramenta ou empregado trabalhando para mim.”*

Nos serviços assistenciais, muitas vezes, podemos observar a fragilidade das relações interpessoais entre profissionais e pacientes/familiares inicialmente no processo de despersonalização do paciente ao transformá-lo em um produto. O paciente assume papel de objeto de cuidado, excluindo as suas particularidades e servindo aos profissionais apenas como meta a ser alcançada e/ou como instrumento de crescimento profissional.

As relações interpessoais frágeis decorrentes de uma sociedade líquida, conceito esse desenvolvido por Bauman (2009), favorece a fragmentação do indivíduo e obriga ao profissional a enfrentar o desejo conflitante de estreitar os laços e ao mesmo tempo mantê-los distantes. Tal conflito emerge da necessidade do paciente de ser visto em sua totalidade, ou seja, de maneira holística e, que se

confronta com o receio do desenvolvimento dos processos de transferência e contratransferência.

Quando discutimos sobre as relações humanas, um dos principais teóricos pensadores é Michel Foucault que trabalha uma das questões fundamentais que consiste nas relações de poder. Embora a ideia de poder esteja sempre associada à esfera política, para Foucault a ideia da dominação pode ser experienciada em todas as relações sociais.

De acordo com Foucault, o poder não é uma estrutura estável e não pode ser apropriado como um bem. O poder é dinâmico e está sempre em movimento e por isso consiste em algo que se exerce. É preciso prestar a atenção e adquirir um controle no e sobre o cotidiano dos indivíduos, seus costumes, hábitos e maneira de pensar (SANTOS, 2016)

Para Foucault não existe alguém que esteja fora do poder, assim como não há ninguém que possua, exceto por pequenos espaços de tempo, um poder de maneira absoluta e completa sobre outros (FERREIRINHA; RAITZ, 2010)

Na práxis da assistência em saúde, as disputas nas relações de poder são percebidas constantemente, sejam elas entre profissionais diversos entre si, assim como entre profissionais, paciente e seus familiares.

Quando um profissional assume uma postura rígida, distante e impessoal para com o paciente, fazendo uso de termos técnicos complexos, subjugando o entendimento do paciente devido as diferenças educacionais, o paciente renuncia ao seu julgamento crítico e assume um papel passivo no seu itinerário terapêutico. O profissional assume um papel ativo e paternalista, ferindo a autonomia do paciente e limitando o seu poder de tomada de decisões.

Quando o paciente delega o poder de tomada de decisão ao profissional cuidador, o mesmo confia, espera e exige dele o melhor resultado. Essa premissa nos remete aos textos de La Boétie (2009) e Chauí (2014), onde explicam que mesmo sendo livres nas nossas escolhas, consentimos em servir porque esperamos ser servidos. Cada um serve ao poder separadamente porque deseja ser servido pelos demais que lhe estão abaixo. A servidão é voluntária porque há o desejo de servir, há o desejo de servir porque há o desejo de poder, e há o desejo de poder a ideia da dominação habita em cada um de nós.

A dinamicidade da ideia de poder dentro das relações interpessoais na assistência em saúde pode ser vista também quando o paciente assume a condução

do processo terapêutico e os profissionais atuam em segundo plano, baseando suas ações em propostas e estratégias assistenciais discutidas e decididas previamente pelo paciente e seus familiares.

Um outro grande teórico que trabalha com comunicação e relações interpessoais é o pensador Britânico Nick Couldry. Uma das suas mais relevantes obras é intitulada “Why voice matters?” que possui uma aplicação ampla que vai desde as relações políticas como também as relações interpessoais.

De acordo com Couldry (2010), as relações interpessoais na era contemporânea precisam ser pensadas e analisadas levando em consideração o poder de voz que cada indivíduo possui dentro das discussões. Nesse sentido, o equilíbrio nas relações interpessoais só poderá ser alcançado quando for resolvido inicialmente o problema da desigualdade na possibilidade da fala, de expressão daquilo se pensa, sente ou deseja.

Para Couldry (2010), o ser humano só é humano porque fala e essa desigualdade na voz, na maioria das vezes, condena grupos e pessoas à inexistência e/ou invisibilidade.

Quando o paciente fala, o mesmo expõe a si e compartilha histórias. Ao falar, o paciente se posiciona dizendo quem ele é, ressaltando a sua individualidade. Quando o profissional favorece uma escuta qualificada do paciente, prevê-se o direito do outro de se posicionar e se tornar alguém no mundo contemporâneo.

Dentro das ciências sociais, tem-se ainda o filósofo Jürgen Habermas que trabalha com a construção social do processo de comunicação.

De acordo com a sua Teoria do Agir Comunicativo, o equilíbrio nas relações se baseia no entendimento entre as pessoas, de modo que esse entendimento só é possível se cada indivíduo estiver aberto para ouvir e entender o outro, dentro de uma discussão justa e honesta (HABERMAS, 1989; HABERMAS, 2001).

Entretanto, devido as próprias construções na natureza humana que tornavam utópicas os pressupostos da teoria do agir comunicativo, Habermas estabeleceu regras para que esse entendimento pudesse existir e ser alcançado (HABERMAS, 1989; HABERMAS, 2001).

1) O entendimento só poderá ser obtido por meio da única característica comum a todos os seres humanos, a racionalidade.

O telencéfalo desenvolvido permite que todas as pessoas sejam capazes de discutir racionalmente sobre qualquer assunto. Todavia, é necessário abandonar quaisquer estruturas limitantes e/ou que rebaixem o estado racional.

Quando o paciente apresenta queixas álgicas ele diminui temporariamente sua capacidade racional, nesse sentido as percepções, ideias e julgamento crítico estarão distorcidos pela gravidade do seu quadro clínico. Assim como, possíveis alterações emocionais nos profissionais podem interferir significativamente no exercício das atividades assistenciais.

2) Só haverá discussão se os indivíduos puderem se ouvir igualmente.

Para que a segunda regra possa ser alcançada, durante o encontro entre profissionais, pacientes e familiares, tais sujeitos precisam destituir-se da postura de dominação do processo de cuidar e discutir um plano de cuidados em um mesmo nível de decisão.

Uma vez que, da mesma forma como o profissional não pode impor um plano terapêutico tomando como base apenas o seu julgamento crítico e clínico, o paciente e seus familiares não poderão exigir condutas sem considerar também os aspectos éticos, bioéticos e legais que permeiam o exercício profissional.

3) É necessário usar argumentos que possam ser aceitos pelos indivíduos inseridos na discussão.

Muitos pacientes e familiares não entendem as recomendações sobre evitar as futilidades terapêuticas e encaram como desistência da vida, assim como, diversas vezes, os profissionais são abordados pelos pacientes com solicitações de eutanásia devido ao sofrimento intenso provocado pelo adoecimento.

Nesse sentido, percebe-se que argumentos que, de alguma forma, ferem a integridade emocional e/ou ético-moral não são levados em consideração dentro da discussão sobre a condução do processo terapêutico.

## **6.2 O cuidado paliativo e as dimensões do processo de cuidar**

Para o cuidado ocorrer, o cuidador primeiramente percebe a situação e o paciente como um todo e por meio de uma reflexão, faz uso de seu pensamento crítico levantando questionamentos e hipóteses. Em seguida, o cuidador identifica as necessidades de cuidado e verifica os meios disponíveis para que ele se realize (WALDOW, 2012; HORTA, 2005; COLLIÉRE, 2003).

Durante a ação, o cuidador comunica-se com o paciente, mesmo que não haja necessidade de palavras. O processo de reflexão tem o objetivo de auxiliar no aprendizado, na atualização dos cuidadores e na melhoria do cuidado. As respostas e as atitudes em relação ao cuidado são analisadas para verificar se o ser cuidado obteve algum benefício ou bem-estar (WALDOW, 2012; HORTA, 2005; COLLIÉRE, 2003).

No desenvolvimento do processo de cuidar existem também algumas ações inerentes ao ser cuidador. A primeira fase que o ser cuidado apresenta é a percepção de sua condição de paciente seguida da aceitação que está relacionada com a disponibilidade do paciente à sua hospitalização. O fato de aceitar o cuidado é uma decisão, não querendo significar que o paciente aceite passivamente tudo o que façam com ele (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014).

A resposta do ser cuidado pode ser observada através de vários sinais subjetivos, tais como queixas, dúvidas e perguntas, ou pelo silêncio, além das respostas objetivas. A reflexão também está presente, assim como em todos os demais momentos, relacionada a dúvidas e questões concernentes à sua futura condição e ao seu desempenho (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014).

A hospitalização do ser cuidado é um evento bastante atemorizante para alguns familiares pois a doença é percebida uma ameaça. Ao permitir que o ser cuidado revele ou expresse como é sentir-se doente, constata-se que a experiência do adoecimento é um evento de ordem pessoal (CARVALHO et. al, 2016).

No processo de cuidar, durante a formação da identidade do cuidador e do ser cuidado, algumas variáveis específicas de cada um devem ser analisadas, assim como a sua influência na assistência em saúde.

Quanto ao cuidador a motivação consiste no desejo de cuidar, nos valores, no comprometimento e na ética do cuidador e também está bastante relacionada às experiências e vivências pessoais, podendo ser influenciada pelo meio ambiente da organização. A experiência é conformada pela experiência educacional acerca do cuidado, fornecida pela instituição formadora, e pelas experiências anteriores adquiridas em relação ao sistema de saúde (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014).

O conhecimento representa não só aquele adquirido na academia, como também a relação deste com a experiência e o interesse em manter-se atualizada. As habilidades técnicas compõem uma das competências com a qual o cuidador está bastante familiarizado. A capacidade para cuidar inclui o autoconhecimento do

cuidador e o pensamento crítico sendo essa uma competência que se sugere que seja desenvolvida no período de formação, contudo pode também ser desenvolvida em qualquer momento (WALDOW, 2008; COLLIÉRE, 2003).

Quanto ao ser cuidado as expectativas do ser cuidado incluem a história de vida do paciente, sua história de saúde, sendo que o mais importante de tudo é saber sobre as condições atuais e o que motivou a internação, e como o paciente está se sentindo (WALDOW, 2008; COLLIÉRE, 2003).

O conhecimento do paciente e a sua família também são variáveis de extrema importância. A presença da família junto do paciente e o seu carinho são fundamentais. Famílias ansiosas ou mal informadas, por vezes provocam reações negativas por parte da equipe de saúde e podem prejudicar o processo de cuidar (WALDOW, 2008; COLLIÉRE, 2003).

Cuidar é uma forma de ajudar o paciente e a família no enfrentamento das dificuldades que encontram desde a descoberta da doença incurável ameaçadora da continuidade da vida até o luto vivenciado pelos familiares. No que concerne aos cuidados paliativos, deve-se envolver uma interação pautada na ética, no respeito mútuo e na relação de confiança, envolvendo carinho, ajudando a quebrar paradigmas em relação ao itinerário do processo de cuidar e a superação das dificuldades da situação vivenciada (CARVALHO et. al, 2016; HORTA, 2005).

Cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que centra na qualidade de vida dos pacientes e familiares durante o enfrentamento dos problemas associados à doenças que comprometem a continuidade da vida, oferecendo um maior conforto através da prevenção e alívio do sofrimento, focando na pessoa e não em sua doença, por meio da identificação precoce e uma avaliação fidedigna, que será decidida através de uma comunicação entre o paciente e a equipe de saúde ocorrendo o tratamento da dor e demais possíveis problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2011; OLIVEIRA, 2016).

O cuidado com o ser humano, deve ser feito na sua integralidade, abordando os cuidados desde o nascimento até morte. O cuidado paliativo possui como objetivo ofertar para o cliente o máximo de conforto possível, o alívio do sofrimento seja ele físico, psicológico ou espiritual, respeito à autonomia, melhoria da qualidade no fim da vida, e uma maior dignidade ao ser humano (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014).

O cuidado da dimensão físico/biológico é muito importante para todos os seres humanos, na qual uma vez afetado, esse aspecto pode desencadear consequências psicológicas significativas. Nesse momento de fragilidade os pacientes necessitam de informações importantes como o controle álgico do paciente, sobre a importância e a necessidade de curativos em feridas tumorais, sobre sua alimentação e conforto no leito, e principalmente sobre o fato de que as intervenções terapêuticas não possuem mais o foco curativista. Esse cuidado, muitas vezes, é centrado no seu aspecto tecnicista (GOZZO et. al, 2012).

Um dos fatores trabalhados durante o cuidado paliativo é o controle dos quadros álgicos, pois é o que interfere diretamente no conforto do paciente influenciando em sua qualidade de vida. A dor em cuidados paliativos é conceituada como “dor total”, conceito esse, estabelecido pela Dra. Cicely Saunders, onde evidencia a dor não como um quadro unicamente físico, mas uma reação sistêmica, onde contempla o ser em todos seus aspectos; físico, social e espiritual (FERNANDES et al., 2013).

O controle da dor do paciente proporciona essa qualidade de vida e melhora as relações interpessoais família/equipe multiprofissional. O paciente em estado terminal apresenta prejuízo em seu convívio social, pois mesmo na ausência de dor física, perdem o desejo de atividades que antes exercia e de manter relações pessoais (MENDES et al., 2014).

A equipe multidisciplinar deve lidar com os pacientes de forma que possam atuar dando uma atenção pertinente ao aspecto psicológico, respeitando os medos e anseios enfrentados por esses, podendo assim criar uma relação de confiança, dessa forma, conseguirá oferecer um apoio de maneira integral e um atendimento de forma humanizada (NASCIMENTO et. al, 2015).

Tão importante quanto a dor física é a dor emocional, um sentimento no qual a equipe deve perceber, diferenciar, avaliar e tratar, buscando meios de alívio que tratem esse pesar (STUBE et al., 2015). Os profissionais ficam sensibilizados com todo o sofrimento vivenciado pelo paciente, diante disso os profissionais buscam ferramentas para minimizar a dor total do paciente (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012),

A comunicação terapêutica é outro fator importante no alívio da dor, portanto é necessário que o profissional possua uma boa interação com o paciente, valorizando seus sentimentos e percepções vivenciadas por ele (STUBE et al., 2015).

As vantagens da terapia complementar nos cuidados paliativos são evidenciadas na melhora no stress, promovendo relaxamento, aumenta o contato entre o profissional o paciente e a família melhorando as relações interpessoais do paciente, e mostra melhoras significativas contra a depressão, contribui com os efeitos das medicações ampliando seus resultados contra a dor, destaca-se a musicoterapia como boa opção de intervenção promovendo um momento de confraternização com os familiares (CAIRES et al., 2014).

Conforme Manchola et al, (2016) uma vez que o paciente está fora da possibilidade terapêutica de cura, consegue transpor as incertezas e medos sobre a morte, ele encontra tranquilidade e conforto aceitando a morte como algo natural do ser humano. Uma das ferramentas que possibilita esse entendimento é a busca pela espiritualidade, respeitando os valores, credos e doutrinas, tanto do paciente quanto da equipe multidisciplinar.

O conceito de angústia espiritual é de difícil definição devido a subjetividade do ser humano, entretanto, a ligação entre corpo/mente e espírito deve, mesmo se tratando de uma questão abstrata, ser reconhecida e investigada para que o cuidado seja realizado da maneira mais abrangente possível (FERNANDES et al., 2013).

Pacientes e familiares em cuidados paliativos podem desenvolver um estado depressivo por medo da morte. Acreditar que existe uma força maior na qual a paciente possa se apoiar traz uma motivação para o enfrentamento do processo. Nesse sentido, a espiritualidade e a fé são recursos benevolentes que trazem consigo esperança e encorajamento, propiciando um melhor enfrentamento para o tratamento e seu prognóstico (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014; ALMEIDA et al, 2015).

Arrieira, et. al, (2017), reitera que a fé é um significativo meio para rebater sentimentos negativos, tendo em vista que ao ter esperança a paciente costuma se sentir capaz de superar as adversidades da doença e do tratamento, proporcionando assim uma sensação de bem-estar.

Observando esse sofrimento que acomete as pacientes entende-se que é indispensável a participação de uma equipe interdisciplinar. Estabelecer laços de confiança com a paciente é de extrema importância para melhorar o cuidado clínico, promovendo assim um enriquecimento da assistência prestada. (ALMEIDA et. al, 2015).

### **6.3 A equipe multiprofissional na assistência aos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura**

Santana et al. (2017) e Santana et al. (2013) apontam que com os avanços das tecnologias houve maior prolongamento da vida em pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, mas sem necessariamente ofertar uma melhora na qualidade de vida dos mesmos, o que levou a um prolongamento da vida desses pacientes por meios de internações hospitalares utilizando todos os recursos disponíveis, bem como novas tecnologias a fim de mantê-los vivos a qualquer custo, conduzindo o paciente a sobreviver e não a viver.

A alternativa de se prolongar a vida artificialmente é decorrente, principalmente, das novas tecnologias e do campo científico que possibilitaram a inserção de maior tempo de sobrevida. Entretanto, uma vez que a equipe percebe que os cuidados realizados até então, não são mais efetivos, os mesmos têm a responsabilidade de iniciar ações que visam ao conforto e ao bem estar do paciente no processo de morte (ROCHA et al, 2013).

Muitos profissionais encaram o processo de morte com extrema dificuldade, encarando o desenvolvimento do cuidado paliativo como uma prática maléfica, não sendo o melhor a ser feito ao paciente. Sendo defendidos por esses profissionais o uso de tecnologias que irá prolongar a vida desse paciente, não levando em consideração a dignidade, qualidade de vida e a humanização no processo da morte (KOVÁCS, 2014).

Para a equipe de saúde o processo de morte traz sentimentos negativos ao profissional, como a angústia, o medo, a impotência, a negação, interferindo diretamente na relação dos cuidados entre a equipe e o paciente/família, pois causa certo desconforto ao saber que aquela pessoa que está aos seus cuidados está preparando-se para morrer (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014).

Para Silva et al (2014), o cuidado paliativo é um tema ainda em construção e limitado a discussão, dessa forma o desenvolvimento, e a aplicação na prática ainda são bastante desafiadores, pois esses profissionais enfrentam no seu trabalho o foco em práticas tecnicistas voltadas especificamente para a cura.

Muitos profissionais apresentam um despreparo, e um sentimento de impotência frente às condutas a serem executados de forma adequada, e em lidar com o sofrimento por parte dos pacientes e seus familiares, bem como em separar a vida profissional do lado emocional. Não obstante, podemos perceber que tais

comportamentos podem levar à equipe de saúde o desenvolvimento de sentimentos que refletem o fracasso, o desânimo, onde a sensação é de estar à margem do trabalho (SILVA; GUIMARÃES, 2012).

Para muitos médicos há uma grande sensação de impotência, em se tratando da assistência frente ao paciente sem a possibilidade terapêutica de cura uma vez que, esses pacientes se encontram em um estado de vulnerabilidade. Mas todos concordam que o alívio da dor e do sofrimento são cuidados básicos realizados a esses pacientes, tendo como meta ofertar uma melhor qualidade de vida, levando em consideração suas necessidades humanas básicas (FRAGA; BOAS; MENDONÇA, 2012).

A capacitação desses profissionais, funciona como chave para ofertar um suporte digno, efetivo, e humanizado para os pacientes, bem como a seus familiares. Em uma esfera que abrange a consciência filosófica, psicológica, espiritual e humana do paciente, bem como da equipe envolvida. Uma mudança que reflete no cuidar e na comunicação com o paciente (SILVA; GUIMARÃES, 2012).

Não é fácil lidar no dia a dia de trabalho com o processo de morte, porém pode se obter um processo menos sofrido para todos os envolvidos. A equipe multiprofissional deve utilizar todas as ferramentas de trabalho, como o conhecimento técnico científico, as experiências, a razão, para traçar seu plano de cuidado ao paciente/família, abrangendo o maior número de especialidades possível, para que o cuidado paliativo desenvolvido, alcance seu real objetivo.

### **6.3.1 A falta de preparo desde a graduação e as dificuldades em aceitar o processo de finitude da vida**

O despreparo de muitos profissionais de saúde em lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, tem seu início na graduação sendo percebido principalmente nos conflitos emocionais e no sofrimento diante das perdas. Destaca-se também que o estresse sofrido pelo paciente frente às diversas tecnologias que são expostas, as condutas invasivas, os exames com prognósticos ruins, as próprias limitações motoras dos pacientes, as dores, bem como ao sentimento de solidão, e angústia, acarretam em uma falta de aceitação por parte do paciente e a sua entrega a doença (SILVA; GUIMARÃES, 2012).

Conforme Hermes e Lamarca, (2013) a carência de disciplinas que envolvem a temática do cuidado paliativo e o manejo com pacientes fora de possibilidade

terapêutica de cura nas faculdades é um problema enfrentado pelos profissionais atuantes na área da saúde. Nesse sentido, faz-se necessário uma reorganização da matriz curricular das academias, permitindo assim ao discente uma visão mais real e geral, e a possibilidade de tomadas de decisões mais eficazes diante do paciente, e sua família.

Para Manchola et al (2016) a inserção da bioética no meio acadêmico pode oferecer o subsídio da boa prática, concedendo um suporte digno, efetivo, e humanizado, que serão desempenhados nos cuidados paliativos, frente aos pacientes e seus familiares, além da própria percepção da equipe multiprofissional. Há duas vertentes que evidenciam a forma como trabalhamos e vemos o cuidado paliativo: a bioética e o cuidado paliativo em si aplicado, sendo responsáveis pela assistência às diversas necessidades humanas. O cuidado paliativo é oferecido aos pacientes fora de possibilidades terapêutica de cura, zelando pelo paciente como pessoa, não como doença.

Manchola et al (2016) discorrem que a nova percepção dos cuidados paliativos, oferecidos pela bioética, propiciou-se aos profissionais de saúde um maior entendimento acerca dos cuidados a serem prestados, e a importância da participação de toda a equipe na avaliação do paciente, avaliando o paciente de forma integral e humanizada.

Os profissionais de saúde tiveram pouco ou nenhum acesso nos cursos de graduação, e em suas grades curriculares que abordassem a temática, ensinamentos sobre como lidar com o paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, os cuidados a serem prestados, e em como lidar com seu lado emocional frente ao óbito desses pacientes. No entanto esses profissionais em seus trabalhos acabaram por desenvolver experiências ao longo dos anos e através das suas vivências que os propiciaram a realizar cuidados em seus pacientes, bem como lidar com o lado emocional (MAIA; SANTOS; RIBEIRO, 2015).

De acordo com Santana et al (2013) há uma falha no processo de aprendizado oferecido durante a graduação, onde a formação nos remete aos cuidados com a finalidade de salvar vidas, curar o que se está doente, levando a uma formação em que o profissional não está preparado para perda do paciente que está sob seus cuidados, onde em algum momento do seu exercício, poderá sofrer desgaste tanto físico quanto emocional.

A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para que os mesmos se tornem mais aptos na assistência a esses pacientes, não só na graduação, mas através de cursos especializados. Isso fará com que o profissional adquira mais confiança, e tenha segurança no exercício de sua profissão. Há ainda a necessidade de se inserir na grade horária, aulas que ajudem o profissional a lidar com a morte de forma digna e a ética (SANTANA et al, 2013).

Silva et al (2014) mostra que devido as falhas na formação dos profissionais da saúde, os mesmos adotam medidas desnecessárias e fúteis no desenvolvimento dos cuidados paliativos, pois muitas vezes a implementação desses cuidados é feito através do conhecimento empírico do profissional, refletindo diretamente na má condução do manejo do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura.

A interferência no processo de morte está diretamente relacionada com o avanço da tecnologia, que ainda hoje ilude profissional, paciente e família, pois para esses a disponibilidade de tecnologias, significa prolongamento da vida, não se dando conta que esse prolongamento é feito de forma errônea e precipitada, deixando de lado a verdadeira essência do cuidado paliativo e ao paciente a morte com sofrimento, afinal os profissionais ao longo de sua graduação, aprende que o importante é a cura, sendo a morte é encarada como um fracasso (KOVÁCS, 2014).

### **6.3.2 A importância da capacitação profissional nos cuidados paliativos**

Para Fernandes et al. (2013) os profissionais responsáveis pelo cuidado paliativo são protagonistas na promoção da qualidade de vida do paciente, sendo necessário a equipe multiprofissional olhar o paciente de forma individualizada, valorizando sua dignidade.

É imprescindível aos profissionais envolvidos com cuidados paliativos uma atenção voltada para cada paciente de forma holística, promovendo maior bem-estar para o paciente e para toda a família (VASCONCELOS et al., 2013; VASCONCELOS et al., 2014). É exigido também do profissional a capacitação contínua, pois o mesmo possui um papel relevante na promoção da saúde para a prestação de uma assistência de qualidade (MONTEIRO; RODRIGUÊS; PACHECO, 2012; BARROS et al., 2013).

A equipe multiprofissional entende a importância da sua contribuição no momento do sofrimento, pois nas diferentes áreas de atuação cada profissional

colabora no conforto do paciente e sente-se realizado por garantir qualidade de vida até o momento do falecimento (SILVA et al., 2015).

Diante as situações de dor e das cobranças tanto emocionais quanto as relacionadas ao trabalho, os profissionais não deixam de se envolver com o paciente, pois entendem que para o cuidado não basta apenas o conhecimento científico, mas também de uma proximidade afetuosa, pois a equipe multiprofissional se envolve o paciente e os familiares o que gera posteriormente o sofrimento de luto dessa equipe (SILVA et al., 2015; BARROS, et al., 2013).

A equipe que lida constantemente com a perda e o sofrimento, precisa se recompor para dar seguimento em seu cuidado profissional. Na formação do profissional é pouco abordado as dificuldades e as facilidades em prestar uma assistência à criança e a família no cuidado paliativo (SILVA et al., 2015; BARROS, et al., 2013).

Além de um aperfeiçoamento constante profissional, a equipe que lida constantemente com a dor do luto, necessita de um espaço para o compartilhamento tanto de experiências técnicas quanto de sentimentos vivenciados durante o trabalho no ambiente hospitalar. Devido à falta de preparação para o trabalho pratico em cuidados paliativos os profissionais trocam experiências uns com os outros, colaborando com aqueles que ainda se sentem leigos para o cuidado paliativo, tornando esse momento de grande valor para a construção do saber (SILVA et al., 2015).

Além da pouca preparação para área de cuidado paliativo ainda falta uma maior inclusão desse tipo de assistência em serviços de saúde, principalmente em unidades de cuidados intensivos, onde há grande quantidade de pacientes em fase terminal, sendo poucos os que recebem esse tipo de cuidado (OLIVEIRA et al., 2016b).

Devido muitos profissionais terem uma visão fragilizada do que é cuidado paliativo, realizam cuidados errôneos, evidenciando assim que a enfermagem necessita de uma capacitação voltada a esse tipo de cuidado, pois sem o esclarecimento sobre tema o profissional fugira do objetivo da palição (OLIVEIRA et al., 2016b).

Existem profissionais que mesmo trabalhando na área desconhecem o objetivo dos cuidados paliativos e não realizam os cuidados adequados para esse fim. A falta de formação adequada dos profissionais, faz com que alguns profissionais

demorem em encaminhar os pacientes para o referido cuidado paliativo, e quando são encaminhados muitos não recebem um tratamento adequado a doença. É real o despreparo da equipe durante o cuidado paliativo, pois muitos não utilizam as ferramentas necessárias para o cuidado, o que leva uma falha no planejamento da assistência (CORDEIRO et al., 2013).

É importante que haja uma equipe multiprofissional bem capacitada para uma boa assistência em cuidados paliativos, promovendo conseqüentemente uma melhor qualidade de vida ao paciente. A equipe multiprofissional deve trabalhar de forma articulada, trabalhando em prol do paciente e da família (VASCONCELOS et al., 2013; VASCONCELOS et al., 2014).

É necessário que todos os profissionais em cuidados paliativos tenham formação adequada para desenvolver o cuidado, pois em muitas unidades há uma contradição da equipe, onde alguns tratam o cuidado de forma a gerar qualidade de vida, outros efetuam a prática de procedimentos invasivos tentando prolongar a vida, em casos onde há mínimas chances de sobrevivência, o que gera desconforto e sofrimento ao paciente (OLIVEIRA et al., 2016b). É imprescindível que toda equipe profissional de saúde deixe claro ao paciente todas as condutas realizadas e as ações de cuidado propostas ao paciente (STUBE et al., 2015).

Uma estratégia que garante a melhora da capacitação do profissional em cuidados paliativos são as reuniões em equipe, onde os profissionais discutem métodos utilizados, as melhores terapêuticas para cada situação, os desafios enfrentados, além de exporem suas dificuldades técnicas e afetivas (VARGAS et al., 2013).

É necessário que exista uma equipe capacitada para todo o desenvolvimento da terapia, inclusive as terapias complementares, pois devem ser adequadas ao cliente, pois essas atividades colaboram para o bem-estar do paciente (VARGAS et al., 2013; BARROS, et al., 2013).

Nesse sentido a equipe multiprofissional deve se preocupar em obter melhores ferramentas na avaliação e controle da dor em todas as suas dimensões, pois a subjetividade da dor dificulta a assistência da equipe, frente à necessidade do paciente. Uma sistematização do cuidado à dor possibilita ao profissional um olhar específico e focado no quadro do paciente, levando em consideração suas especificidades (CORDEIRO et al., 2013).

#### 6.4 A participação da família na estruturação do cuidado humanizado

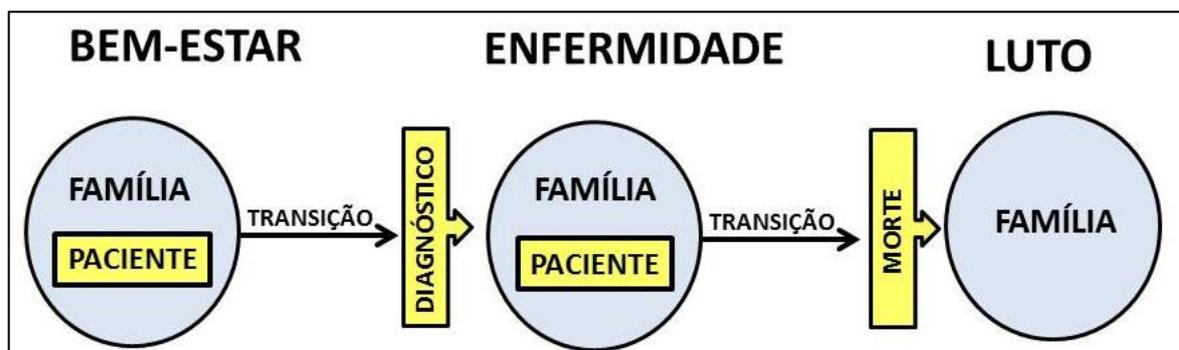
De acordo com Tonwnsend (2014) família é conceituada como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade.

O meio familiar apresenta-se de diferentes formas, organizações e significados, o que depende de vários fatores, entre eles o social, o econômico, o político e o cultural. Portanto, relação familiar muitas vezes é vista como um assunto complexo que envolve a intimidade de cada lar, o estabelecimento de padrões e conceitos e o lidar cotidianamente em várias situações peculiares de cada família (MATOS; BORGES, 2018; NEVES et al., 2017).

Os movimentos reformistas da saúde geraram uma modificação na forma de pesquisar sobre a unidade familiar que passou a ser pensado e implementado à medida que foi aumentando a eficácia, a extensão, a resolutividade e o envolvimento dos serviços que prestam assistência em saúde (TONWNSEND, 2014).

Quando um membro familiar é acometido por um adoecimento, cada família, e cada integrante desta, age de maneira diferente frente ao ocorrido. Nesse sentido, a saúde de todos também é afetada, pois há uma interrupção em suas atividades normais e muitas vezes alguns sonhos e expectativas quanto ao futuro são quebrados, levando ao desenvolvimento de sentimentos negativos como mágoa, rancor, frustração, e que são difíceis de serem trabalhados (LIMA; OLIVEIRA, 2015).

Fig. 04: Representação da assistência à família no processo de adoecimento e morte.



Fonte: Matos e Borges (2019)

Uma crise na vida da família, seja ela de ordem econômica, social ou de saúde, pode desencadear uma maior integração ou desintegração nas relações familiares, o que dependerá das ligações já existentes, da visão dos membros familiares sobre o fato ocorrido, das suas experiências, dos seus costumes e crenças, enfim, de uma gama de fatores internos e externos a eles (MATOS; BORGES, 2018; NEVES et al., 2017).

O adoecimento de um membro na família representa, em geral, um grande abalo. A gravidade e a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes e as dificuldades de comunicação e interação produzem frustração e desespero. Algumas famílias têm que assumir as atividades e os papéis sociais que os pacientes faziam e ainda interromper as próprias em função do mesmo (MATOS; MONTEIRO, 2015).

Esta redivisão de tarefas, quando ocorre em um curto espaço de tempo, pode ser assimilada pelos membros da família, porém quando há necessidade de se prolongar a redivisão, alguns membros da família ficam sobrecarregados, e novas adaptações fazem-se necessárias (MATOS; MONTEIRO, 2015).

A família e a equipe precisam se perceber como parceiras no cuidado. A relação entre a equipe e a família deve ser bem desenvolvida, uma vez que a família está mais próxima do paciente, ela possui mais informações sobre as necessidades do mesmo, colaborando e facilitando toda a terapêutica (NUNES; RODRIGUES, 2012; SILVA; MARCON; SALES, 2014).

A reciprocidade de atenção entre paciente/equipe/família são importantes para o desenvolvimento de todo o cuidado paliativo. Durante o tratamento a equipe profissional deve andar lado a lado do paciente, ajudando na tomada de decisões, conservando o máximo a autonomia do mesmo, respeitando seu poder de escolha inerente a própria vida, devolvendo a ele sua dignidade (VARGAS et al., 2013; KARKOW et al., 2015).

O profissional deve estimular a família a ser participante no papel do cuidar, compartilhando responsabilidades com a saúde do paciente, o que favorece no cuidado humanizado. Os familiares e profissionais devem procurar estratégias para minimizar o sofrimento do paciente prestando um cuidado integral, porém os mesmos podem apresentar dificuldades técnicas, limitações para colaborar com o cuidado, sendo a que a equipe profissional é responsável por sanar tais dificuldades, buscando

métodos juntamente com a família que gerem conforto e alívio dos sintomas da doença (SILVA et al., 2015).

Todos os cuidadores/familiares devem ser treinados pela equipe para a promoção do cuidado paliativo, receber informações referentes aos sintomas que o paciente possa apresentar, e elaborar estratégias sobre como lidar com eles. A equipe tranquiliza o familiar para o cuidado, dando todo o apoio quando o paciente necessitar de algo mais especializado (VARGAS et al., 2013; KARKOW et al., 2015).

A equipe deve valorizar os aspectos sociais que a família vivencia, conhecer seus valores, costumes e hábitos para fortalecer sua interação com o paciente e a família para adequação do cuidado. Deve-se ter a sensibilidade de enxergar o ser humano não como um ser isolado, mas contextualizado, dotado de vivências e relações interpessoais, experiências afetivas, bagagem cultural, diferentes níveis de escolaridade. Sendo assim o cuidado deve ser maleável a cada paciente/família (NUNES; RODRIGUES, 2012; KARKOW et al., 2015).

Se tratando do cuidado pediátrico também é evidenciada a importância da inclusão da família em todo o processo terapêutico. Segundo Monteiro, Rodrigues e Pacheco (2012), a equipe realiza um cuidado humanizado ao buscar compreensão do contexto familiar em que a criança está inserida e desenvolver uma relação com os familiares para o conforto dos mesmos. Os profissionais ao cuidar de crianças com câncer sem possibilidade de cura visam primeiramente o conforto do paciente e buscam isso através do envolvimento da família.

A dependência do paciente para com a família é ainda maior durante a infância, pois o mesmo não tem autonomia, nem toma decisões com relação a procedimentos voltados ao tratamento, portanto é necessário que a família esteja presente o máximo possível (FERNANDES; ANGELO, 2016).

A equipe assistencial tem o papel de dar apoio à família durante todo o período de hospitalização do paciente, pois os familiares encontram-se fragilizados quanto à doença (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

O apoio psicológico à família é um dos deveres da equipe paliativista, pois são eles que estão mais próximos durante o tratamento. Um dos meios é deixar os familiares sempre informados sobre a evolução da doença e a proximidade da morte, pois muitos não aceitam o fato de não haver cura da doença, apenas o alívio sintomático (KARKOW et al., 2015; FERNANDES; ANGELO, 2016).

De acordo com Nunes e Rodrigues (2012), os profissionais devem colaborar com a família, desenvolvendo métodos que aliviem o estresse inerente a enfermidade, sentido tanto pela família quanto pelo próprio paciente. Para tal ação a equipe deve verificar as necessidades por eles apresentadas, buscando a resolução de possíveis problemas.

A busca pela qualidade de vida proporcionada pelo cuidado paliativo e pela equipe multidisciplinar é de grande importância tanto para o paciente quanto para a família que acompanha todo o sofrimento vivenciado pelo ente querido (LUSTOSA et al., 2015; FERNANDES; ANGELO, 2016).

### **6.5 Comunicação como um instrumento para a qualidade no processo de cuidar**

Sistematizar o cuidado e organizar a assistência em saúde a uma clientela nos seus últimos dias de vida é, ainda, um grande desafio para a equipe multiprofissional. Dessa forma, torna-se necessário que a equipe seja qualificada para a prestação dos cuidados de forma sistematizada, maximizando assim, a realização das ações implementadas (PICANÇO SADIGURSKY, 2014).

A qualidade na assistência é definida como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual, ou seja, baseado em evidências científicas (SANTANA, 2017).

A forma como o paciente e seus familiares irão responder a decisão e aceitação são influenciadas pela forma com que os profissionais emitem essa informação (HUI et. al., 2015; HUI; BRUERA, 2015; WALLEN et al., 2012). Nesse sentido, para Silva et. al (2015), a figura central desse processo é o receptor, uma vez que o emissor pode expressar-se de diversas formas, mas sem alguém para perceber esses estímulos, não há comunicação. Existem apenas ruídos.

Uma vez que o processo de comunicação sustenta as relações humanas e faz parte das atividades assistenciais dos profissionais de saúde se tornando um componente principal no cuidado de saúde, a comunicação vem recebendo destaque e atenção de diversas categorias de profissionais na área da saúde, estabelecendo-se como um novo conceito na prática do cuidar, na educação em saúde (FARIA et. al., 2017; STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Para fornecer um cuidado humanizado e individualizado, o profissional necessita ir além do conhecimento científico, sendo necessário consolidar uma

relação baseada no diálogo, apreciação e respeito. É imperativo ressaltar que, ao cuidar de pacientes que estão vivenciando a terminalidade da vida, o profissional precisa fazer uso de sensibilidade, promovendo um cuidado diferenciado e integral aos indivíduos e seus familiares (BRITO ET.AL., 2017).

A abordagem paliativista se propõe a ultrapassar o modelo tradicional de assistência em saúde, uma vez que é baseada em uma abordagem holística, interdisciplinar, humanizada, no respeito à dignidade e fazendo uso de um plano de cuidados individualizados centrado no cuidado, e não mais a cura.

A construção da identidade do profissional afim de que o mesmo possa atuar de forma humanizada no cuidado durante o processo de finitude da vida é entendida como um fator de grande importância para a qualidade da assistência, de modo que, ao motivar a equipe, os mesmos possam atuar como agente ativo de mudanças dos paradigmas quanto à morte (GERMANO; MENEGUIM, 2013).

Ao oferecer uma assistência de qualidade aos pacientes, o profissional adquire o respeito e aceitação da família. O relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e pacientes e familiares fortalece o acompanhamento frequente e a busca da satisfação das necessidades de saúde. Ao perceber a necessidade de um olhar diferenciado para o momento de enfrentamento que pacientes e familiares estão vivenciando, é imprescindível que ocorra uma flexibilização de regras e normas institucionais (GIRARDON-PERLINI; ÂNGELO, 2017; GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016).

Para oferecer assistência de melhor qualidade, o trabalho dos profissionais de saúde deve ser interdisciplinar, ou seja, integrado e coordenado em protocolos de trabalho aperfeiçoados em discussões periódicas dos casos, registro e comunicação integrada ao prontuário. O processo de capacitação é uma das principais ferramentas que os profissionais de saúde possuem para garantir cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes (HERMES; LAMARCA, 2013)

No que concerne ao processo de comunicação, uma das nove regras de ouro elaboradas com objetivo de padronizar a assistência em saúde paliativista é a habilidade de construir uma comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e o familiares (AMARO, 2013).

A comunicação tem papel importante para o desenvolvimento de uma assistência integral, pois possibilita oferecer um cuidado humanizado. É importante que a equipe de saúde esteja unida e que exista uma efetividade na comunicação da

mesma para que a integralidade seja considerada (GIRARDON-PERLINI; ÂNGELO, 2017; GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016).

O processo de comunicação ativa nos serviços de saúde pode ser um dos fatores de aprimoramento da qualidade na assistência diante dos cuidados ofertados aos pacientes. É fundamental garantir o direito de atenção e cuidado ao paciente e à família, principalmente pelos inúmeros fatores envolvidos que podem ocasionar a produção de eventos adversos, prejudicando diretamente o desenvolvimento e a recuperação da saúde dos envolvidos (ROCHA *et al.*, 2013; MOIR *et al.*, 2015).

Segundo Andrade, Costa e Lopes (2013) demonstraram que a comunicação é uma estratégia extremamente fundamental para o desenvolvimento das condutas acerca dos cuidados paliativos, com o intuito de gerar uma maior confiança entre o profissional, paciente e família. Possibilitando uma maior coleta de dados dos pacientes, atendendo-os em sua integralidade, bem como a inclusão da família em todo o processo.

Afonso e Minayo (2013) demonstram que há necessidade da equipe interdisciplinar aprimorar a comunicação com o paciente, onde há um trabalho em conjunto sobre a melhor forma de se abordar o paciente com o prognóstico difícil, a família é parte relevante da equipe, na ajuda quanto a elaboração de ações que trabalhem em favor do paciente, ao se abordar o assunto de forma clara, entre a equipe, o paciente e seus familiares, remete a um aumento na aceitação e na autonomia do paciente, bem como na resignação por parte dos familiares do paciente.

Apesar da ciência ter oferecido aos profissionais através de tecnologias e conhecimento científico, ferramentas para tomadas de decisões, é preciso respeitar a autonomia do paciente, para que o relacionamento muitas vezes estabelecido entre pacientes e profissionais, seja prazeroso, através da confirmação e aceitação de certos princípios trazidos com os pacientes (SALLES, 2014; BARROS, *et al.*, 2013).

A decisão quanto ao processo de morte deve ser interligada com a tríade fundamental nesse processo, o paciente, a família e o profissional da saúde. Quando se estabelece um diálogo conciso e eficiente, a tomada de decisão diante do momento delicado como o processo de morte se torna menos desgastante para ambos. Abordando que as tomadas de decisões no processo de morte têm como papel fundamental primeiro o paciente, depois a família e o profissional da saúde, sendo de fundamental importância que todos esses protagonistas estejam em harmonia para que toda decisão referente aos cuidados, seja discutido e acertado entre as partes e

da melhor maneira possível, levando sempre o paciente como o mais importante (LIMA; REGO; BATISTA, 2015).

Santana et al, (2013) trazem que em alguns casos tanto a comunicação, como a assistência aos familiares de pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, por vezes são negligenciados e seus medos e sofrimentos esquecidos por parte da equipe multiprofissional, não levando em consideração a autonomia do paciente bem como a dignidade do mesmo.

A comunicação é algo indispensável em se tratando de cuidado paliativo, até mesmo em situações em que os profissionais não consigam se comunicar ou não tenham certeza se são compreendidos ou ouvidos pelo paciente, é pressuposto que o paciente entenda o que se é falado. Não só a comunicação verbal é usada entre o paciente e profissional, a comunicação não verbal é de extrema importância, uma vez que os gestos e os olhos conseguem emitir as mensagens compreensivas ao destinatário (ALVES, 2013).

Os profissionais devem estar atentos ao relato verbal, fáceis de dor, olhar, além de expressões de desconforto, caso não relatado verbalmente os sinais vitais são bons indicadores para avaliação de sintomas algícos, sendo evidenciado através de alterações em aumento da pressão arterial, aumento dos batimentos cardíacos, elevação da frequência respiratória, tornando imprescindível a verificação contínua desses dados, tal ação gera uma sistematização do cuidado mais focada a realidade do paciente. (STUBE et al., 2015).

“Visto que nossa vida começa e termina com a necessidade de afeto e cuidados, não seria sensato praticarmos a compaixão e o amor ao próximo enquanto podemos?”

Dalai Lama

 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 

---

Esse estudo nos permitiu alcançar os objetivos gerais propostos inicialmente que consistiam em descrever e analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional com familiares e pacientes em cuidados paliativos.

Através desse estudo foi evidenciado que a comunicação efetiva é fundamental para os cuidados paliativos a serem ofertados a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, uma vez que a comunicação realizada entre os profissionais buscam através de conhecimentos compartilhados das disciplinas distintas um melhor tratamento para o paciente, e a comunicação da equipe com pacientes e familiares, traz mais segurança, assim como resignação sobre o prognóstico.

Podemos perceber ainda que é importante estabelecer uma comunicação clara e sincera entre os componentes da equipe multiprofissional, o paciente/família, a fim de juntos traçarem um plano de cuidados ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, que possibilite tanto a ele quanto a família, uma perspectiva que os últimos momentos de sua vida, serão de qualidade, uma vez que as suas necessidades fundamentais serão respeitadas de forma integral por uma equipe equilibrada e coesa, diante de suas decisões e planejamento de trabalho.

É de suma importância dar a oportunidade aos pacientes e familiares expressarem sobre o processo de morrer. O diálogo é um importante instrumento para um entendimento adequado sobre a terapêutica a ser abordada, a fim de que o paciente e os familiares possam colaborar com as ações de cuidado, pois sem uma orientação adequada não há compreensão do processo paliativo.

Nesse sentido, percebe-se que alguns fatores influenciam na tomada de decisões neste momento delicado, como o esclarecimento da família e do paciente, postura comunicativa e coerente da equipe multiprofissional envolvida e observância dos princípios bioéticos na tentativa de resgatar o protagonismo, os direitos e a dignidade do paciente.

Observamos ainda que a comunicação entre profissionais e paciente/familiares é o que aproxima e traz autonomia ao paciente. Entretanto, para os profissionais de saúde, a dificuldade encontrada no exercício da profissão, em se tratando da assistência a pacientes fora da possibilidade de cura, vem desde a graduação, e interfere diretamente no lado pessoal, emocional e o profissional.

Foi possível observar que diante da equipe de saúde há divergência quando se aborda os cuidados paliativos, alguns encaram os cuidados de forma humanizada, estabelecendo um cuidado que possibilita uma qualidade de vida ao paciente e família, já para outros se resume apenas ao alívio do sofrimento a qualquer custo, através de procedimentos invasivos, dolorosos e precipitados, não havendo um consenso entre eles. Esse fator pode ser crucial para uma má avaliação, e implementação dos cuidados paliativos, bem como as tomadas de decisões precipitadas e desnecessárias.

O despreparo da equipe torna o cuidado paliativo um processo mais difícil e doloroso tanto para o paciente/família quanto para a equipe, que lida com esse paciente por meses, fazendo procedimentos invasivos e desnecessários, mesmo sabendo que esse paciente não terá cura da enfermidade que o acomete.

É preciso capacitar o profissional desde sua formação acadêmica, através da criação de um componente curricular que aborda o tema no decorrer da formação acadêmica, dando seguimento no cotidiano de trabalho através da educação continuada, trazendo a equipe multiprofissional para as tomadas de decisões em conjunto de forma precisa e eficaz.

É necessário abordar com mais frequência o tema cuidados paliativos e o processo de finitude da vida, uma vez que a morte é algo enfrentado por todos em algum momento da vida e para os profissionais da saúde esse processo é encontrado com mais frequências em seu dia a dia.

Este estudo também nos permitiu evidenciar que, na assistência em saúde, há uma predominância de diagnósticos e intervenções voltados para as necessidades psicobiológicas do paciente, ou seja, aquelas que de alguma maneira se manifestam fisicamente. Entretanto, vale ressaltar também, que existem outras necessidades que devem ser observadas pelos profissionais na assistência paliativista. Cada uma das dimensões do ser humano precisa ser vista como uma área de atuação e que exige um conhecimento aprofundado.

Nesse sentido, não existe uma ordem de valores para determinar qual dentre tais dimensões é a mais importante, todavia, existe uma ordem de atuação, de modo que o cuidado da dimensão física deve sempre vir primeiro, para que se possa ter um resultado mais completo das demais dimensões.

A experiência de cuidar de um familiar em cuidados paliativos afeta diretamente na qualidade de vida dos cuidadores. A partir da descoberta do diagnóstico, a família é envolvida por vários sentimentos que se intercalam entre positivos e negativos ao longo de todo o tratamento, acarretando uma série de mudanças na vida e rotina, e inversão de papéis, o que causa instabilidade no eixo familiar.

A partir dos achados nesse estudo esperamos que possa contribuir para uma reflexão da equipe de profissionais sobre a importância da família no cuidado paliativo, levando em consideração que não somente o paciente precisa de cuidados, mas também os familiares que necessitam de uma assistência voltada as suas necessidades emocionais, individuais e coletivas.

Em se tratando de cuidado paliativo é indissociável a inclusão da família no processo, pois para a efetivação de um tratamento humanizado é a família quem dá o devido suporte para o paciente, tanto emocional quanto físico e colabora em todo estágio terminal.

A equipe multiprofissional deve prestar todo apoio necessário as necessidades do cliente, preocupando-se em conservar a autonomia do mesmo em todas as etapas que forem cabíveis. A comunicação efetiva entre a equipe/paciente/família é o que garante uma assistência de qualidade, pois o esclarecimento da doença e de seu agravamento prepara e ameniza o sofrimento do paciente e da família, tira incertezas sobre do que está por vir.

Para garantir uma assistência de qualidade ao paciente paliativo, é necessário uma equipe multiprofissional capacitada e instruída para desenvolver esse tipo de cuidado, onde os métodos para prolongar a vida, ou a realização de exames invasivos são ações não selecionadas para esse perfil de cuidado.

A terapêutica é voltada para a qualidade de vida, diminuição de desconforto, melhora dos sintomas, inclusão da família no processo de terminalidade, desenvolvimento de grupos de apoio, ou seja, é um cuidado que engloba as dimensões psicossociais do indivíduo, tratamento no qual o ser humano é o foco do seu cuidado, não sua patologia.

Não é fácil, para os profissionais, lidarem no dia a dia de trabalho com o processo de morte, porém pode-se alcançar um processo menos sofrido para todos os envolvidos. A equipe multiprofissional deve utilizar todas as ferramentas de trabalho, como o conhecimento técnico científico, as experiências, a razão, para traçar

seu plano de cuidado ao paciente/família, abrangendo o maior número de especialidades possível, para que o cuidado paliativo desenvolvido, alcance seu real objetivo.

O foco da assistência no contexto dos cuidados paliativos possui abordagem humanística tanto para o paciente, quanto para a família, embasando-se na valorização da vida e na percepção da morte como processo natural do ser humano. Tal atendimento tem como objetivo controlar e aliviar não somente o sofrimento físico, mas também o psicossocial e espiritual do indivíduo, ou seja, em sua totalidade.

Dentre as limitações desse estudo podemos destacar o fato de que os participantes eram apenas os profissionais que atuavam na assistência paliativa permitindo uma análise da percepção de apenas um grupo que faz parte do processo de cuidar. Como proposta para investigações futuras é importante ainda agregar a percepção tanto dos familiares e pacientes em cuidados paliativos, assim como o gestores dos serviços que são responsáveis pela organização dos processos de trabalho por meio de protocolos assistenciais.

“Sem as referências do passado e sem  
as responsabilidades do futuro, o  
momento não é presença, é ausência.”

**José Luís Nunes Martins**

- AFONSO, S.B.G.; MINAYO, M.C.S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciênc. saúde coletiva*, v.18, n.9, p. 2729-32, 2013.
- ALMEIDA, C.S.; SALES, C.A.; MARCON, S.S. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.48, n.1, p. 34-40, 2014.
- ALMEIDA, N.G.; et. al. Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 607 - 617, dez. 2015.
- ANDRADE, C.G.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2523-30, 2013.
- ALVES, E.F. A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. v.34, n.1, p.55-62. jan/jul. 2013.
- AMARO, L.S. Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. *Logos & Existência*, v.2, n.2, p.147-61, 2013.
- ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.3, jun. 2012.
- ARRIEIRA, I.C.O.; et. al. The meaning of spirituality in the transience of life. *Esc Anna Nery*; v.21, n.1, p. e20170012. 2017.
- BARCELLOS, G.B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.139-58. 2014.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 7ª ed. 2011.
- BARROS, N.C.; et al. Cuidados paliativos na UTI: Compreensão dos enfermeiros. *Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*, Rio de Janeiro, v 5, n. 1, p. 3293-01, 2013.
- BAUMAN, Z. *Amor líquido*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 2004.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 2001.
- BAUMAN, Z. *Vida Líquida*. 2.ed. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 2009.
- BAUMAN, Z. *Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadorias*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar. 2008.
- BORDENAVE, J.D. *O que é comunicação*. SP: Brasiliense, 2006.
- BOUSSO, R.S.; POLES, K.; CRUZ, D.A.L.M.; Nursing concepts and theories. *Rev. esc. enferm. USP*. v.48, n.1, p.141-5. 2014.

BRASIL, Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2ª ed. 2012a. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>. Acessado em: 29 de outubro 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.082/10. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF que dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. 2010b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.html). Acessado em: 29 de outubro 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012b. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acessado em: 29 de outubro 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, 2016. Acessado em: 29 de outubro 2019.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990.

BRITO, F.M., et al. Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, [S.l.], v.9, n.1, p. 215-21, 2017.

CAIRES, J.S. et al. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. *Cogitare Enferm*, v.19, n.3, p. 514-20, 2014.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.57, n.5, p. 611-4, 2004.

CARLOMAGNO, M.C; ROCHA, L.C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Rev Eletr Cien Política*, v.7, n.1, p. 173-88, 2016.

CARVALHO, C.M.S. et. al. Sentimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. *Revista de Enfermagem UFPE*, v.10, n.11, 2016.

CASWELL, G. 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.

CHAUÍ, M. *Contra a servidão voluntária*. Belo Horizonte: Ed. Fundação Perseu Abramo. 2014.

COELHO, M.T.V.; SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Rev Portuguesa de Enferm Saúde Mental*, Porto, n.11, p. 31-8, jun. 2014.

COLLIÉRE, M. *Cuidar: a primeira arte da vida*. Lusociência: Portugal, 2003.

CORDEIRO, F.R. et al. Dor e processo de morrer: Perspectivas a partir do método criativo e sensível. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, Rio Grande do Sul, v.12, n.1, p.1-4, mar. 2013.

COULDRY, N. *Why voice matters. Culture and Politics after Neoliberalism*. London: Sage, p. 176, 2010.

CRESWELL, J.W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3.ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

FARIA, C.C. et al. How leader nurse communicates in a hospital: an analysis of discursive practices. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, [S.l.], v.9, n.1, p. 152-8, 2017.

FERNANDES, C.S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa*. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v.50, n.4, p. 675-82. 2016.

FERNANDES, M.A. et al. Percepção dos Enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência e Saúde Coletiva, Paraíba*, v.18, n.9, p.2589-96, 2013.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Revista de Administração Pública – RAP*. v.44, n.2, p. 367-83, 2010.

FRAGA, F.; BOAS, R.F.O.V.; MENDONÇA, A.R.A. Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. *Rev bioét (Impr.)*, v.20, n.3, p. 514-19, 2012.

GEORGE, J.B. e colaboradores. *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. 4ªed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GERMANO, K.S.; MENEGUIN, S. Meanings attributed to palliative care by nursing undergraduates. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.26, n.6, p.522-28, 2013.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; ÂNGELO M. A experiência de famílias rurais frente ao adoecimento por câncer. *Rev. Bras. Enferm.* v.70, n.3, p. 577-84, 2017.

GONÇALVES, M.C.S.; BRANDÃO, M.A.G; DURAN, E.C.M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. *Acta paul. enferm.* v.29, n.1, p. 115-24, 2016.

GOZZO, T.O., et. al. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado as mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Anna Nery*, v.16, n.2, 2012.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Trad. Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madri: Edições Cátedra, 2001.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2577-88, 2013.

HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. 16ed. São Paulo: EPU; 2005.

HUI, D., et al. Palliative Oncologists: Specialists in the science and art of patient care. *Journal of Clinical Oncology*, v.33, n.20, p.2314-17, 2015.

HUI, D.; BRUERA, E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature Reviews Clinical Oncology*, n.13, p.159-71, 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - ICN. *Patient safety: ICN position*. Geneva: ICN; 2012. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>. Acessado em: 29 de outubro 2019.

JOINT COMMISSION RESOURCES - JCR. *Temas e estratégias para liderança em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

KARKOW, M.C. et. al. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *Rev. Min. Enferm. REME*, v.19, n.3, p. 741-46, 2015.

KOVÁCS, M.J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. Bioét. Brasília*, v.22, n.1, 2014.

KUNSCH, M.M.K. *A comunicação como fator de humanização das organizações*. 1ªed., São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

LA BOÉTIE, E. *Discurso da servidão voluntária*. São Paulo: Ed. Martin Claret. 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Text Context Enferm.*, v.23, n.2, p. 502-07, 2014.

LIMA, M.P.O.; OLIVEIRA, M.C.X. Meanings of nursing care for the family of patients in palliative care. *Rev Rene*. v.16, n.4, p. 593- 602, 2015.

LIMA, M.L.F.; REGO, S.T.A.; BATISTA, R.S. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. Bioét. Brasília*, v.23, n.1, 2015.

- LUSTOSA, A.M. et al. Palliative care: the speech medical residents. *Revista Médica de Minas Gerais*, [s.l.], v.25, n.3, p. 369-74, 2015.
- MAIA, F.V.; SANTOS, T.G.; RIBEIRO, I.M. Ortotanásia em Unidade de terapia intensiva sob a ótica profissional. *Rev. Cuidarte enfermagem. Santa Catarina*, v.9, n.1, p. 36-46, 2015.
- MANCHOLA, C., et al. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. Bioét. Brasília*, v.24, n.1, 2016.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7ªed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MATOS, J.C.; MONTEIRO, C.F.S. Cohabitation versus alcoholism: analyzing the daily life of the relatives. *Rev Elet Gestão Saúde*. v.6, n.2, p. 1623-37, 2015.
- MATOS, J.C.; BORGES, M.S. A família como membro da assistência em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem da UFPE on-line, [SI]*, v.12, n.9, p. 2399-406, 2018.
- MATOS, J.C; GUIMARAES, S.M.F. Aspectos Filosóficos e Antropológicos dos Cuidados Paliativos. in: *Atenção Interdisciplinar em Saúde*. 1ªed. Ponta Grossa – PR. Atena Editora. 2019.
- MEDEIROS, M. Pesquisa de abordagem qualitativa. *Rev Eletr Enferm., Universidade Federal de Goiás*, v.14, n.2, p.224-5, 2012.
- MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde debate, Rio de Janeiro*, v.39, n.106, p. 881-92, 2015.
- MENDES, T.R. et al. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. *Acta paul. enferm.* v.27, n.4, p.356-61, 2014.
- MERRITT, M.K.; PROCTER, N.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. 158-66, 2010.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 24ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.
- MOIR, C., 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. 109-12, 2015.

MONTEIRO, A.C.M.; RODRIGUES, B.M.R.D.; PACHECO, S.T.A. Enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. *Esc Ana Nery*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.742-6, 2012.

NASCIMENTO, K.T.S.; et. al. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. *Rev Enferm UERJ*, v.23, n.1, 2015.

NEVES, F.B., et. al. Decisões Contraditórias: Motivos que levam o familiar cuidador a omitir o diagnóstico de câncer. *Rev. Enferm UFPE online.*, v.11, n.2, p. 591-600, 2017.

NUNES, M.G.S.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tratamento paliativo: Perspectiva da família. *Rev Enferm UERJ*, v.20, n.3, p. 338-43, 2012.

OLIVEIRA, M.C. et al. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Enferm. foco (Brasília)*, v.7, n.1, p. 28-32, 2016b.

OLIVEIRA, R.G. *Blackbook – Enfermagem*. Belo Horizonte. Editora Blackbook. 2016.

OLIVEIRA, R.M., et al. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. v.50, n.4. p.690-9. 2016a.

OLSEN, W. *Coleta de dados: debates e métodos fundamentais em pesquisa social*. Porto Alegre, Ed. Penso, 2015.

OLUBORODE, O. *Effective communication and teamwork in promoting patient safety*. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria; 2012.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PICANÇOL, C.M.; SADIGURSKYLL, D. Concepção de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 668-73, 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 9ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2019.

PONTES, A.C.; LEITAO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v.61, n.3, p. 312-8, 2008.

ROCHA, A.R.R., et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. Bioét. (Impr.)*, Rio Grande do Sul, v.21, n.1, p. 84-95, 2013.

RULICKI, S.; CHERNY, M. *Comunicación No Verbal: Como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Ed. Granica, S.A. 2007.

- SALLES, A.A. Bioética e processo de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev. Bioét. Brasília*, v.22, n.3, 2014.
- SANTANA, J.C.B., et. al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev. Bioét., Brasília*, v.21, n.2, p. 298-307, 2013.
- SANTANA, J.C.B., et. al. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Rev. Bioét., Brasília*, v.25, n.1, p. 158-67, 2017.
- SANTOS, P.R. A concepção de poder em Michel Foucault. *Especiaria - Cadernos de Ciências Humanas*. v.16, n.28, p. 261-80, 2016.
- SILVA, K.C.O., et al. Doente terminal: a ética do cuidado no último processo da vida. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v.8, n.supl.1, p. 2256-62, 2014.
- SILVA, A.E.; GUIMARÃES, E.A.A. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares. *Rev. Enferm. Cent. O. Min. Minas Gerais*, v.2, n.3, p. 376-93, 2012.
- SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.21, n.3, p. 504-8, 2008.
- SILVA, J.P.G., et al. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 154-61, 2015.
- SILVA, R.S.; SILVA, M.J.P. *A enfermagem e os cuidados paliativos*. 2ª ed. São Paulo; Ed. Martinari. 2019.
- SILVA, V.A.; MARCON, S.S.; SALES, C.A. Percepção de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento antineoplásico. *Rev. Bras. Enferm.* v.67, n.3, p. 408-14, 2014.
- SOUSA, J.M.; ALVES, E.D. Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 264-269, June 2015.
- SOUZA, A.S.D.; SARAN, D.S. A comunicação como ferramenta de apoio a pacientes terminais. *Rev Intern Ciências Sociais Aplicadas, Comunicação & Mercado*. Dourados - MS, v.1, n.3, p. 8-14, 2012.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2ªed. Barueri: Manole, 2012.
- STÜBE, M. et al. Perceptions of nurses and pain management of cancer patients. *Rev Min Enferm REME*, v.19, n.3, p. 696-703, 2015
- THE JOINT COMMISSION (US). Sentinel event data root causes by event type 2004-2012. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/). Acessado em: 29 de outubro 2019.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ªed. Portugal: Lusociência, 2004.

TOWNSEND. Enfermagem Psiquiátrica – conceitos e cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VARGAS, M.A.O., et al. Resignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: Uma realidade possível? Text Context Enferm. Santa Catarina, v.22, n.3, p. 637-45, 2012.

VASCONCELOS, M.F., et al. Purposes of palliative care for the patient with HIV/AIDS: A study with nurses. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v.6, n.3, p. 1058-66, 2014.

VASCONCELOS, M.F.; et, al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2559-66, 2013.

WALDOW, V.R. Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem. Petrópolis – RJ; Ed. Vozes, 2008.

WALDOW, V.R. Cuidar: Expressão humanizadora da Enfermagem. 6ª ed. Petrópolis – RJ; Ed. Vozes, 2012.

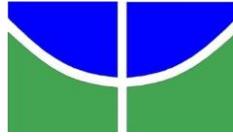
WALLEN, G.R., et al. Palliative care outcomes in surgical oncology patients with advanced malignancies: a mixed methods approach. Quality of Life Research, v.21, n.3, p. 405-15, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions. 2007. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>. Acessado em: 29 de outubro 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Who definition of palliative care. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. Acessado em: 29 de outubro 2019.



## ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS  
EM SAÚDE – PPGCTS**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Comunicação Interpessoal em Cuidados Paliativos: Um instrumento para a qualidade no processo de cuidar”, sob a responsabilidade do pesquisador **JOHNATA DA CRUZ MATOS**. O projeto trata-se de um estudo que destinará a elaboração de trabalho de pesquisa a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia – FCE na Universidade de Brasília - UnB.

O objetivo desta pesquisa **descrever e analisar a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional com e familiares pacientes em cuidados paliativos**. Por se acreditar que a proposta deste estudo possa alicerçar o tratamento dos pacientes nos serviços de saúde e por se pretender que os dados desse estudo venham a subsidiar discussões e propostas assistenciais e metodológicas junto aos profissionais de saúde e serviços que atendam essa população, identificando e corrigindo os ruídos na comunicação, e conseqüentemente tornando o ambiente mais seguro para todos os participantes envolvidos no processo de cuidar, justifica-se assim a importância de realizar pesquisas voltadas para a temática em questão.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que será gravada, que será realizada no Hospital Universitário de Brasília – HUB em data combinada previamente durante um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

Essa pesquisa é possui um risco moral aos participantes por se tratar de um estudo em que sua coleta de dados se dará por meio de entrevista onde será utilizado um gravador de voz. Nesse sentido, o participante poderá sentir-se constrangido no que concerne à responder sobre sua prática profissional.

Na tentativa de minimizar ao máximo os riscos ao qual o participante poderá ser submetido, as entrevistas serão realizadas em local reservado, de escolha do participante, para que o mesmo se sinto mais à vontade e seguro para responder os questionamentos durante a entrevista.

Em contrapartida, se você aceitar participar, estará contribuindo para que o conhecimento gerado por meio desse estudo, assim como as discussões geradas por meio deste, possam trazer, mesmo de forma indireta, benefícios para a prática assistencial.

A sua participação é livre no estudo. O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UnB e no Hospital Universitário de Brasília – HUB, 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: Johnata da Cruz Matos, no telefone (61) 9824-4756, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail: [johnata.matos@hotmail.com](mailto:johnata.matos@hotmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. 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 esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

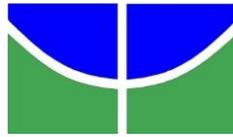
Nome / assinatura do Participante

---

Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS  
EM SAÚDE – PPGCTS**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ  
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **Comunicação Interpessoal em Cuidados Paliativos: Desafios para a Qualidade na Assistência**, sob responsabilidade de **JOHNATA DA CRUZ MATOS** vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação Ciências e Tecnologias da Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para transcrição literal e imediata após as entrevistas e as falas serão por parte da equipe de pesquisa. O produto final será apresentado em conferências profissionais e/ou acadêmicas, assim como publicadas em periódico de divulgação nacional e/ou internacional.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do pesquisador responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

---

Assinatura do(a) participante

---

Nome e Assinatura do pesquisador

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNB / FCE

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFIOS PARA A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

**Pesquisador:** JOHNATA DA CRUZ MATOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86761518.4.0000.8093

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.642.997

##### Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores, "Cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares durante o enfrentamento dos problemas associados à doenças que comprometem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, uma avaliação fidedigna, permeados por uma comunicação efetiva, e tratamento da dor e demais possíveis problemas físicos, psicossociais e espirituais. A comunicação interpessoal é um dos eixos estruturantes da assistência em cuidados paliativos. É imprescindível que a comunicação seja eficaz, uma vez que a sua falta entre os profissionais acarreta fragmentação da assistência e representa baixa qualidade dos serviços oferecidos. Uma vez que o processo de comunicação sustenta as relações humanas e faz 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 metaparadigma na prática do cuidar, na educação em saúde. Frente aos desafios para a prática assistencial na terminalidade da vida, tem-se como objetivo descrever e analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional, pacientes em cuidados paliativos e, familiares, além disso, tem-se a seguinte questão norteadora: Como podemos analisar a dinâmica do processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional, os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares? Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com uma abordagem qualitativa que será realizado no Hospital Universitário de Brasília – HUB,

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

**CEP:** 72.220-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-8434

**E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.642.997

especificamente no setor da Clínica Médica. Esse estudo será realizado com três grupos específicos de participantes: 1) Equipe multiprofissional (composta por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Técnicos em Enfermagem), 2) Pacientes em cuidados paliativos e, 3) Familiares dos pacientes. O tipo da amostra será de conveniência, ou seja, não probabilística, em que os critérios são selecionados intencionalmente, de acordo com os objetivos do estudo. A coleta de dados será feita por meio de uma entrevista com uso de um roteiro semiestruturado, com questões abertas e fechadas e o uso de um gravador. Os dados coletados serão transcritos e analisados, por meio de procedimento de análise de conteúdo, com auxílio do software Alceste. Os participantes deste estudo terão o direito à privacidade e à individualidade, e a recusa ou mesmo desistência de participar desta pesquisa, direitos que serão respeitados com base na resolução 466/12, que normatiza as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.”

**Objetivo da Pesquisa:**

Os autores descrevem como objetivo primário: "Descrever e analisar o processo de comunicação interpessoal entre a equipe multiprofissional, pacientes em cuidados paliativos e, familiares".

E, como objetivos secundários:

- 1 - Caracterizar a população a ser estudada a fim de traçar um perfil socioeconômico e sua influência no processo de cuidar.
- 2 - Analisar e descrever a dinâmica do processo de comunicação da equipe no cuidado dos pacientes.
- 3 - Analisar e descrever a dinâmica do processo de comunicação da equipe com os familiares.
- 4 - Analisar e descrever a dinâmica do processo de comunicação interpessoal da equipe.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

É descrito, pelos autores, que "Essa pesquisa é possui um risco moral aos participantes por se tratar de um estudo em que sua coleta de dados se dará por meio de entrevista onde será utilizado um gravador de voz. Nesse sentido, o participante poderá sentir-se constrangido no que concerne à responder sobre sua prática profissional. No caso dos pacientes e familiares o possível constrangimento poderá estar relacionado com a dificuldade de expressão e/ou limitação educacional. Na tentativa de minimizar ao máximo os riscos ao qual o participante poderá ser submetido, as entrevistas serão realizadas em local reservado, de escolha do participante, para que o mesmo se sinto mais à vontade e seguro para responder os questionamentos durante a entrevista".

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.642.997

Os autores também afirmam que, "Em contrapartida, se você aceitar participar, estará contribuindo para que o conhecimento gerado por meio desse estudo, assim como as discussões geradas por meio deste, possam trazer, mesmo de forma indireta, benefícios para a prática assistencial".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este projeto será realizado no Setor de Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), com equipe multiprofissional de saúde, composta por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Técnicos em Enfermagem; pacientes em cuidados paliativos e familiares dos pacientes.

A coleta será realizada por utilização de um roteiro semiestruturado por grupo e as entrevistas serão gravadas para transcrição.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados de forma adequada.

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1058941.pdf	30/03/2018 15:10:47		Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.642.997

Outros	CONCORDANCIA.pdf	30/03/2018 15:08:19	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO.pdf	30/03/2018 15:07:44	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	30/03/2018 15:07:21	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	30/03/2018 15:07:09	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	30/03/2018 15:06:51	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/03/2018 15:05:45	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	30/03/2018 15:03:29	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Outros	CARTA.pdf	10/03/2018 16:44:34	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Outros	SILVIA.pdf	10/03/2018 16:43:46	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Outros	JOHNATA.pdf	10/03/2018 16:42:51	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Outros	IMAGEMVOZ.doc	10/03/2018 16:37:21	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Outros	CIENCIA.pdf	10/03/2018 16:36:12	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Outros	resumo.docx	10/03/2018 16:35:26	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	10/03/2018 16:34:33	JOHNATA DA CRUZ MATOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 08 de Maio de 2018

Assinado por:  
**Dayani Galato**  
(Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

**ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ARTIGO “ASPECTOS FILOSÓFICOS E ANTROPOLÓGICOS DOS CUIDADOS PALIATIVO”**



Ponta Grossa, 03 de setembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ACEITE

Após avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta editora, tenho a honra de informar que o artigo intitulado "ASPECTOS FILOSÓFICOS E ANTROPOLÓGICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS" de autoria de "JOHNATA DA CRUZ MATOS, SILVIA MARIA FERREIRA GUIMARAES, JOHNATA DA CRUZ MATOS", foi aprovado e encontra-se no prelo para publicação no livro eletrônico "Atenção Interdisciplinar em Saúde" a ser divulgado em novembro de 2019.

Agradeço a escolha pela Atena Editora como meio de transmitir ao público científico e acadêmico o trabalho e parabenizo os autores pelo aceite de publicação.

Reitero protestos de mais elevada estima e consideração.

Prof.ª Dr.ª Antonella Carvalho de Oliveira  
Editora Chefe  
ATENA EDITORA  
PREFIXO EDITORIAL ISBN 93243  
PREFIXO DOI 10.22533

**ANEXO 5 – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ARTIGO “COMMUNICATION AND INTERPERSONAL RELATIONS IN PALLIATIVE CARE ASSISTANCE”**

<b>INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH</b>		<b>INVOICE</b>
 <b>Dr. T. MANIKANDAN</b> Managing Editor Sorappur, Valluvar Street, Veeranam Post, Villupuram Taluka, Pin: 605 106, Tamilnadu, India <b>Web:</b> journalijdr.com; <b>Email:</b> journalijdr.editor@gmail.com <b>WHATSAPP NUMBER: 0091 9150501534</b>		<b>INVOICE: 17235</b> <b>DATE: OCTOBER 18, 2019</b>
<b>TO:</b>  Johnata da Cruz Matos,	<b>ADDRESS:</b>  Nurse. PhD student in Health Sciences and Technologies. Master in Nursing. Universidade de Brasília – UnB. Email id: johnata.matos@hotmail.com	
<b>Respected Sir/Madam</b> Congratulation!!! We are pleased to inform you that your manuscript entitled “ <b>COMMUNICATION AND INTERPERSONAL RELATIONS IN PALLIATIVE CARE ASSISTANCE</b> ” has been accepted for Publication in International Journal of Development Research. We cover the costs partially through article processing fees. Our expenses are split among editorial costs, electronic composition and production, journal information system, manuscript management system, electronic archiving, overhead expenses, and administrative costs. Moreover, we are providing research paper publishing in minimum available cost.		

**ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ARTIGO “TRANSPERSONAL CARE AND NURSES' PERCEPTION OF SPIRITUAL ASSISTANCE TO ELDERLY PATIENTS IN PALLIATIVE CARE”**

<b>INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH</b>	
	<b>INVOICE</b>
<b>Dr. T. MANIKANDAN</b> Managing Editor Sorappur, Valluvar Street, Veeranam Post, Villupuram Taluka, Pin: 605 106, Tamilnadu, India <b>Web:</b> journalijdr.com; <b>Email:</b> journalijdr.editor@gmail.com <b>WHATSAPP NUMBER: 0091 9150501534</b>	<b>INVOICE: 17212</b> <b>DATE: OCTOBER 15, 2019</b>
<b>TO:</b>  Johnata da Cruz Matos,	<b>ADDRESS:</b>  Nurse. PhD student in Health Sciences and Technologies. Master in Nursing. Universidade de Brasília – UnB Email id: sousa.alvaromd@gmail.com
<b>Respected Sir/Madam</b> Congratulation!!! We are pleased to inform you that your manuscript entitled <b>“TRANSPERSONAL CARE AND NURSES' PERCEPTION OF SPIRITUAL ASSISTANCE TO ELDERLY PATIENTS IN PALLIATIVE CARE”</b> has been accepted for Publication in International Journal of Development Research. We cover the costs partially through article processing fees. Our expenses are split among editorial costs, electronic composition and production, journal information system, manuscript management system, electronic archiving, overhead expenses, and administrative costs. Moreover, we are providing research paper publishing in minimum available cost.	

**ANEXO 7 – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ARTIGO “MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE AND FRAGMENTED PERCEPTION OF THE PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE”**

<b>INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH</b>		<b>INVOICE</b>
 <b>Dr. T. MANIKANDAN</b> Managing Editor Sorappur, Valluvar Street, Veeranam Post, Villupuram Taluka, Pin: 605 106, Tamilnadu, India <b>Web:</b> journalijdr.com; <b>Email:</b> journalijdr.editor@gmail.com <b>WHATSAPP NUMBER: 0091 9150501534</b>		<b>INVOICE: 17311</b> <b>DATE: OCTOBER 25, 2019</b>
<b>TO:</b>  Johnata da Cruz Matos,	<b>ADDRESS:</b>  Nurse. PhD Student in Health Sciences and Technologies. Master in Nursing. Universidade de Brasília – UnB Email id: sousa.alvaromd@gmail.com	
<b>Respected Sir/Madam</b> Congratulation!!! We are pleased to inform you that your manuscript entitled “ <b>MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE AND FRAGMENTED PERCEPTION OF THE PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE</b> ” has been accepted for Publication in International Journal of Development Research. We cover the costs partially through article processing fees. Our expenses are split among editorial costs, electronic composition and production, journal information system, manuscript management system, electronic archiving, overhead expenses, and administrative costs. Moreover, we are providing research paper publishing in minimum available cost.		

## ANEXO 8 – NORMAS DA ATENA EDITORA E INSTRUÇÕES AOS AUTORES



### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### **Orientações Gerais:**

**Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a Atena Editora recebe os seguintes manuscritos, para revisão por pares:**

- 1) Artigos de Revisão;
- 2) Artigos de Pesquisa Original;
- 3) Dissertações de Mestrado;
- 4) Teses de Doutorado;
- 5) Relatórios de Pós-doc;

#### **Autor Correspondente:**

O autor designado como correspondente, será o mesmo que efetuar a submissão. O cadastro deste autor deve estar completo em nosso sistema, com endereço, telefone e e-mail.

#### **Autoria:**

Todos os autores devem ter participado ativamente da construção do manuscrito, preferencialmente na: 1) concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; 2) elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; 3) aprovação final do manuscrito para submissão.

#### **Alterações na Autoria:**

Qualquer adição, exclusão ou reorganização de nomes de autores na lista de autoria deve ser efetuada antes do manuscrito ser submetido em nossa plataforma. Solicitações posteriores a submissão deverão vir somente do autor correspondente e acompanhada do motivo para a alteração na lista de autores e confirmação por escrito (pode ser carta digitalizada e anexada ao e-mail [edicao@atenaeditora.com.br](mailto:edicao@atenaeditora.com.br)) de todos os autores de que eles concordam com a adição, remoção ou reorganização, bem como a concordância do autor a ser adicionado, alterado ou removido.

#### **Considerações Adicionais:**

- a) O manuscrito foi ortograficamente e gramaticalmente corrigido?
- b) Todas as referências mencionadas na lista de referências são citadas no texto e vice-versa?
- c) Todas as imagens, gráficos e fórmulas e demais elementos visuais estão em formato jpeg ou png?
- d) Todas as ilustrações estão no local exato no texto e não ao final?
- e) O título do trabalho deve ter no máximo 120 caracteres;
- f) O manuscrito deve ter no máximo 5 palavras-chave;
- g) O resumo deve ter no máximo 300 palavras.

#### **Vídeo:**

A Atena Editora aceita vídeo e/ou sequências de animação para aprimorar o conhecimento científico do manuscrito bem como para apoiar a sua disseminação. Todos os arquivos enviados devem ser rotulados adequadamente, para que possamos relacionar o conteúdo do vídeo ao texto. Os arquivos de vídeo e/ou animação fornecidos serão embedados em nossa página e quando possível em repositórios parceiros.

## **Normas para Formatação do Manuscrito**

### **TÍTULO DO TRABALHO EM LÍNGUA PORTUGUESA**

### **TÍTULO DO TRABALHO EM LÍNGUA INGLESA**

#### **Primeiro Autor, nome completo sem abreviaturas**

Instituição de Ensino, Faculdade ou Departamento Cidade – Estado

Link para o Currículo Lattes ou ORCID

#### **Segundo Autor, nome completo sem abreviaturas**

Instituição de Ensino, Faculdade ou Departamento Cidade – Estado

Link para o Currículo Lattes ou ORCID

#### **Terceiro Autor, nome completo sem abreviaturas**

Instituição de Ensino, Faculdade ou Departamento Cidade – Estado

Link para o Currículo Lattes ou ORCID

**Data de submissão:** Preencher com a data (xx/xx/xxxx) em que o manuscrito foi submetido no sistema.

**RESUMO:** Favor atender às seguintes normas de formatação: a) o artigo deve ter no **máximo 15 páginas (páginas excedentes, no valor de R\$ 13,00 por lauda, serão cobradas posteriormente a submissão)** de tamanho em folha A4 (21 x 29,7 cm), cada qual com margens superior e inferior iguais a 2,5 cm e esquerda e direita iguais a 3,0 cm; b) use fonte Arial tamanho 12 pontos para todo o corpo de texto (exceto citação direta longa e títulos de tabelas, figuras e gráficos, que deverão ser em fonte 10 pontos); c) prepare um resumo com um máximo de 300 palavras, espaçamento simples e alinhamento justificado; d) as referências devem ser listadas em ordem alfabética ao final do trabalho; e) as figuras/gráficos/fórmulas e ilustrações incluídas no trabalho devem ser de excelente qualidade, **inseridas no texto em formato “png” ou “jpeg”**; f) Não use nota de rodapé e/ou nota de fim. O trabalho deverá ser preparado em Português, Inglês, Espanhol ou Francês. **Use este texto como modelo.**

**PALAVRAS-CHAVE:** No máximo cinco palavras-chave.

**ABSTRACT:** Tradução para o Inglês do Resumo. Não utilize tradutores instantâneos de palavras, pois o mesmo pode alterar o sentido do texto. Lembre-se que um bom resumo deve conter o foco da pesquisa, a metodologia empregada, os resultados e principais conclusões. A Atena Editora aceita Visual Abstract como Resumo.

**KEYWORDS:** Palavras chaves em Inglês.

## 1. INTRODUÇÃO

O artigo será publicado como capítulo de livro, em formato *e-book*, no site da Atena Editora, no Slide Share, GoodReads do Grupo Amazon, Google Books e estamos em processo de avaliação para indexação no SciELO Livros. Eventualmente poderão ser disponibilizados em sites de editoras parceiras e repositórios. Os coordenadores das Grandes Áreas, serão os organizadores de cada obra. Entre uma sessão e outra, deixe duas linhas, e entre a sessão e o texto deixe uma linha. Use este texto como modelo.

## 2. INSTRUÇÕES PARA DIGITAÇÃO

O trabalho deve ser digitado no Word for Windows e não deve ser paginado. O título do trabalho em Língua Inglesa deve ser apresentado logo após o título do trabalho em Língua Portuguesa. O *Abstract* e as *Keywords*, devem ser apresentados após o resumo, em espaçamento simples, tal qual o resumo em língua portuguesa. Use este texto como modelo.

## 3. ESPECIFICAÇÕES GERAIS PARA A FORMATAÇÃO DO TEXTO

O corpo do artigo deve ser digitado em fonte Arial tamanho 12 pontos, espaçamento de 1,5 cm e sem qualquer espaçamento entre os parágrafos. O título deve ser em digitado em letra maiúscula, fonte 12 pontos, negrito e centralizado. Citações diretas longas deverão estar em fonte 10, com recuo de 4 cm da margem. Títulos de figuras, gráficos, fórmulas e tabelas, também devem estar em tamanho 10 pontos. Todas as sessões deverão ser numeradas.

## 4. AUTORES

O artigo deve ter no máximo **12 autores** (casos especiais serão analisados individualmente). A submissão do artigo deve ser feita preferencialmente pelo primeiro autor, que será denominado autor correspondente, assim como todos os contatos sobre a publicação do mesmo.

## 5. AUTORIZAÇÕES/RECONHECIMENTO

Ao submeter o trabalho, os autores tornam-se responsáveis por todo o conteúdo da obra.

## 6. CITAÇÕES

Conforme as normas da ABNT.

## REFERÊNCIAS

Apresentadas em ordem alfabética e de acordo com a norma da ABNT - NBR 6023/2002, com o título das obras em **negrito**. Deixar uma linha entre uma referência e outra.

## ANEXO 9 – NORMAS E INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH



### Instructions for Authors

The **International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926)** publishes high-quality solicited and unsolicited articles, in English, in all areas of the subject. The journal welcomes the submission of manuscripts that meet the general criteria of significance and academic excellence. All articles published in IJDR will be peer-reviewed. Papers will be published in the next issue of the journal after acceptance.

The **International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926)** will be published monthly (one volume; 12 Issues per year) by Academe Research Journals.

**Electronic submission** of manuscripts is strongly encouraged, provided that the text, tables, and figures are included in a single Microsoft Word file (preferably in Arial font).

E-mail attachment to the Editorial Office at:

[journalijdr.editor@gmail.com](mailto:journalijdr.editor@gmail.com), [researchijdr@yahoo.com](mailto:researchijdr@yahoo.com)

A manuscript number will be e-mailed to the corresponding author same day or within 72 hours.

The **cover letter** should include the corresponding author's full address and telephone numbers and should be in an e-mail message sent to the Editor, with the file, whose name should begin with the first author's surname, as an attachment. The authors may also suggest two to five reviewers for the manuscript (IJDR) may designate other reviewers).

**The International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926) will only accept manuscripts submitted as e-mail attachments.**

**Article Types** Three types of manuscripts may be submitted:

**Regular articles:** These should describe new and carefully confirmed findings, and experimental procedures should be given in sufficient detail for others to verify the work. The length of a full paper should be the minimum required to describe and interpret the work clearly.

**Short Communications:** A Short Communication is suitable for recording the results of complete small investigations or giving details of new models or hypotheses, innovative methods, techniques or apparatus. The style of main sections need not conform to that of full-length papers. Short communications are 2 to 4 printed pages (about 6 to 12 manuscript pages) in length.

**Review:** Submissions of reviews and perspectives covering topics of current interest are welcome and encouraged. Reviews should be concise and no longer than 4-6 printed pages (about 12 to 18 manuscript pages). Reviews manuscripts are also peer-reviewed.

#### Regular articles

All portions of the manuscript must be typed double-spaced and all pages numbered starting from the title page.

The **Title** should be a brief phrase describing the contents of the paper. The Title Page should include the authors' full names and affiliations, the name of the corresponding author along with phone, fax and E-mail information. Present addresses of authors should appear as a footnote.

The **Abstract** should be informative and completely self-explanatory, briefly present the topic, state the scope of the experiments, indicate significant data, and point out major findings and conclusions. The Abstract should be 100 to 200 words in length. Complete sentences, active verbs, and the third person should be used, and the abstract should be written in the past tense. Standard nomenclature should be used and abbreviations should be avoided. No literature should be cited.

Following the abstract, about 3 to 10 **key words** that will provide indexing references to should be listed. A list of non-standard **Abbreviations** should be added. In general, non-standard abbreviations should be used only when the full term is very long and used often. Each abbreviation should be spelled out and introduced in parentheses the first time it is used in the text. Only recommended SI units should be used.

The **Introduction** should provide a clear statement of the problem, the relevant literature on the subject, and the proposed approach or solution. It should be understandable to colleagues from a broad range of scientific disciplines.

**Materials and methods** should be complete enough to allow experiments to be reproduced. However, only truly new procedures should be described in detail; previously published procedures should be cited, and important modifications of published procedures should be mentioned briefly. Capitalize trade names and include the manufacturer's name and address. Subheadings should be used. Methods in general use need not be described in detail.

**Results** should be presented with clarity and precision. The results should be written in the past tense when describing findings in the authors' experiments. Previously published findings should be written in the present tense. Results should be explained, but largely without referring to the literature. Discussion, speculation and detailed interpretation of data should not be included in the Results but should be put into the Discussion section.

The **Discussion** should interpret the findings in view of the results obtained in this and in past studies on this topic. State the conclusions in a few sentences at the end of the paper. The Results and Discussion sections can include subheadings, and when appropriate, both sections can be combined.

The **Acknowledgments** of people, grants, funds, etc should be brief.

**Tables** should be kept to a minimum and be designed to be as simple as possible. Tables are to be typed double-spaced throughout, including headings and footnotes. Each table should be on a separate page, numbered consecutively in Arabic numerals and supplied with a heading and a legend. Tables should be self-explanatory without reference to the text. The details of the methods used in the experiments should preferably be described in the legend instead of in the text. The same data should not be presented in both table and graph form or repeated in the text.

**Figure legends** should be typed in numerical order on a separate sheet. Graphics should be prepared using applications capable of generating high resolution GIF, TIFF, JPEG or PowerPoint before pasting in the Microsoft Word manuscript file. Tables should be prepared in Microsoft Word. Use Arabic numerals to designate figures and upper case letters for their parts (Figure 1). Begin each legend with a title and include sufficient description so that the figure is understandable without reading the text of the manuscript. Information given in legends should not be repeated in the text.

**References:** In the text, a reference identified by means of an author's name should be followed by the date of the reference in parentheses. When there are more than two authors, only the first author's name should be mentioned, followed by 'et al'. In the event that an author cited has had two or more works published during the same year, the reference, both in the text and in the reference list, should be identified by a lower case letter like 'a' and 'b' after the date to distinguish the works.

Examples:

Abayomi (2000), Agindotan et al. (2003), (Kelebeni, 1983), (Usman and Smith, 1992), (Chege, 1998; Chukwura, 1987a, b; Tijani, 1993, 1995), (Kumasi et al., 2001)

References should be listed at the end of the paper in alphabetical order. Articles in preparation or articles submitted for publication, unpublished observations, personal communications, etc. should not be included in the reference list but should only be mentioned in the article text (e.g., A. Kingori, University of Nairobi, Kenya, personal communication). Journal names are abbreviated according to Chemical Abstracts. Authors are fully responsible for the accuracy of the references.

Examples:

Ogunseitan OA (1998). Protein method for investigating mercuric reductase gene expression in aquatic environments. *Appl. Environ. Microbiol.* 64:695–702.

Gueye M, Ndoye I, Dianda M, Danso SKA, Dreyfus B (1997). Active N<sub>2</sub> fixation in several *Faidherbia albida* provenances. *Ar. Soil Res. Rehabil.* 11:63-70.

Charnley AK (1992). Mechanisms of fungal pathogenesis in insects with particular reference to locusts. In: Lomer CJ, Prior C (eds) *Biological Controls of Locusts and Grasshoppers: Proceedings of an international workshop held at Cotonou, Benin.* Oxford: CAB International, pp 181-190.

Mundree SG, Farrant JM (2000). Some physiological and molecular insights into the mechanisms of desiccation tolerance in the resurrection plant *Xerophyta viscosa* Baker. In Cherry et al. (eds) *Plant tolerance to abiotic stresses in Agriculture: Role of Genetic Engineering*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, pp 201-222.

Babalola OO (2002). Interactions between *Striga hermonthica* (Del.) Benth. and fluorescent rhizosphere bacteria Of *Zea mays*, L. and *Sorghum bicolor* L. Moench for *Striga* suicidal germination In *Vigna unguiculata* . PhD dissertation, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria.

**Short Communications**

Short Communications are limited to a maximum of two figures and one table. They should present a complete study that is more limited in scope than is found in full-length papers. The items of manuscript preparation listed above apply to Short Communications with the following differences: (1) Abstracts are limited to 100 words; (2) instead of a separate Materials and Methods section, experimental procedures may be incorporated into Figure Legends and Table footnotes; (3) Results and Discussion should be combined into a single section.

**Proofs and Reprints:** Electronic proofs will be sent (e-mail attachment) to the corresponding author as a PDF file. Page proofs are considered to be the final version of the manuscript. With the exception of typographical or minor clerical errors, no changes will be made in the manuscript at the proof stage. Because IJDR will be published freely online, authors will have free electronic access to the full text (PDF) of the article. Authors can freely download the PDF file from which they can print unlimited copies of their articles.

**Copyright:** Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before (except in the form of an abstract or as part of a published lecture, or thesis); that it is not under consideration for publication elsewhere; that if and when the manuscript is accepted for publication, the authors agree to automatic transfer of the copyright to the publisher.

**Proofs, Reprints and manuscript charges**

Electronic proofs will be sent (e-mail attachment) to the corresponding author as a PDF file. Page proofs are considered to be the final version of the manuscript. With the exception of typographical or minor clerical errors, no changes will be made in the manuscript at the proof stage. Because IJDR will be published online, authors will have free electronic access to the full text (PDF) of the article. Authors can freely download the PDF file from which they can print unlimited copies of their articles. There is no charge for the processing of paper but author(s) of each accepted paper is required to pay the publication charge which is very nominal fees. The fees depends upon the number of pages, number of authors, images etc. Before the accepted paper is published we will intimate the fees in the acceptance letter.

## **APENDICE 1 - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA GUIAR A ENTREVISTA**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM  
SAÚDE - PPGCTS**

### **Roteiro para guiar entrevista com a equipe multiprofissional**

1. Para você o que significa cuidados paliativos?
2. Me fale como você costuma conduzir o momento da internação do paciente/familiar na enfermaria? Como você aborda os familiares desses pacientes? Você considera que a presença deles no contexto de cuidado é importante?
3. Fale sobre o seu trabalho, suas atividades com pacientes em cuidado paliativo e seus familiares?
4. Há situações/comportamentos que são comuns nos pacientes/familiares?
5. Me fale sobre a comunicação do diagnóstico/tratamento/prognóstico da doença ao paciente/familiar.
6. Quais são as maiores dificuldades na comunicação desses assuntos?
7. Existe alguma situação que você considere mais difícil de ser comunicada que outras?
8. 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.
9. Em sua percepção, quais são os fatores que favorecem a prática da assistência aos pacientes em cuidados paliativos?
10. Em sua percepção, quais são os fatores que dificultam a prática da assistência aos pacientes em cuidados paliativos?

## APENDICE 2 - O CONTO DOS TRÊS IRMÃOS E OS PRESENTES DA MORTE

### O CONTO DOS TRÊS IRMÃOS E OS PRESENTES DA MORTE

**J. K. ROWLING**

(Livre adaptação)

Era uma vez três irmãos que viajavam por uma estrada deserta e tortuosa ao anoitecer. Depois de algum tempo, os irmãos chegaram a um rio fundo demais para atravessar a pé e perigoso demais para atravessar a nado. Contudo, os irmãos eram versados em magia, então simplesmente agitaram as mãos com suas varinhas e fizeram aparecer uma ponte sobre as águas traiçoeiras.

Já estavam na metade da travessia quando viram o caminho bloqueado por uma figura encapuzada - era a morte. A morte estava zangada por terem lhe roubado três vítimas, pois normalmente os viajantes afogavam-se no rio. Mas a Morte foi astuta e fingiu cumprimentar os três irmãos por sua magia e bravura e disse que cada um deles havia ganho um prêmio por ter sido suficientemente esperto e inteligente o bastante para lhe escapar.

E assim, o irmão mais velho, homem combativo e arrogante, pediu a varinha mais poderosa que existisse: uma varinha que sempre vencesse os duelos para seu dono, uma varinha digna de um bruxo que derrotara a Morte. Ela atravessou a ponte e foi até um velho sabugueiro na margem do rio, moldou uma varinha de um ramo tombado e deu-a ao irmão mais velho a varinha das varinhas.

O segundo irmão, que também era um homem arrogante e presunçoso, decidiu que queria humilhar ainda mais a morte e pediu o poder de restituir a vida e trazer de volta outros que ela levava. Então, a morte apanhou uma pedra da margem do rio e entregou-a ao segundo irmão, dizendo-lhe que a pedra tinha o poder de ressuscitar os mortos.

Então a morte perguntou ao terceiro e mais jovem dos irmãos o que ele queria como prêmio. Ele era o mais humilde e o mais sábio dos irmãos e não confiou na morte. Pediu, então, algo que o permitisse sair daquele lugar sem ser seguido por ela. E a Morte, de má vontade, lhe entregou o próprio manto da invisibilidade. Depois a morte afastou-se e permitiu que os três irmãos prosseguissem o seu caminho, e eles assim fizeram, falando com espanto a aventura que tinham vivido, e admirando os presentes da morte.

A seu tempo, os irmãos separaram-se, seguindo cada um o seu destino. O primogênito viajou um tempo e, ao chegar a uma aldeia distante, procurou um antigo rival bruxo com quem tivera uma briga e armado com a varinha das varinhas, não poderia deixar de vencer o duelo deixando o inimigo morto no chão.

O irmão mais velho dirigiu-se a uma estalagem, onde se gabou, em altas vozes, da poderosa varinha que conseguira enganando a própria morte, e que a arma o tornava invencível. Na mesma noite, outro bruxo aproximou-se sorrateiramente do

irmão mais velho enquanto dormia embriagado pelo vinho. O ladrão levou a varinha e cortou-lhe a garganta. Assim, a morte levou o primeiro irmão.

O segundo irmão viajou para a própria casa. Ali, tomou a pedra que tinha o poder de ressuscitar os mortos e girou-a três vezes na mão. Para sua surpresa e alegria, a figura de uma moça que tivera a esperança de desposar antes de sua morte precoce surgiu instantaneamente diante dele. Contudo, ela estava triste e fria, e embora tivesse retornado ao mundo dos mortais, seu lugar não era mais ali e ela sofria. Diante disso, o segundo irmão, enlouquecido de saudades, matou-se para poder verdadeiramente se unir a ela. Assim, a morte levou o segundo irmão.

Ainda que a morte tivesse procurado pelo terceiro irmão durante muitos anos, jamais conseguiu encontrá-lo. Somente quando atingiu uma idade avançada foi que o irmão mais moço despiu a Capa da Invisibilidade e deu-a de presente ao filho. E então, acolheu a morte como uma velha amiga e acompanhou-a com humildade, respeito. E de bom grado, partiram desta vida como iguais.



Fonte: [https://aminoapps.com/c/amizade\\_namoro/page/blog/conto-dos-tres-irmaos/g42G\\_jqH6ua6dzp3nVBDw1Mz05JeaR4k4](https://aminoapps.com/c/amizade_namoro/page/blog/conto-dos-tres-irmaos/g42G_jqH6ua6dzp3nVBDw1Mz05JeaR4k4)