

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE

**CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO: ESTUDO COM FAMILIARES E
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO**

JOÃO PESSOA/PB
2020

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE

**CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO: ESTUDO COM FAMILIARES E
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico-filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa

JOÃO PESSOA/PB
2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A553c Andrade, Cristiani Garrido de.

Cuidados paliativos e comunicação : estudo com familiares e técnicos de enfermagem à luz da teoria do final de vida pacífico / Cristiani Garrido de Andrade. - João Pessoa, 2020.

119 f. : il.

Orientação: Solange Fátima Geraldo da Costa.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Cuidados paliativos. 3. Comunicação. 4. Doente terminal. 5. Teoria de Enfermagem. I. Costa, Solange Fátima Geraldo da. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083(043)

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE

Cuidados Paliativos e comunicação: estudo com familiares e técnicos de enfermagem à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 28 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Solange Fátima Geraldo da Costa

Presidente da Banca/PPGENF/Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª. Drª Isabelle Cristinne P. Costa

Membro titular externo/ Universidade Federal de Alfenas

Profª. Drª. Adriana Marques Pereira de Melo

Membro titular externo/Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª. Drª. Maria Eliane Moreira

Membro titular interno/ PPGENF/Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª. Drª. Patrícia Serpa de Souza Batista

Membro titular interno/ PPGENF/Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. Ângelo Brito Pereira de Melo

Membro suplente externo/ Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª. Drª Jael Rúbia Figueiredo de Sá França

Membro suplente interno/ PPGENF/Universidade Federal da Paraíba - UFPB

À Nossa Senhora, mãe intercessora e protetora da minha vida. Agradeço-lhe por está ao meu lado em cada fase desse estudo, por segurar a minha mão em cada momento de escrita, por interceder por mim junto a Jesus.

À minha mãe, Ana Maria de Andrade Garrido e ao meu pai Teofilho Gregório de Andrade, por sempre estarem ao meu lado, apoiando-me incondicionalmente. Agradeço-lhes por cuidar tão bem de mim. Sou grata, sobretudo, por todas as vezes que tive vontade de desistir e vocês me deram forças para continuar. Obrigada “mainha” e “painho” por terem acreditado no meu potencial, demonstrando sempre amor e carinho.

À Profª. Drª. Solange Fátima Geraldo da Costa, responsável por promover meu amadurecimento na profissão de enfermeira, docente e pesquisadora, portanto, um exemplo para mim. Mais do que uma orientadora, uma “mãe acadêmica”. Sou grata eternamente por sua amizade.

Dedico este estudo

Agradecimento a Deus

Meu Senhor e Meu Deus,

Agradeço por me mostrar que sou protegida, guiada e iluminada pela sua presença divina, no mais íntimo do meu ser. Por me dar abrigo na tempestade, por endireitar o que está torto; por criar saídas para o que parece não haver escapatória. Agradeço por me perdoar quando eu não posso ou não quero perdoar a mim mesma. Agradeço, Senhor, por sua compaixão, pela sua graça, pela sua bondade, que estão sempre presentes, sustentando-me nos momentos mais difíceis; por não me deixar esquecer que você me habita e é a força que dá vida a minha alma. Agradeço, Senhor, pela pessoa que sou.

Obrigada por me permitir concluir este trabalho; pelas oportunidades de aprendizado e amadurecimento ao longo da minha existência; por sua fidelidade, seu amor e sua companhia em todos os momentos da minha vida.

Agradecimentos Especiais

*“Gratidão é a memória do coração”
(Dostoievsky)*

A Deus, pelo dom da vida, por iluminar os meus passos e por me conceber a graça de vencer esta etapa. Obrigada por eu poder contar com Teu Santo poder, por ser tua escolhida, Obrigada Senhor por Tua suprema e infinita misericórdia que me guia por caminhos dignos.

À Nossa Senhora, pela presença real em meu ser e pelas inúmeras bênçãos alcançadas ao longo da minha vida e em especial, dessa trajetória acadêmica.

À minha amiga e orientadora Prof.^a Dr.^a Solange Fátima Geraldo da Costa, responsável por me preparar para assumir desafios como educadora. Obrigada pelas constantes demonstrações de carinho e humildade. Poucos são tão privilegiados como eu por ter tido a honra de conviver com uma pessoa tão generosa, dedicada, eficiente, carinhosa e diligente. Obrigada professora, por acreditar em meu potencial, sem a sua presença, essa conquista não estava sendo alcançada.

Aos meus pais, Teofilho Gregório de Andrade e Ana Maria de Andrade Garrido, por me terem ensinado o valor do estudo, da responsabilidade e da dedicação. Agradeço-lhes por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, proporcionando-me amor incondicional, que me faz ser, a cada dia, o que sou

Aos meus irmãos, Ana Camila e Victor Emanuel e a minha irmã do coração Ana Rolim, por todo. Obrigada por compartilhar com vocês todos os anseios da minha rotina diária.

A minha sobrinha, Ana Clara, criança maravilhosa, que encanta a todos. Obrigada, por ser, todos os dias, a fonte da minha inspiração e o meu exemplo maior de amor.

À amiga Isabelle Cristinne, que acompanhou todo o meu trajeto, ajudou-me a superar todas as dificuldades e compartilhou comigo as alegrias dessa conquista. Obrigada pelo amor, pelo companheirismo e por acreditar em mim, quando nem eu mesmo acreditei. Obrigada minha amiga, por não me fazer desistir. Sou grata a Deus por ter me abençoado com a sua amizade. Amiga mais do que especial, uma irmã que Deus colocou em minha vida.

Aos meus filhos do coração do EJC: ‘Família Restaurazul’. Agradeço-lhes por me ensinarem o verdadeiro significado do amor.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Isabelle Cristinne P. Costa, Adriana Marques Pereira de Melo, Maria Eliane Moreira, Patrícia Serpa de Souza Batista, Ângelo Brito Pereira de Melo e Jael Rúbia Figueiredo de Sá França, pela colaboração para com esse estudo, me possibilitando contribuições valiosas para o enriquecimento dele.

À Professora Rejane, pelo competente trabalho de revisão linguística.

Aos Técnicos de Enfermagem do hospital selecionado para esta pesquisa, por gentilmente ter aceitado participar do processo de coleta de dados, viabilizando o estudo.

Aos Familiares dos Pacientes em fase final de vida do Hospital selecionado para o estudo, que mesmo vivenciando um momento difícil, aceitaram participar desta pesquisa. A participação de vocês foi fundamental não só para a construção desse estudo, mas também para o meu crescimento enquanto ser humano.

Aos Enfermeiros e ex-alunos, Erich e Bruna, por compartilharem comigo todos os anseios no período da coleta de dados, auxiliando-me durante essa trajetória.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, pela oportunidade que me concedeu, capacitando-me para ser uma profissional melhor.

Aos Docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por toda a atenção e paciência dispensada.

À minha Família Ciências Médicas, minha casa de trabalho. Agradeço por todas as conquistas que alcançamos juntos, por todas as dificuldades que conseguimos superar. Obrigada a cada um de vocês que acompanharam, lado a lado, estes momentos de aprendizagem.

Enfim, a cada um de vocês e a tantos outros familiares e amigos que, de forma direta ou indireta, colaboraram para o desenvolvimento deste estudo.

Não sei...

*Se a vida é curta ou longa para nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá
sentido à vida,
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem
longa demais,
Mas que seja intensa, verdadeira e pura enquanto
durar...*

(Cora Coralina)

ANDRADE, C. G. **Cuidados paliativos e comunicação:** estudo com familiares e técnicos de enfermagem à luz da teoria do final de vida pacífico. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

RESUMO

Introdução: os cuidados paliativos consistem em uma assistência holística e integral a pacientes cuja doença é progressiva e incurável, bem como aos seus familiares, para lhes proporcionar sobrevida com a melhor qualidade possível utilizando diversas modalidades de cuidar, dentre elas, a comunicação. Esta tese foi composta de três estudos na modalidade de artigos. O primeiro traz uma revisão de escopo que objetivou caracterizar as publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos online. Tal estudo possibilitou mapear um quantitativo expressivo de publicações sobre os cuidados paliativos e comunicação. Os artigos originais apresentaram os seguintes objetivos: identificar as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem para a promoção de um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos; analisar a contribuição do cuidado de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico; e investigar a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos, segundo os depoimentos de familiares. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, cujo cenário de investigação foram as unidades de internação de um hospital de caráter filantrópico, localizado no município de João Pessoa – PB, Brasil. Participaram do estudo quinze técnicos de enfermagem e quinze familiares de pacientes com diagnóstico de doença avançada na fase final de vida. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2019, por meio da técnica de entrevista semiestruturada, utilizando-se um formulário com questões pertinentes aos objetivos propostos. A coleta só foi iniciada depois que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o CAAE 04101418.1.0000.5178. Os dados obtidos foram categorizados por meio da técnica de análise de conteúdo e analisados qualitativamente à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. **Resultados:** a partir dos dados coletados, emergiram dois estudos: (1) Cuidados paliativos: estratégias de comunicação adotadas por técnicos de enfermagem para pacientes na fase final de vida; e (2) Cuidados paliativos e comunicação: estudo com familiares à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. O primeiro estudo destacou a importância da comunicação como estratégia para promover paz, tranquilidade, respeito/dignidade e controle da dor de pacientes em cuidados paliativos na terminalidade, com vistas a um final de vida pacífico. No segundo manuscrito, os depoimentos dos participantes evidenciam que um cuidado de enfermagem embasado em uma comunicação eficaz contribui para proporcionar conforto e paz ao familiar do paciente terminal. Os dados apontam, ainda, que o distanciamento da família é um obstáculo para um fim de vida tranquilo. **Reflexões finais:** portanto, a Teoria do Final de Vida Pacífico auxilia o enfermeiro a promover um cuidado integral e humanizado para o paciente em fase final de vida e sua família e embasa estratégias de comunicação que lhe possibilitam usufruir da possibilidade de bem-estar enquanto vivencia o processo de terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Comunicação. Enfermagem. Doente terminal. Teoria de Enfermagem.

ANDRADE, C. G. **Palliative care and communication:** a study with patients' relatives and nursing technicians in the light of the Peaceful End-of-Life Theory. 135f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2020.

ABSTRACT

Introduction: palliative care consists of a holistic and integral assistance to patients whose illness is progressive and incurable, as well as to their relatives, in order to provide them with the best possible quality of survival using various forms of care, among them, communication. This thesis was composed of three studies in the form of articles. The first one brings a scope revision that aimed to characterize the publications about palliative care and communication, with emphasis on the approaches addressed, published in online journals. This study made it possible to map an expressive quantity of publications on palliative care and communication. The original articles presented the following objectives: to identify the communication strategies used by nursing technicians to promote a peaceful end of life for palliative care patients; to analyze the contribution of nursing care, with emphasis on communication, delivered to terminally ill patients undergoing palliative care and their relatives in the light of the Peaceful End-of-Life Theory; and to investigate the importance of communication to provide a peaceful end of life for palliative care patients, according to the testimonies of their relatives. **Methodology:** this is a field research of qualitative nature, whose investigation scenario was composed of the hospitalization units of a philanthropic hospital, located in the municipality of João Pessoa - PB, Brazil. Fifteen Nursing technicians and fifteen relatives of patients who were diagnosed with advanced disease in the final stage of life participated in the study. The data were collected from February to May 2019, by means of the semi-structured interview technique, using a form. Collection only began after the research project was approved by the Research Ethics Committee, according to CAAE 04101418.1.0000.5178. The data obtained were categorized by means of the content analysis technique and were qualitatively analyzed in light of the Peaceful End-of-Life Theory. **Results:** from the data collected, two studies emerged: (1) Palliative care: communication strategies adopted by Nursing Technicians for patients at the end-of-life stage; and (2) Palliative care and communication: study with patients' relatives in the light of the Peaceful End-of-Life Theory. The first study highlighted the importance of communication as a strategy to promote peace, tranquility, respect/dignity and pain control for palliative care patients at the end of life aiming to promote a peaceful end of life. In the second manuscript, the participants' testimonies showed that nursing care based on effective communication contributes to provide comfort and peace to the family of the patient who is terminally ill. The data also point out that distance from the family is an obstacle to a peaceful end of life. **Final Reflections:** therefore, the Peaceful End-of-Life Theory helps the nurse to promote an integral and humanized care for the patient at the end of life and his/her family and provides the basis for communication strategies that allow him/her to enjoy the possibility of well-being while experiencing the process of terminality.

Keywords: Palliative care. Communication. Nursing. Terminal patient. Nursing theory.

ANDRADE, C. G. **Cuidados paliativos y comunicación:** estudio con familiares y técnicos de enfermería a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida. 135f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2020.

RESUMEN

Introducción: los cuidados paliativos consisten en una asistencia holística y integral a pacientes cuya enfermedad es progresiva y incurable, bien como a sus familiares, para proporcionar supervivencia con la mejor calidad posible utilizando diversas modalidades de cuidar, entre ellas, la comunicación. Esta tesis fue compuesta de tres estudios en la modalidad de artículos. El primer aporta una revisión de alcance que objetivó caracterizar las publicaciones acerca de los cuidados paliativos y comunicación, con énfasis en los enfoques abordados, diseminadas en periódicos online. Tal estudio posibilitó mapear un cuantitativo expresivo de publicaciones sobre los cuidados paliativos y comunicación. Los artículos originales presentaron los siguientes objetivos: identificar las estrategias de comunicación utilizadas por técnicos de enfermería para la promoción de un final tranquilo de la vida a pacientes bajo cuidados paliativos; analizar la contribución del cuidar en enfermería, con énfasis en la comunicación para el paciente en cuidados paliativos en la fase terminal y familiares a la luz de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida; y investigar la importancia de la comunicación para proporcionar un final tranquilo de la vida para pacientes en cuidados paliativos, según declaraciones de familiares. **Metodología:** se trata de una investigación de campo de naturaleza cualitativa, cuyo escenario de investigación fue las unidades de internación de un hospital de carácter filantrópico, localizado en el municipio de João Pessoa – PB, Brasil. Participaron del estudio quince técnicos de enfermería y quince familiares de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada en la fase final de la vida. Los datos fueron recolectados en el período de febrero a mayo de 2019, por medio de la técnica de entrevista semiestructurada, utilizando un formulario. La recolección fue iniciada después que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, conforme el CAAE 04101418.1.0000.5178. Los datos obtenidos fueron clasificados por medio de la técnica de análisis de contenido y analizados cualitativamente a la luz de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida. **Resultados:** a partir de los datos recolectados, emergieron dos estudios: (1) Cuidados paliativos: estrategias de comunicación adoptadas por técnicos de enfermería para pacientes en la fase final de vida; y (2) Cuidados paliativos y comunicación: estudio con familiares a la luz de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida. El primer estudio destacó la importancia de la comunicación como estrategia para promover paz, tranquilidad, respeto/dignidad y control del dolor de pacientes en cuidados paliativos en la terminalidad, con vistas a un final tranquilo de la vida. En el segundo manuscrito, las declaraciones de los participantes evidenciaron que un cuidado de enfermería apoyado en una comunicación eficaz contribuye para proporcionar confort y paz al familiar del paciente terminal. Los datos apuntan, aún, que el distanciamiento de la familia es un obstáculo para un fin de vida tranquilo. **Reflexiones finales:** por consiguiente, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida auxilia el enfermero a promover un cuidado integral y humanizado para el paciente en fase final de vida y su familia, fundamenta estrategias de comunicación que posibilitan beneficiarse de la posibilidad de bienestar mientras vive el proceso de terminalidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Comunicación. Enfermería. Enfermedad terminal. Teoría de Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Processo de identificação e inclusão dos estudos - <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow</i> . João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	46
Figura 02: Distribuição da produção científica sobre a comunicação em cuidados paliativos, publicada <i>online</i> no período de 2014 a 2018. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n=86)	47
Tabela 01: Distribuição das publicações conforme o nível e qualidade de evidência, seguindo o sistema de classificação proposto por Stetler <i>et al</i> (1998). João Pessoa, PB, Brasil, 2019 (n=86).....	48
Figura 03: Distribuição da publicação científica sobre comunicação em cuidados paliativos, segundo a frequência de cada categoria profissional relacionada à forma de produção – João Pessoa, PB, 2019. (n=86).....	49
Figura 04: Processo de identificação e inclusão dos estudos - <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow</i> . João Pessoa, PB, Brasil, 2019.....	51

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	31
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA.....	34
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	41
2.1 Artigo 01: Produção científica acerca dos cuidados paliativos e comunicação em periódicos online: revisão de escopo.....	41
2.2 Teoria do Final de Vida Pacífico: considerações gerais.....	64
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....	73
3.1 Tipo de estudo.....	73
3.2 Local da Pesquisa.....	74
3.3 População e Amostra.....	75
3.4 Instrumento e técnica de coleta de dados.....	75
3.5 Posicionamento ético da pesquisadora.....	77
3.6 Análise dos dados	78
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS À LUZ DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO.....	82
4.1 Artigo 02: Cuidados paliativos: estratégias de comunicação adotadas por técnicos de enfermagem para pacientes na fase final de vida.....	82
4.2 Artigo 03: Cuidados paliativos e comunicação: estudo com familiares à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico.....	98
REFLEXÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES.....	124
Apêndice A – Instrumento de coleta de dados – familiar.....	124
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados – técnicos de enfermagem.....	127
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	129
ANEXOS.....	131
Anexo A – Carta de aceite da Revista Brasileira de Enfermagem.....	131
Anexo B – Normas da Revista Brasileira de Enfermagem.....	132
Anexo C – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa.....	136



'Quando nada mais pudermos fazer por alguém, é preciso que nós saibamos estar ao seu lado.'

Danielle Hons

APRESENTAÇÃO

Ao iniciar esta tese, trago um breve histórico, com a finalidade de apresentar os motivos que me estimularam a desenvolvê-la. O primeiro deles foi o fato de ter afinidade pessoal com o tema, que iniciou quando ingressei no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos (NEPBCP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), onde tive a oportunidade de ampliar meus conhecimentos no campo dos cuidados paliativos e da comunicação.

Como integrante do NEPBCP, tive a honra de conviver com a Professora Dr^a. Solange Costa, como orientadora do Mestrado e do Doutorado, que foi essencial para que eu pudesse percorrer essa caminhada. Com ela expandi minha compreensão sobre o campo dos cuidados paliativos e despertei o desejo de, cada vez mais, pesquisar acerca desse tema.

Assim, com o propósito de fortalecer essa experiência, participei do Curso de Capacitação e de Especialização em Cuidados Paliativos a distância, promovido pela *Pinus Longaeva* Editora, e do Curso Introdutório em Cuidados Paliativos, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos (NEPBCP/UFPB), em parceria com o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em que tive a oportunidade de proferir a palestra intitulada ‘Cuidados paliativos – aspectos históricos e conceituais’. Esses cursos me proporcionaram desenvolver habilidades e tomar atitudes que permitem uma abordagem adequada e humanizada para o paciente e sua família, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. No núcleo, tive a oportunidade de produzir diversos estudos acerca desse assunto como autora e coautora. Dentre esses artigos, destacam-se 21 publicações na área de cuidados paliativos, seis sobre comunicação.

Assim, por compreender a importância dos cuidados paliativos e da comunicação para um cuidado humanizado para o paciente sem possibilidades de cura e sua família e para a prática dos profissionais de enfermagem, direcionei minha dissertação, como mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF/CCS/UFPB – e, atualmente, como doutoranda, a tese, para explorar e aprofundar esse tema.

Como doutoranda, aprofundei meus estudos sobre as Teorias da Enfermagem, na disciplina ‘Fundamentos Teórico-filosóficos do Cuidar’, e fui apresentada ao universo dos modelos teóricos, o que possibilitou meu encontro com a Teoria Final de Vida Pacífico (*Theory of the Peaceful End of Life*), fundamento teórico desta tese.

Esta tese inclui três estudos em formato de artigo: um que corresponde à fundamentação teórica, e dois relacionados aos resultados obtidos a partir do material empírico da pesquisa de campo, conforme mencionado a seguir:

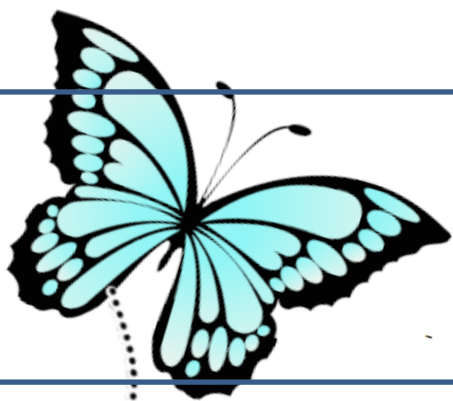
Artigo 01: Produção científica acerca dos cuidados paliativos e comunicação em periódicos online: revisão de escopo. O artigo objetivou caracterizar as publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online* e foi aceito para ser publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) - Qualis A2, no seu volume 73 e edição 6 (Anexo A).

Artigo 02: Cuidados paliativos: estratégias de comunicação adotadas por técnicos de enfermagem para pacientes na fase final de vida. A pesquisa identificou as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos. O artigo será, oportunamente, submetido a uma revista científica com Qualis A1.

Artigo 03: Cuidados paliativos e comunicação: estudo com familiares à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. O manuscrito analisou a contribuição do cuidado de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico e investigou a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos, segundo os depoimentos de familiares. O estudo será enviado para um periódico de Enfermagem com Qualis A2.

Além dos artigos, esta tese traz algumas considerações iniciais a respeito do tema; a fundamentação teórica, que contempla, além do artigo de revisão, um capítulo sobre a Teoria do Final de Vida Pacífico; o caminho metodológico e as reflexões finais.

Sua formatação seguiu as normas de estrutura de tese de artigo científico, recomendadas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Na apresentação formal deste trabalho acadêmico-científico, foram consideradas as exigências estruturais estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT-NBR 14724/2011), com as citações e as referências apenas dos artigos no estilo Vancouver.



'Não podemos acrescentar dias a nossa vida,
mas podemos acrescentar vida aos nossos
dias.'

Cora Coralina

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA

Nos últimos anos, tem-se observado o aumento progressivo do envelhecimento populacional, da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas na população. Em contrapartida, os avanços científicos e tecnológicos e o desenvolvimento de terapêuticas foram capazes de tornar crônicas as doenças que antes eram consideradas como fatais, levando seus portadores à longevidade (SANTOS *et al.*, 2014; GOMES; OTHERO, 2016; ANDRADE *et al.*, 2017).

O prolongamento da vida pode levar o paciente com doença crônica e sua família a um profundo sofrimento físico, psíquico, social e espiritual (GOMES; OTHERO, 2016). Por causa disso, é necessário um cuidado diferenciado, pautado na valorização da qualidade de vida e do bem-estar biopsicossocial e espiritual do paciente, visando direcionar a assistência de saúde e, em especial, a dos profissionais de enfermagem, com uma visão holística e integral, o que se configura como uma forma de cuidar humanizada (PAULA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, surgiram os cuidados paliativos, um tema que vem evoluindo de forma exponencial, o que pode estar relacionado não só ao avanço da ciência, mas também à busca de uma visão mais individualizada sobre o paciente, para além de sua doença, atendendo a toda a sua complexidade (PAULA *et al.*, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2018).

Os cuidados paliativos são um tipo de assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é de melhorar a qualidade da vida dos pacientes afetados por uma doença que ameaça a continuidade da vida, seja aguda ou crônica, por meio do diagnóstico dessa condição, e a de seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce de sinais e sintomas, da avaliação ponderada e do tratamento da dor e dos demais desconfortos físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018).

Essa modalidade de cuidar se integra aos aspectos biopsicossociais e espirituais do atendimento aos pacientes, oferta um sistema de apoio que os ajuda a viver ativamente até a morte e dá suporte à família durante o processo da doença, do final de vida e do luto (WHO, 2008). Logo, controlar os sintomas que angustiam o paciente e proporcionar-lhe assistência psicossocial e espiritual e atenção aos familiares são os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, que remontam a uma modalidade de atendimento voltada para pacientes, desde o diagnóstico de uma doença progressiva, avançada e incurável, até a fase terminal (CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018).

A Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (IAHPC) desenvolveu, em um estudo recente, uma definição consensual dos cuidados paliativos, seguindo as recomendações da Comissão Lancet sobre o acesso global a cuidados paliativos. A IAHPC conceituou os cuidados paliativos como cuidados holísticos e ativos a indivíduos de todas as idades, com problemas de saúde em fase avançada, ocasionados por doenças graves, especialmente aquelas no final da vida, concentrando-se no alívio do sofrimento e tendo como objetivo melhorar da qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores (RADBRUCH *et al.*, 2020)

Inúmeras discussões têm sido levantadas acerca dos cuidados paliativos no fim da vida e da terminologia utilizada a temática. Esta tese adota o termo ‘paciente em fase final de vida’ utilizado por Ruland e Moore (1998) ou ‘paciente em condição terminal’, utilizado por Siqueira, Pessini e Siqueira (2013), para se referir a pessoas cuja doença de base não tem cura e têm como desfecho o fim da vida. Logo, o paciente em condição terminal é o que apresenta uma probabilidade elevada de ir a óbito em um tempo relativamente curto e em condição de irreversibilidade, ou seja, é o paciente cujo retorno das boas condições de saúde está exaurido, e a morte parece inevitável e previsível. Nessa fase, o tratamento paliativo é imprescindível para garantir que o paciente viva bem, apesar da situação que enfrenta. O término da terapia curativa não deve ser considerado o final do tratamento ativo, mas uma mudança de foco no que diz respeito à abordagem terapêutica (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Estudo enfatiza que os cuidados paliativos podem ser oferecidos concomitantemente à terapia direcionada à doença de base. Assim, não atuam somente no controle de sintomas, mas também no tratamento das intercorrências que têm grandes potenciais de morbimortalidade (SANTOS *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, com o objetivo de atender às necessidades do paciente com doença em fase terminal, é de fundamental importância a atuação de uma equipe de cuidados paliativos. Trata-se de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que inclui médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, religiosos, terapeutas ocupacionais, entre outros (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Na vida do paciente com doença que ameaça a vida, os sentimentos negativos de pesar, aflição, tristeza e medo permeiam um mundo desconhecido, em que a dor e o sofrimento, de maneira furtiva, tomam-lhe a vida. Especialmente na área de Enfermagem, o cuidado tem sido abordado em diversos campos de atuação em saúde, destacando-se a partir

da experiência do encontro, da presença, do chamado e da resposta (COELHO; YANKASKAS, 2017; FRANÇA *et al.*, 2018).

Esses cuidados são sustentados por um processo relacional entre o profissional e o paciente, na perspectiva de minimizar a problemática do diagnóstico e do prognóstico da doença. Por essa razão, a assistência a pacientes com doenças incuráveis e avançadas sob cuidados paliativos e aos seus familiares, requer dos profissionais a utilização de diversas modalidades de cuidar, com o objetivo de diminuir o sofrimento, a dor e outras repercussões negativas que a doença acarreta, visando ao seu bem-estar. Dentre essas modalidades, destaca-se a comunicação (LUIZ *et al.*, 2018; SANTOS, 2018).

A comunicação é considerada um processo de interação, em que são compartilhados mensagens, ideias, sentimentos e emoções, que podem influenciar o comportamento das pessoas que reagem com base em suas crenças, valores, história de vida e cultura (ANDRADE *et al.*, 2017). Assim, em conjunto com o eminente controle da dor e outros sintomas e a atuação da equipe multiprofissional, a utilização adequada de habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal entre o profissional, o paciente e sua família compõe a tríade que sustenta os cuidados paliativos (ALVES *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a comunicação é a base fundamental por meio da qual são estabelecidas as relações interpessoais. Pode ser feita de forma verbal e/ou não verbal. A comunicação verbal caracteriza-se pela exteriorização do ser social, e a não verbal, pelo ser psicológico. Sua principal função é de demonstrar os sentimentos (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; SANTOS, 2018).

A literatura nacional e a internacional asseveram que a comunicação verbal e a não verbal e o relacionamento interpessoal constituem a base dos cuidados paliativos (PINELI *et al.*, 2016; LANGARO, 2017). Ela é avaliada como um importante atributo da atenção no processo de finitude da vida, seja através do cuidado com que as informações são comunicadas, do apoio emocional que a comunicação pode dar ao paciente que sofre e como instrumento que possibilita identificar suas necessidades biopsicossociais e espirituais e de sua família (HAWTHORN, 2015; VASCONCELOS *et al.*, 2018).

O processo de comunicação e as habilidades interpessoais são componentes básicos para um atendimento de alta qualidade e a competência profissional. Sustentam as relações humanas e atuam como um instrumento de ajuda terapêutica que ancora a prestação do cuidado individualizado que o paciente em cuidados paliativos requer (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017). Porém o cuidado humanizado e integral só é possível quando o profissional

usa a sensibilidade com estratégias como contato por meio do toque, do olhar, do ouvir e do falar. Esses atributos fazem parte da comunicação no cuidado dispensado ao ser humano desde o nascimento até a morte (BRITTO *et al.*, 2015).

Assim, a comunicação é sobremaneira relevante no cuidado humanizado e uma ferramenta indispensável e central por meio da qual o trabalho em saúde é realizado, considerando-se as relações humanas, porque melhora o vínculo entre o paciente, a equipe e a família e ajuda o paciente a expressar suas decisões e manter contato social, para que seus desejos sejam atendidos até a finitude da vida (NOGUEIRA; SOARES, 2015).

Logo, a comunicação é um instrumento que promove um cuidado humanizado. Por conseguinte, colabora para proporcionar o cuidado emocional, considerado uma habilidade para compreender o imperceptível, que exige alto nível de sensibilidade em relação às manifestações verbais e não verbais do paciente que podem sinalizar para o profissional da saúde, sobretudo o da Enfermagem, suas necessidades individuais (ANDRADE *et al.*, 2017; GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; SANTOS, 2018).

A Enfermagem é uma profissão praticada em equipe. Por essa razão, é preciso valorizar e entender as múltiplas relações que permeiam o processo de comunicação no cuidado em saúde/enfermagem e enfrentar o desafio de ser um agente transformador, adotando uma prática baseada na comunicação sensível. Com esse intuito, os profissionais poderão compreender bem mais suas formas de lidar com a comunicação, não só no que se refere a sua relação com a equipe, mas ao cuidado do paciente, e com a equipe multidisciplinar (BROCA; FERREIRA, 2015).

Nesse contexto, é essencial que esses profissionais utilizem a comunicação como um instrumento adequado e necessário para prestar uma assistência efetiva e integral, com atenção, zelo, desvelo, ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, que é o enfoque principal da Enfermagem (MUNHOZ *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Portanto, os cuidados paliativos, com ênfase na comunicação, são muito importantes para os profissionais de saúde que são encarregados de cuidar dos pacientes em condição terminal, sobretudo no que diz respeito aos técnicos de enfermagem, tendo em vista que ficam mais próximos no cuidado direto com os pacientes e têm mais possibilidades de participar ativamente do processo saúde-doença (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Há que se ressaltar que, no Brasil, a Enfermagem é uma profissão regulamentada pela Lei 7498/86, segundo a qual a Enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo

técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. Os técnicos de enfermagem exercem atividades de nível médio, que consistem em orientar e acompanhar o trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participar do planejamento da assistência de enfermagem. Cabendo-lhes, sobretudo, participar da programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais, exceto as privativas do enfermeiro; participar da orientação e da supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986).

Observa-se, então, que cuidar de um paciente em fase final de vida e de sua família é um desafio que pode atestar seu nível de competência e de desempenho, especialmente nos dias finais. Logo, a habilidade com a qual o profissional conseguirá resolver o problema e verificar as necessidades do paciente e da sua família e suas respectivas soluções devem basear-se em alicerces que sustentem a profissão, como as teorias de enfermagem (ANAYA; GARCÍA-LLANOS; RODRÍGUEZ, 2018).

Autores afirmam que os cuidados paliativos, na percepção dos técnicos de enfermagem, devem abranger as medidas de conforto, de controle da dor e de apoio biopsicoespiritual, para garantir o resgate da qualidade de vida dos pacientes e de sua família, antes da morte, por meio de algumas atitudes que visem controlar os sintomas e estabelecer uma relação honesta com apoio emocional e comunicação com o doente e seus familiares (COSTA *et al.*, 2014).

Vê-se, pois, que o técnico de enfermagem é um profissional de suma relevância na equipe de enfermagem, visto que colabora ativamente com o enfermeiro na assistência ao paciente sob cuidados paliativos na fase final de vida. Por isso é fundamental desenvolver estudos que colaborem para fortalecer a prática da enfermagem e proporcionar cuidados paliativos na fase final de vida.

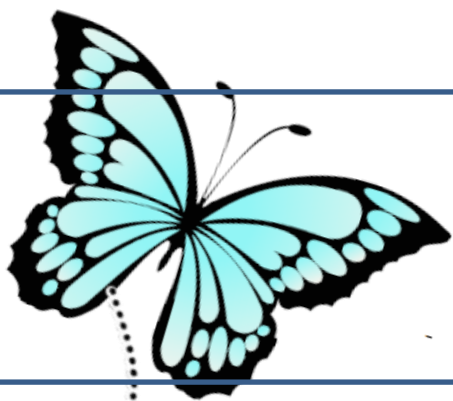
Devido à relevância do tema ‘cuidados paliativos e comunicação’, no campo do cuidado de enfermagem, surgiu o nosso interesse em desenvolver um estudo que envolvesse o paciente em condição terminal, sua família e o técnico de enfermagem, sob a perspectiva da Teoria do Final de Vida Pacífico (*Theory of the Peaceful End of Life*), visto que são incipientes as publicações na literatura nacional e na internacional sobre esse enfoque. Logo, justifica-se a importância de pesquisas que propiciem o avanço da prática profissional de enfermagem, porque seus resultados poderão contribuir para preencher a lacuna do conhecimento sobre a importância da comunicação nos cuidados paliativos no final de vida, orientados por teorias que alicercem essa prática.

A Teoria do Final de Vida Pacífico tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida e proporcionar um fim de vida pacífico a pacientes em condição terminal, relacionando as intervenções de enfermagem e os resultados individualizados para os pacientes. Essa é uma forma de proporcionar o melhor atendimento possível, com o uso criterioso de tecnologias e medidas de bem-estar (RULAND; MOORE, 1998; TOMEY; ALLIGOOD, 2010).

Essa teoria foi proposta como referencial teórico desta pesquisa devido à convergência de seus conceitos e pressupostos com os princípios dos cuidados paliativos, porquanto ambos têm o objetivo de promover um processo de morte e de morrer com qualidade, com o alívio dos sintomas físicos, psicossociais e emocionais, bem como incluem o próprio paciente nas decisões a serem tomadas, propondo o alívio dos medos e da ansiedade, reais e/ou percebidos, para o paciente e sua família.

Ante o exposto, este estudo teve como eixo norteador os seguintes questionamentos: Qual a caracterização das publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação disseminadas em periódicos *online*? Quais as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem ao cuidar de pacientes sob cuidados paliativos para lhes proporcionar um final de vida pacífico? Qual a contribuição dos cuidados de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente em cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares? Qual a importância da comunicação para promover um final de vida pacífico para pacientes em cuidados paliativos, segundo familiares?

Para responder a esses questionamentos, esta tese visou atingir os seguintes objetivos: caracterizar publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online*; identificar as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem para a promoção de um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos; analisar a contribuição do cuidado de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico; e investigar a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos, segundo os depoimentos de familiares.



'O fato mais importante da comunicação com o paciente em fase final de vida, é ouvir o que não está sendo dito.'

Peter Drucker

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É importante ressaltar que a fundamentação teórica encontra-se contemplada em um artigo oriundo de uma revisão de escopo com vistas a caracterizar as publicações sobre cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online*, no período de 2014 a 2018, apresentado a seguir e elaborado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (Anexo B). Além deste artigo, esta fundamentação traz um capítulo sobre os principais aspectos da Teoria do Final de Vida Pacífico.

3.1 Artigo 1: Produção científica acerca dos cuidados paliativos e comunicação em periódicos online - revisão de escopo

REVISÃO DE ESCOPO

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO EM PERIÓDICOS *ONLINE*: REVISÃO DE ESCOPO

*Scientific production on palliative care and communication in periodics online: scoping
review*

*Producción científica acerca de los cuidados paliativos y comunicación en periódicos online:
revisión de escopo*

RESUMO

Objetivo: caracterizar as publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online*. **Métodos:** trata-se de uma revisão de escopo, em que se utilizou a estratégia mnemônica Problema, Conceito e Contexto, com base na pesquisa em bases de dados. A amostra foi constituída de 86 publicações. **Resultados:** a maioria das publicações foi escrita no idioma inglês, publicadas no periódico *BMC Palliative Care*, e com o nível IV de evidência. Quanto aos enfoques abordados, destacam-se: Importância da comunicação em cuidados paliativos; Comunicação de más notícias em cuidados paliativos; Capacitação de profissionais/equipe para a comunicação em cuidados paliativos; e Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. **Considerações**

finais: a revisão possibilitou mapear um quantitativo expressivo de publicações sobre os cuidados paliativos e comunicação. Recomenda-se a produção de novos estudos com melhor evidência científica que direcionem a assistência dos profissionais da Saúde.

Descritores: Cuidados Paliativos; Comunicação; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Enfermagem; Científica.

Descriptors: Palliative Care; Communication; Hospice Care; Nursing; Scientific.

Descriptores: Cuidados Paliativos; Comunicación; Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Enfermería; Científica.

INTRODUÇÃO

O conhecimento na área dos cuidados paliativos vem evoluindo de forma exponencial, o que pode estar atrelado não só ao avanço da Ciência, como também à busca de uma visão mais individualizada ao paciente, para além de sua doença, considerando toda a sua complexidade⁽¹⁾. Nesse contexto, os cuidados paliativos emergem como uma abordagem de cuidar, que integra os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais no atendimento aos pacientes e aos familiares.

Os cuidados paliativos foram redefinidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, como sendo uma abordagem de cuidado, promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes e de sua família, que enfrentam problemas associados a doenças crônicas, progressivas e incuráveis, a partir da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual⁽²⁾.

Controlar os sintomas que angustiam o paciente, a assistência psicossocial e espiritual e a atenção aos familiares, são os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, os quais remontam a uma modalidade de atendimento voltada para pacientes desde o diagnóstico de uma doença progressiva, avançada e incurável até o processo de luto da família⁽³⁾.

Esses cuidados são sustentados por um processo relacional entre o profissional, o paciente e a família, com objetivo de minimizar a problemática do diagnóstico e do prognóstico da doença. Por essa razão, a assistência da equipe a pacientes submetidos a cuidados paliativos e aos seus familiares requer dos profissionais a utilização de um cuidado individualizado^(4,5), que deem respostas positivas, de acordo com a necessidade, as condições

e a adesão de cada pessoa. Nesse sentido, para que se estabeleça o processo relacional, é imperativo que os profissionais lancem mão da comunicação.

Estudo aponta que a comunicação é a base fundamental, por meio da qual são estabelecidas as relações interpessoais, um instrumento de ajuda terapêutica que ancora a prestação do cuidado individualizado de que o paciente em cuidados paliativos necessita⁽⁶⁾. No âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação é um componente vital, inerente e necessário e não envolve somente os cuidados dos profissionais e pacientes, mas também, a relação entre os profissionais, os pacientes e suas famílias, entre outros âmbitos, com a finalidade de promover o cuidado humanizado⁽⁷⁾.

A despeito da importância da comunicação no campo dos cuidados paliativos, justifica-se a necessidade de desenvolver estudos que busquem intermediar as relações humanas, promover o vínculo e a consolidação da autonomia, diante das perspectivas individuais dos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. Diante do exposto, considerando a comunicação, como um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar as demandas assistenciais e acolher terapêuticamente os pacientes e familiares, buscou-se desenvolver esse estudo, com a finalidade de difundir a produção científica no cenário nacional e internacional a partir de publicações disseminadas em periódicos *online*.

OBJETIVO

Caracterizar publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online*.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*). Esse tipo de investigação tem os objetivos de mapear os conceitos fundamentais que alicerçam uma determinada temática, verificar a expansão, o alcance e a natureza de pesquisas existentes. Para tanto, utiliza uma revisão sistematizada, que visa à síntese narrativa⁽¹³⁾. Vale ressaltar que esta modalidade de investigação vem crescendo na área da Saúde, em especial na Enfermagem. Nesse sentido, merecem destaque as seguintes publicações: Cuidado de enfermagem nas infecções relacionadas à assistência à saúde: *scoping review*⁽⁸⁾; Intervenções comunitárias relacionadas à violência entre parceiros íntimos adolescentes: revisão de

escopo⁽⁹⁾; Práticas relacionadas ao uso do garrote durante a punção venosa periférica: uma revisão de escopo⁽¹⁰⁾; Intervenções de Enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery®: scoping review⁽¹¹⁾; e Cenário da publicação científica dos últimos 5 anos sobre cuidados paliativos em oncologia: revisão de escopo⁽¹²⁾.

Portanto, é inegável a contribuição de estudos na revisão de escopo para mapear pesquisas relevantes e atuais, uma vez que irá contribuir para subsidiar profissionais na sua prática e pesquisadores para produção de novas pesquisas sobre o tema.

Para alcançar o objetivo proposto, foram seguidos os seis passos metodológicos recomendados por esta modalidade: (1) identificar a questão de pesquisa, (2) buscar de estudos relevantes, (3) selecionar os estudos, com dois pesquisadores trabalhando de forma independente, (4) extrair dados, (5) separar, sumarizar e apresentar relatório de resultados e (6) divulgar os resultados^(13,14).

Para cumprir os passos da pesquisa proposta, foi empregada a estratégia mnemônica PCC - Problema (o que se pretende investigar), Conceito (conceito básico a ser examinado na revisão); e Contexto (aspectos específicos sobre determinada temática, sendo coerente com o objeto de estudo)⁽¹⁵⁾, tendo em vista que a melhor maneira de se alcançar uma pergunta efetiva que direciona o trabalho de revisão é utilizando-se dessa estratégia⁽¹⁵⁾. Assim, tal estratégia foi utilizada com o fim de orientar a formulação da pergunta e a construção dos critérios para a busca bibliográfica, a fim de que o pesquisador localizasse, de maneira eficaz, a melhor informação científica disponível, através da identificação desses tópicos-chave.

No estudo proposto, o *problema* elencado foi a caracterização das publicações científicas acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online*; o *conceito* englobou os cuidados paliativos e comunicação; e o *contexto* envolve o quantitativo de estudos, as bases de dados em que foram publicados, o idioma, a frequência de publicações nos últimos cinco anos, a área profissional dos autores, o nível de evidência dos estudos, conforme sistema de classificação⁽¹⁶⁾, e os temas mais pesquisados.

Assim, obteve-se a questão de pesquisa: Qual a caracterização das publicações sobre cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos *online*, no período de 2014 a 2018?

Definida a questão de pesquisa, procedeu-se ao levantamento do *corpus* literário a ser analisado, seguindo a estratégia PCC, por meio dos seguintes descritores: ‘Cuidados Paliativos’; ‘*Palliative Care*’; ‘Comunicação’; ‘*Communication*’ e ‘*Comunicación*’. Para

efetuar o cruzamento dos descritores, foi utilizado o operador booleano *AND*. A primeira busca foi realizada na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados Brasileira de Enfermagem – BDEnf - e no Index Psicologia – Periódicos Técnico-científicos. Na segunda busca, utilizou-se a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed* (MEDLINE).

Para selecionar as publicações, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em inglês, português ou espanhol, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, cujos títulos contemplassem os termos ‘cuidados paliativos’ e ‘comunicação’ e que estivessem disponibilizados na íntegra para acesso *online*. Foram excluídos os estudos que não abordassem aspectos relativos ao tema, bem como os estudos repetidos. As buscas foram realizadas no mês de janeiro de 2019.

O processo de inclusão dos estudos foi sistematizado por meio da metodologia PRISMA (*preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*)⁽¹⁷⁾. Assim, os títulos e os resumos dos artigos encontrados na busca foram lidos e analisados por um dos autores, para eleger os que fariam parte da pesquisa. Em situações de dúvidas, os artigos passaram para a fase seguinte, que envolveu a leitura completa de cada um dos artigos selecionados por dois autores independentes, com vistas a confirmar a pertinência à questão de revisão e, em caso positivo, extrair os dados de interesse. Logo, em fase posterior, checaram-se os resultados e resolveram-se as discordâncias por consenso entre os dois pesquisadores. Dessa forma, a amostra foi constituída por 86 publicações.

É importante salientar que as revisões de escopo não asseguram a exclusão de artigos de acordo com critérios de qualidade metodológica, por ser mais inclusiva e possibilitar que os pesquisadores identifiquem lacunas na investigação⁽¹³⁾.

A Figura 1 explicita os resultados de cada etapa da análise, de acordo com o modelo *PRISMA 2009 Flow Diagram*⁽¹⁷⁾.

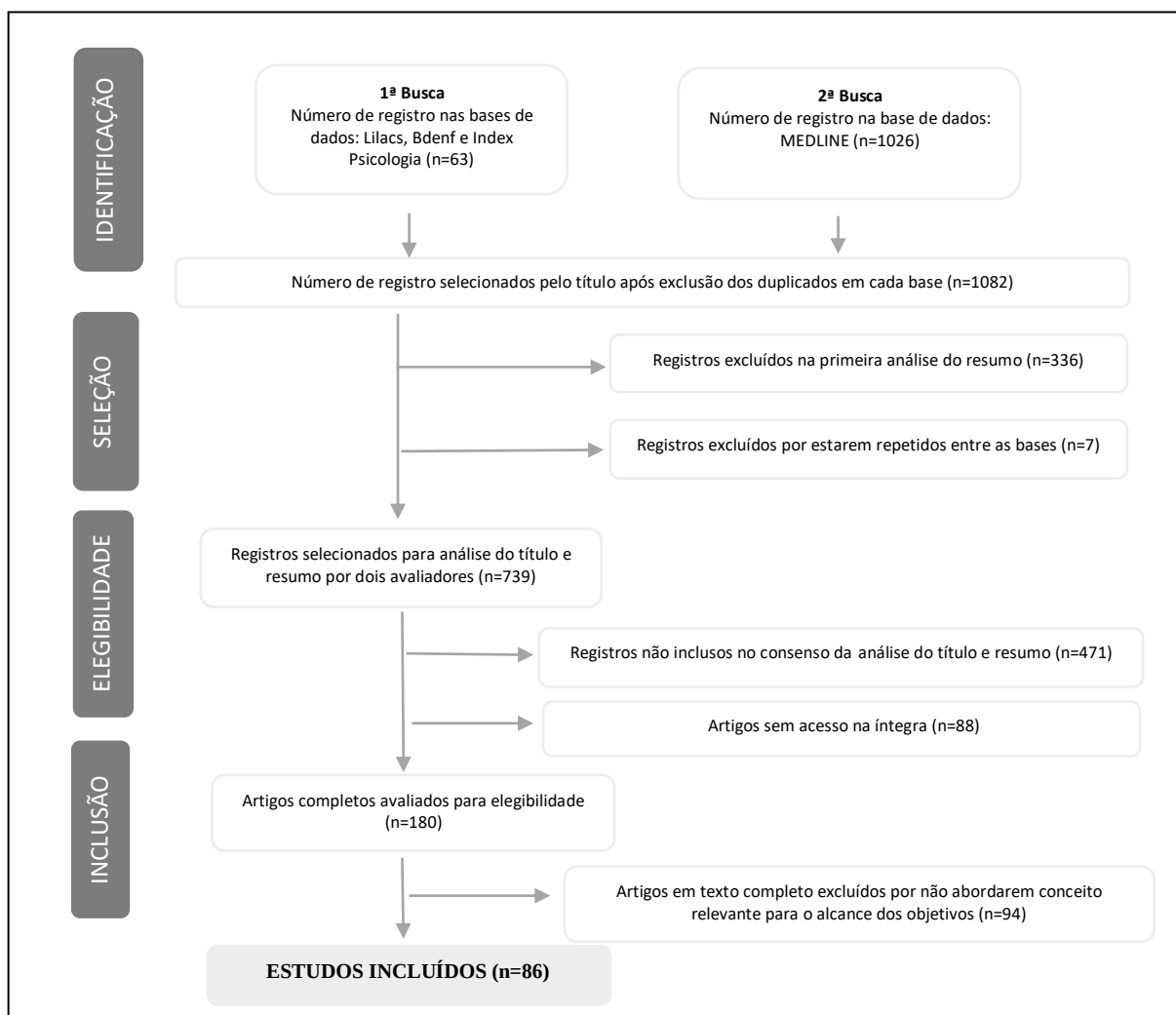


Figura 1: Processo de identificação e inclusão dos estudos - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow*. João Pessoa, PB, Brasil, 2019.

Para a etapa de separação, sumarização e relatório das informações essenciais de cada estudo, foi elaborado um instrumento estruturado, com o fim de viabilizar o registro dos dados das publicações inseridas no estudo, contendo: título do artigo; base de dados; idioma; periódico (título); nível de evidência; profissão dos autores; conjunto de autores (uniprofissional - artigos com autores de, apenas, uma categoria profissional ou multiprofissional - artigos com autores de duas ou mais categorias profissionais); método; resumo do artigo; e conclusão. Esse instrumento possibilitou a síntese, a interpretação dos dados e a análise numérica básica da distribuição dos estudos incluídos na revisão.

Na etapa final, os resultados foram compilados e comunicados, com o desígnio de apresentar uma visão geral de todo o material, com a elucidação de enfoques principais para análise, por meio dos quais foi possível sintetizar os achados de forma narrativa.

RESULTADOS

Na primeira estratégia de busca, identificaram-se 63 estudos; e na segunda, 1.026. A triagem abrangeu as etapas de análise por títulos e por resumo. Com base no título, foram excluídos 336 artigos e ainda, sete, por estarem repetidos em mais de uma base de dados, restando 739 seus resumos serem analisados por dois avaliadores. Por meio do consenso, foram excluídos 471 estudos e, 88, por não estarem disponibilizados na íntegra. Portanto, fizeram parte desta revisão 86 estudos, tendo em vista que 94 foram eliminados por não abordarem conceito relevante para o alcance dos objetivos.

Dentre 86 (100%) publicações encontradas, 39 (45,3%) foram selecionadas na base de dados LILACS, e 47 (54,7%) na MEDLINE. Das sete publicações repetidas em mais de uma base de dados, cinco estavam na LILACS e na BDeaf e duas na LILACS e na Index Psicologia.

Em relação ao idioma em que os artigos foram escritos, 48 (55,8%) foram publicados em inglês, 36 (41,9%), em português, e dois (2,3%) em espanhol. Quanto ao ano de publicação, observou-se que a maior frequência de publicações ocorreu em 2017, com 27 (31,4%) produções. Nos anos de 2018, 2016, 2015 e 2014 e, foram publicados, respectivamente, 18 (21,0%), 11 (12,7%), 16 (18,6%) e 14 (16,3%) estudos.

O quantitativo da produção anual e cumulativa dos últimos cinco anos está ilustrado na Figura 2, a seguir.

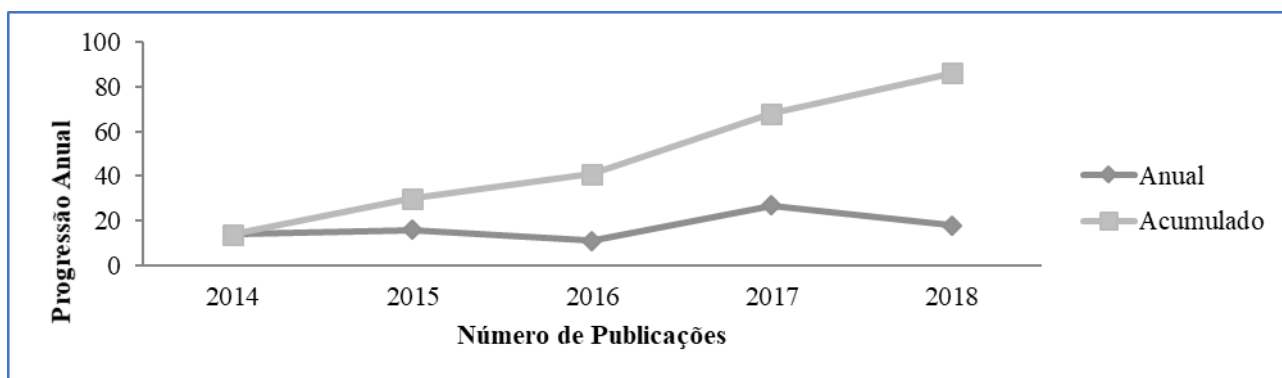


Figura 2 – Distribuição da produção científica sobre a comunicação em cuidados paliativos, publicada *online* no período de 2014 a 2018. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n=86)

Quanto aos periódicos de publicação, destacaram-se importantes revistas, com destaque a *BMC Palliative Care*, a *Revista Bioética*, a *Palliative & Supportive Care* e *Journal of Pain and Symptom Management*, representadas, respectivamente, por sete (8,1%), seis (6,9%), cinco (5,8%) e cinco (5,8%) das publicações incluídas nesta revisão.

Em relação ao nível e à qualidade de evidência dos artigos, verificou-se que a maior parte dos estudos se classifica como de nível IV, com um total de 40 (46%) artigos, de nível VI, com 19 (22%) produções, e de nível III, com 17 (20%) estudos. O nível I foi observado em seis (7%) estudos, e o nível II, em quatro (5%). O nível V não foi aplicado nos artigos da busca (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das publicações conforme o nível e qualidade de evidência, seguindo o sistema de classificação proposto por Stetler *et al* (1998). João Pessoa, PB, Brasil, 2019 (n=86).

Nível e qualidade de evidência	Fontes de Evidência	N	%
1. NÍVEL I	Metanálise de múltiplos estudos controlados	06	07
2. NÍVEL II	Estudo experimental individual randomizado controlado	04	05
3. NÍVEL III	Estudo quase-experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós teste, ou estudos emparelhados tipo caso controle	17	20
4. NÍVEL IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso	40	46
5. NÍVEL V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação	00	00
6. NÍVEL VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseadas em sua experiência clínica ou a opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações de informações não baseada em pesquisa. Inclui opiniões de órgãos de regulamentação ou legais.	19	22
Total		86	100

No que diz respeito à categoria profissional dos autores das produções analisadas, a pesquisa indicou que 40 (46,5%) estudos foram publicados por enfermeiros; 36 (41,9%), por médicos, que participaram como autores; sete (8,1%), por psicólogos; duas (2,3%), por fonoaudiólogos; e uma (1,1%), por terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fisioterapeutas. Foi possível identificar publicações com a autoria de mais de uma categoria profissional.

No conjunto de autores, a forma de produção uniprofissional está presente em 66 (76,7%) dos estudos que compuseram a amostra, e a forma multiprofissional, em 20 (23,3%) das publicações. Ao relacionar a categoria profissional com a forma de produção, tem-se como resultado que os médicos produziram 30 (34,9%), do total de artigos publicados de forma multiprofissional, e 27 (31,4%), de forma uniprofissional. Já os enfermeiros participaram de 17 (19,8%) produções de forma multiprofissional, e de 39 (45,3%), de autoria

uniprofissional. A produção por categoria profissional e a forma uni e multiprofissional estão descritas na Figura 3.

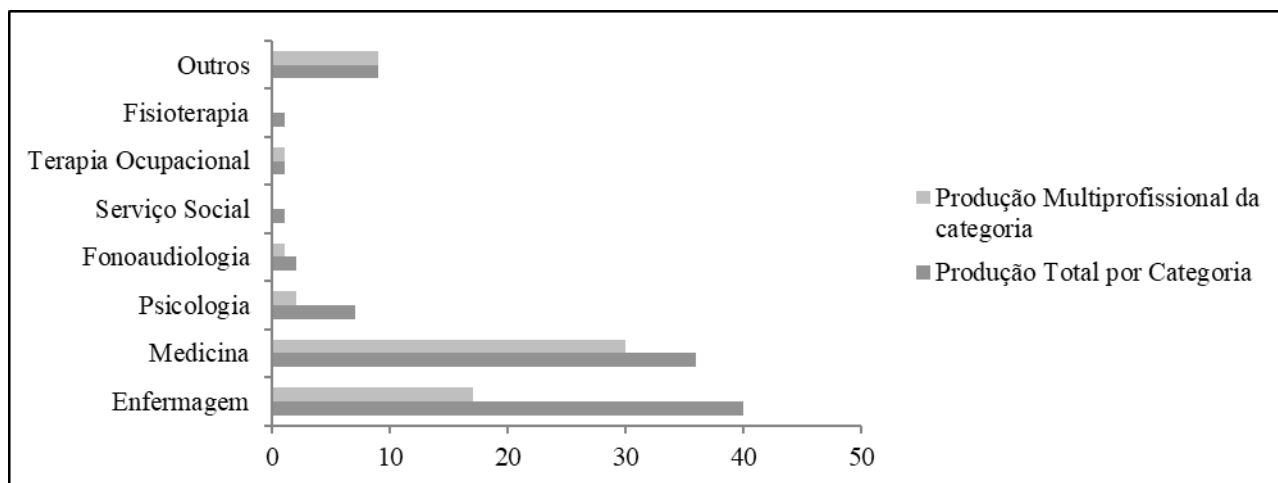


Figura 3 – Distribuição da publicação científica sobre comunicação em cuidados paliativos, segundo a frequência de cada categoria profissional relacionada à forma de produção – João Pessoa, PB, 2019. (n=86)

Ao analisar os textos integrais dos 86 artigos selecionados, identificaram-se os enfoques temáticos de interesse de cada publicação, organizados no quadro 1.

ENFOQUE	
IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS. n=29 (33,7%)	
A1	<i>The communication experiences of patients with palliative care needs: a systematic review and meta-synthesis of qualitative findings. (Palliat Support Care)</i>
A2	Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. (Rev. Pesqui. -Univ. Fed. Estado Rio J., Online)
A3	Improving end-of-life communication and decision making: the development of a conceptual framework and quality indicators. (J Pain Symptom Manage)
A4	“Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. (Psicol. ciênc. prof.)
A5	<i>Validation of a model of family caregiver communication types and related caregiver outcomes. (Palliat Support Care)</i>
A6	<i>Family communication and decision making at the end of life: a literature review. (Palliat Support Care)</i>
A7	Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. (Rev. bras. educ. méd.)
A8	Barriers associated with palliative care in dementia: a review of the literature. (<i>Geriatr., Gerontol. Aging</i>)
A9	Cuidadores Principais Ante a Experiência da Morte: Seus Sentidos e Significados. (Psicol. ciênc. prof.)
A10	Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. (Einstein - São Paulo)
A11	Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. (Enfermería: Cuidados Humanizados)
A12	Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. (Rev. bioét.)
A13	The importance of communication in sustaining hope at the end of life. (Br J Nurs.)
A14	De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. (Einstein - São Paulo)
A15	Cuidados Paliativos ao idoso na Terapia Intensiva: olhar da equipe de enfermagem. (Texto & contexto enferm.)
A16	Design of, and enrollment in, the palliative care communication research initiative: a direct-observation cohort study. (BMC Palliat Care)
A17	Communication during palliative care and end of life: perceptions of experienced pediatric oncology nurses. (Cancer Nurs.)
A18	Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. (Rev enferm UFPE on line.)
A19	Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospit al de ensino. (Enferm. Foco)
A20	A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal. (Rev. Pesqui. -

Univ. Fed. Estado Rio J., Online)
A21 Cuidar de pacientes terminais. Percepção dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva de hospital público. (Invest. educ. enferm.)
A22 Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. (Rev. bioét.)
A23 La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. (Enferm. univ.)
A24 Patterns of interactions among patients with advanced pancreatic cancer, their caregivers, and healthcare providers during symptom discussions. (Support Care Cancer)
A25 A longitudinal communication approach in advanced lung cancer: A qualitative study of patients', relatives' and staff's perspectives. (Eur J Cancer Care)
A26 Communication and quality of care on palliative care units: a qualitative study. (J Palliat Med.)
A27 Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. (Audiol., Commun. res.)
A28 Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. (Interface - Botucatu, Online)
A29 Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. (Distúrb Comun.)
ENFOQUE
COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS. n=26 (30,2%)
B1 'I can't tell my child they are dying'. Helping parents have conversations with their child. (Education and Practice)
B2 Declining oral intake towards the end of life: how to talk about it? A qualitative study. (Int J Palliat Nurs.)
B3 Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and intensive care settings in Georgia: a quantitative observational survey. (BMC Palliat Care)
B4 Patients' preferences for information about the benefits and risks of second-line palliative chemotherapy and their oncologist's awareness of these preferences. (J Cancer Educ.)
B5 Breaking bad news about transitions to dying: a qualitative exploration of the role of the District Nurse. (Palliat Med.)
B6 Communication about the impending death of patients with cancer to the family: a nationwide survey. (BMJ Support Palliat Care)
B7 Discussing serious news: teaching communication skills through role play with bereaved parents. (Am. j. hosp. palliat. care.)
B8 How long do I have? Observational study on communication about life expectancy with advanced cancer patients. (Patient Educ Couns)
B9 ICU bedside nurses' involvement in palliative care communication: a multicenter survey. (J Pain Symptom Manage)
B10 Reframing the goals of care conversation: "we're in a different place". (J Palliat Med.)
B11 Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. (REBEn)
B12 Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. (REBEn)
B13 Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. (Rev. bras. educ. méd.)
B14 Comunicação interpessoal com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. (Rev baiana enferm.)
B15 Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. (Einstein - São Paulo)
B16 Consultorias em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva. (Arq. Catarin Med.)
B17 Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. (Rev. bioét.)
B18 A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. (Psicol. argum.)
B19 Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. (Cad. saúde pública)
B20 A systematic review of end-of-life care communication skills training for generalist palliative care providers: research quality and reporting guidance. (J Pain Symptom Manage)
B21 The doctor-patient relationship and information-seeking behavior: four orientations to cancer communication. (J Palliat Care)
B22 Communication behaviors and patient and caregiver emotional concerns: a description of home hospice communication. (Oncol Nurs Forum)
B23 Communication in heart failure and palliative care. (Heart Fail Rev.)
B24 Comunicação de prognóstico reservado ao paciente infantil. (Rev. bioét.)
B25 Nursing support of home hospice caregivers on the day of cancer patient death. (Oncol Nurs Forum.)
B26 Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. (Rev. cuid.)
ENFOQUE
CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS/EQUIPE PARA A COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS. n=16 (18,6%)

C1 Communication in palliative care: the applicability of the SAGE and THYME model in Singapore. (Int J Palliat Nurs.) C2 The entry-level physical therapist: a case for comfort communication training. (Health Commun.) C3 Self-assessment scores improve after simulation-based palliative care communication skill workshops. (Am J Hosp Palliat Care.) C4 Are future medical oncologists sufficiently trained to communicate about palliative care? The medical oncology curriculum in Flanders, Belgium. (Acta Clin Belg.) C5 Palliative care communication in the icu: implications for an oncology-critical care nursing partnership. (Semin Oncol Nurs.) C6 The effect of communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: a systematic review and meta-analysis. (J Pain Symptom Manage) C7 Assessment of an interprofessional online curriculum for palliative care communication training. (J Palliat Med.) C8 Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (Rev. bras. cancerol.) C9 ‘Difficult Conversations’: evaluation of multiprofessional training. (BMJ Support Palliat Care) C10 The effectiveness of communication-skills training interventions in end-of-life noncancer care in acute hospital-based services: A systematic review. (Palliat Support Care) C11 Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação em Medicina. (Rev. bras. educ. méd.) C12 Intervenção educativa na equipe de enfermagem diante dos cuidados paliativos. (J. Health Biol. Sci.) C13 Barriers and facilitators to end-of-life communication in advanced chronic organ failure. (Int J Palliat Nurs.) C14 The effectiveness of the Geritalk communication skills course: a real-time assessment of skill acquisition and deliberate practice. (J Pain Symptom Manage) C15 The use of simulation to teach nursing students and clinicians palliative care and end-of-life communication: a systematic review. (Am J Hosp Palliat Care) C16 Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model. (Eur J Oncol Nurs.)
ENFOQUE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS. N=15 (17,4%)
D1 Striving for a balance between leading and following the patient and family - nurses' strategies to facilitate the transition from life-prolonging care to palliative care: an interview study. (BMC Palliat Care) D2 What is the evidence for conducting palliative care family meetings? A systematic review. (Palliat Med.) D3 Keep in Touch (KIT): feasibility of using internet-based communication and information technology in palliative care. (BMC Palliative Care) D4 The grim reaper, hounds of hell, and dr. death: the role of storytelling for palliative care in competing medical meaning systems. (Health Commun) D5 Keep in touch (KIT): perspectives on introducing internet-based communication and information technologies in palliative care. (BMC Palliat Care) D6 Communication about existential issues with patients close to death--nurses' reflections on content, process and meaning. (Psychooncology) D7 A qualitative analysis of responses to a question prompt list and prognosis and end-of-life care discussion prompts delivered in a communication support program. (Psychooncology) D8 Talking about sensitive topics during the advance care planning discussion: a peek into the black box. (Palliat Support Care) D9 The troubles of telling: managing communication about the end of life. (Qual Health Res.) D10 Uma revisão abrangente sobre os cuidados paliativos. (Acta Medica) D11 Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. (Rev. Pesqui. -Univ. Fed. Estado Rio J., Online) D12 O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no brasil: revisão integrativa. (Cogitare Enferm.) D13 A Comunicação na Transição para os Cuidados Paliativos: artigo de revisão. (Rev. bras. educ. méd.) D14 Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. (Rev. bioét.) D15 Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literature. (Rev. bras. ciênc. saúde.)

Figura 4 – Enfoques abordados nas publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação. João Pessoa, PB, Brasil, 2019. (n=86)

Os resultados dessa revisão de escopo apontaram para uma prevalência de publicações no idioma inglês, em relação aos idiomas português e espanhol. Tal evidência pode estar atrelada ao fato de os países que desenvolvem os cuidados paliativos de uma forma mais avançada concentrarem-se na América do Norte e Europa e em virtude de as pesquisas nesta área serem majoritariamente planejadas e desenvolvidas nos países de língua inglesa⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se, ainda, que há uma tendência mundial de se estabelecer o inglês como a língua internacional da Ciência, porque a publicação de estudos em uma língua compreendida pela maioria dos indivíduos aumenta a probabilidade de serem citados posteriormente e de pesquisadores de todo o mundo se comuniquem e compartilhem conhecimentos⁽¹⁹⁾.

Em relação ao nível e à qualidade da evidência dos artigos, verificou-se que a maioria dos estudos estão classificados como de nível IV, que está relacionado a estudos não experimentais, como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso⁽¹⁶⁾. Como se pode confirmar nesta pesquisa, é necessário desenvolver estudos que tenham um nível maior de evidência científica na área dos cuidados paliativos e da comunicação, para que possam ser aplicados na assistência ao paciente. Esse fato pode estar relacionado à subjetividade presente no tema e decorrente do pensamento biomédico.

Estudo de revisão acerca dos cuidados paliativos igualmente demonstrou a presença discreta de níveis de evidência nas publicações, em decorrência do maior quantitativo de estudos exploratórios, descritivos, qualitativos e desenvolvidos com amostras de tamanhos reduzidos, constituídas de pacientes oncológicos e profissionais do serviço⁽²⁰⁾. O mapeamento aponta que os campos profissionais de Enfermagem e Medicina são as que mais produzem artigos científicos sobre cuidados paliativos e comunicação. Isso corrobora o desfecho de outros estudos que pesquisam sobre a referida temática^(12, 21,22).

Conforme aponta o estudo, a categoria profissional que mais publica sobre os cuidados paliativos é a do enfermeiro, porque a própria essência de sua formação é pautada no cuidar⁽²³⁾. Entretanto, na assistência paliativa, as habilidades de comunicação devem ser realizadas por uma equipe interdisciplinar, com destaque para médicos, enfermeiros e psicólogos. Estudo⁽²¹⁾ destaca que o crescente interesse desses profissionais por esse tema é uma realidade que parece ir ao encontro das necessidades de saúde de uma população cada vez mais envelhecida e descontente com o modelo biomédico vigente. Por conseguinte, a assistência de pacientes em cuidados paliativos exige muito mais do que habilidades clínicas, pois outras categorias profissionais devem ser incluídas na equipe, para que ela passe a ser interdisciplinar⁽²⁴⁾.

Ressalte-se, entretanto, que, na análise da forma de produzir de cada categoria, que pode ser de forma uni ou multiprofissional, constatou-se nessa revisão uma prevalência uniprofissional, presente em, aproximadamente, 80% das produções. Tal achado vai de encontro ao que preconiza a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que a abordagem multiprofissional é um dos princípios mundiais dos cuidados paliativos⁽²⁵⁾. Estudo⁽¹²⁾ ressalta que se a produção de forma multiprofissional é escassa, isto reflete a realidade da prática assistencial, em que cada profissional exerce suas funções de forma isolada, sem desenvolver a comunicação multiprofissional.

DISCUSSÃO

Importância da comunicação em cuidados paliativos

A análise dos enfoques mais frequentes das publicações resultou em 33,7% das aparições do tema *Importância da comunicação em cuidados paliativos*. Isso significa que a utilização dessa estratégia de cuidar é amplamente disseminada na comunidade científica, no âmbito nacional e internacional.

Estudos (A16, A17, A20, A26, A28) evidenciam que a comunicação é uma ferramenta indispensável e central. Logo, é inegável a importância da comunicação para garantir que as necessidades dos pacientes submetidos aos cuidados paliativos e seus familiares sejam atendidas (A1, A14, A26).

Vale salientar que a comunicação - verbal e não verbal - e o relacionamento interpessoal constituem a base dos cuidados paliativos (A4, A7), uma vez que a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, é avaliada como importante atributo da atenção no processo de finitude da vida, seja devido ao modo como as informações são comunicadas, seja por causa do apoio emocional que a comunicação possibilita ao paciente que sofre e como instrumento por meio do qual se podem identificar as necessidades biopsicossociais do paciente e da família (A2, A13).

A comunicação e o estabelecimento de interação com a família estão incluídos na filosofia dos cuidados paliativos, principalmente por meio de uma escuta qualificada, para perceber suas inquietações, suas dúvidas e seus anseios em relação às condutas adotadas pela equipe no cuidado e nos momentos em que se requer a intervenção familiar (A9, A15, A26).

Logo, a comunicação e uma interação adequada da equipe com a família são sobremaneira importantes para se manter sempre em canal aberto, porquanto existe a

necessidade de informar, orientar e compreender todo o processo de doença do paciente vivenciado pela família, no enfrentamento do processo de doença do seu ente querido (A15).

Ressalte-se que o papel da comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente e/ou seus familiares contribui consideravelmente para a tomada de decisão acerca do cuidado, principalmente no final da vida (A6, A3, A10, A4, A5, A8).

O cuidado dispensado ao paciente em processo de finitude da vida deve ser individualizado, para que os conflitos e os anseios possam ser resolvidos, e os sintomas, minimizados (A24, A27, A29). Nesse sentido, é preciso haver uma relação de confiança entre o paciente, a família e a equipe, para que o familiar/cuidador reveja suas expectativas e seus anseios e faça um planejamento depois do óbito de seu familiar (A4, A20).

Estudo concluiu que a comunicação entre a equipe e a família sobre a condição e a proximidade de morte do seu ente querido, bem como as modificações na conduta terapêutica a ela diretamente relacionadas influenciaram a maneira como alguns familiares a adotaram ao esperar pelo momento da morte, atentos a mudanças e a sinais, a cada “suspiro” do paciente, fazendo desse momento algo engrandecedor para a própria existência (A9).

Pesquisa que investigou o conhecimento de pacientes com doenças terminais sobre seu diagnóstico, o prognóstico e a possibilidade de registrar seus desejos no final de vida sob a forma de diretivas antecipadas de vontade verificou que a comunicação adequada entre o profissional, os pacientes e a família ofereceu condições de diálogo em que se pudessem abordar temas ligados à finitude da vida (A12). Assim, na perspectiva dos pacientes e de suas famílias, melhorar a comunicação e o processo decisório é uma prioridade no processo de cuidar (A3).

Autores asseveram que os profissionais devem estar abertos ao uso de habilidades na comunicação que facilitem o encontro empático, ter uma atitude de escuta ativa e fazer perguntas, com autenticidade e congruência, no atendimento ao paciente sob cuidados paliativos e sua família, visto que essa técnica é útil na tomada de decisões e na busca por novas opções de tratamento, em que o profissional tenta estimular o paciente, de forma que suas necessidades psicossociais e espirituais sejam elencadas, o que melhora a qualidade de sua vida e sua capacidade de lidar com a morte (A11, A23).

Estudo de intervenção revelou que os profissionais da área de saúde sentem uma forte necessidade de melhorar a comunicação na equipe e entre pacientes e profissionais e que é preciso implementar uma abordagem de comunicação longitudinal, em que haja entendimento comum entre todos os membros da equipe e uma atitude correspondente de que todos podem

se comunicar sem nenhuma restrição (A25). Entretanto, uma comunicação franca e honesta entre a equipe e a família ainda é difícil, pois a comunicação limitada oblitera as condutas dos membros da equipe paliativa (A18, A19, A21, A22, A28), o que pode estar relacionado às lacunas na formação profissional e/ou à pouca habilidade do profissional para estabelecer uma comunicação efetiva (A21).

Comunicação de más notícias em cuidados paliativos

O enfoque temático *Comunicação de más notícias em cuidados paliativos* foi o que apresentou a segunda maior frequência, com 26 (30,2%) publicações, do total de artigos incluídos, ressaltando a importância da qualidade do processo de comunicação de más notícias pelos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde. A comunicação de más notícias pode modificar o futuro da vida das pessoas envolvidas nos cuidados paliativos – o paciente, a família/cuidador, a comunidade (B19, B12).

Pacientes e familiares envolvidos no processo de cuidados paliativos relatam o desejo de obter informações detalhadas acerca do prognóstico, dos benefícios e dos riscos decorrentes do tratamento (B4, B10, B23) o que pode auxiliar a família a se preparar para a perda do ente querido e a aceitar a morte (B1, B11). Eles referem que a comunicação entre a equipe de saúde e a família, em muitas circunstâncias, é confusa ou não realizada quando diz respeito ao agravamento da doença, às impossibilidades de tratamento curativo e à proximidade da morte (B11).

É oportuno assinalar a responsabilidade de quem comunica as más notícias, visto que seu anúncio gera no paciente um forte impacto emocional, quase sempre, acompanhado de medo, de angústia e de incertezas, portanto, uma ocasião propícia para o profissional estabelecer o papel de conselheiro. Assim, quanto mais cuidadosa for a forma de comunicar, maior será a possibilidade de paciente entender sua doença e o processo de tratamento (B19, B2, B14).

Estudos enfatizaram dilemas éticos na comunicação com o paciente sobre quem deve dar a informação sobre a má notícia, a quem essa informação deve ser dada e em que situação (B1, B17). Entretanto, existe uma lacuna sobre a discussão a respeito do profissional responsável por comunicar as más notícias e a forma como fazê-lo. Nesse sentido, os médicos e os enfermeiros são apontados como os profissionais que devem portar as más notícias, porém não catalogam sua responsabilidade, evidenciando apenas a compreensão e a importância dessa comunicação (B1, B10, B11, B19, B23).

O Código de Ética médica apresenta as diretrizes sobre a comunicação da informação ao paciente e ao familiar em relação ao diagnóstico e ao prognóstico de sua doença, definindo sua responsabilidade para o médico na presença da equipe paliativa (B11, B12).

Estudo realizado na Geórgia, com o objetivo de examinar a comunicação de médicos e de familiares de pacientes em cuidados paliativos, verificou que, apesar de esses profissionais lidarem com a morte diariamente, nem sempre são treinados para dar más notícias. Além disso, os médicos não se sentiram à vontade para comunicar más notícias aos pacientes ou seus familiares sobre o mau prognóstico ou a nulidade do tratamento(B3).

Pesquisas destacam, também, as dificuldades dos médicos, em situação de urgência, quando precisam transmitir uma informação clara e equilibrada acerca do diagnóstico de uma doença terminal (B6, B8, B16, B17, B21).

Por outro lado, estudo realizado no Brasil observou a preocupação dos médicos em transmitir a informação sobre um diagnóstico. Foi enfatizado que os mesmos possuíam habilidades e competências com vistas a uma comunicação empática, efetiva e afetiva com as famílias de pacientes em cuidados paliativos, considerando a compreensão da família acerca da terminalidade e da existência, ou não, de conflitos familiares. Destacam-se a confiança e a competência do médico e as experiências anteriores com a morte em seu ambiente (social) para comunicar más notícias ao paciente e à família (B15, B18).

No que diz respeito ao enfermeiro são escassos os estudos na literatura sobre a comunicação de más notícias, apesar de ser um tema que necessita ser mais bem abordado durante a sua formação acadêmica, tendo em vista o elevado quantitativo de áreas de atuação que esse profissional necessitará para comunicar fatos desagradáveis a pacientes e familiares (B12).

Pesquisas concluíram que os enfermeiros consideraram a informação sobre más notícias como de maior agudeza, complexidade e frequência, sobretudo quando as notícias são de morte ou de diagnóstico fatal, não tendo, porém, conhecimento sobre as habilidades para comunicá-las (B5, B9, B17, B22, B24, B25).

Os achados dos estudos indicaram que a capacitação dos profissionais acerca da comunicação é de suma importância, principalmente no que diz respeito às notícias difíceis, tendo em vista que proporciona o aumento da confiança de se discutir sobre metas, gerenciamento de emoções e expressão de empatia com os pacientes e familiares em cuidados paliativos (B7, B9, B13, B20, B24, B26).

Capacitação de profissionais/equipe para a comunicação em cuidados paliativos

Com 16 estudos (18,6%), o terceiro enfoque mais frequente entre os artigos incluídos nesta revisão de escopo foi a *capacitação de profissionais/equipe para a comunicação em cuidados paliativos*. Esse achado demonstra o quantitativo incipiente de produções relacionadas à temática, o que pode estar relacionado à não realização de estudos de intervenção com treinamento e/ou ao não registro e à divulgação das iniciativas realizadas em periódicos nacionais, de elevado fator de impacto. Diante dessa evidência, é necessário promover capacitação para os profissionais/equipe nos diversos setores de atenção à saúde.

Pesquisas ressaltam que treinamentos a respeito das intervenções de comunicação são eficazes quando contribuem para melhorar a capacidade dos médicos de demonstrar empatia e discutir sobre emoções com os pacientes e seus familiares. Entretanto, embora esses treinamentos promovam mudanças de comportamento nos profissionais, incluindo demonstração de empatia, houve mais efeitos em interações simuladas do que em interações reais (C6, C15).

Estudos realizados em Cingapura e no Reino Unido, onde os cuidados paliativos são vistos como uma especialidade médica e de enfermagem emergente, destacam o SAGE & THYME - modelo de habilidades comunicacional, como um modelo altamente estruturado para o ensino de interações centradas no paciente, porquanto aborda preocupações sobre confiança e tempo e é uma forma útil de capacitar os profissionais para que possam melhorar suas práticas e manter uma comunicação eficaz em um sistema de saúde (C1, C16).

Um ensaio randomizado de um *workshop* baseado em simulação com estagiários do Curso de Medicina foi realizado com vistas a melhorar as habilidades de comunicação em cuidados paliativos (*Codetalk*). Para isso, averiguou, por meio de avaliações padronizadas de pacientes, melhores habilidades de comunicação para os estagiários que receberam a capacitação sobre habilidades de comunicação gerais e específicas (C3).

Outros estudos, reforçam a importância do treinamento de comunicação COMFORT, sendo esta uma ferramenta curricular *online* eficaz para ensinar comunicações específicas de cuidados paliativos em várias disciplinas (C7). Verificou-se que, depois do treinamento, a apreensão nos alunos diminuiu, e houve uma melhora significativa em relação ao conhecimento e à confiança na comunicação com pacientes na terminalidade e suas famílias (C2).

O curso de habilidades de comunicação *Geritalk* foi evidenciado em um estudo (C14) sobre a eficácia desse curso, comparando a avaliação em tempo real pré e pós-curso dos

participantes que conduzem as reuniões familiares. Os resultados mostraram que essa capacitação foi eficaz no ensino de habilidades fundamentais de comunicação necessárias para conduzir a conversação entre a equipe e a família, bem como o desenvolvimento de habilidades avançadas de comunicação.

Destarte, ressalta-se que a experiência de aprendizado baseada em simulação está sendo usada para ensinar habilidades de comunicação paliativas no fim de vida. Entretanto, a falta de padronização, os métodos de avaliação inadequados e a exposição limitada a toda a equipe interprofissional dificultam a identificação e a disseminação das melhores práticas validadas (C15).

Em outro estudo, constatou-se que a comunicação na terminalidade de vida foi mais ensinada no contexto de cursos acerca dos cuidados paliativos, usando uma mistura de didática, reflexão, discussão e dramatização de papéis (C9). A atividade educativa também foi elencada em um estudo, que revelou que ela possibilitou o desenvolvimento do pensamento crítico e que os participantes se apropriassem de estratégias de comunicação e organização do cuidado prestado ao paciente que necessita de cuidados paliativos (C12, C13).

Convém enfatizar que poucas recomendações para treinar habilidades de comunicação em cuidados paliativos foram encontradas nos artigos sobre esse enfoque temático e poucos estudos avaliaram como esses treinamentos impactaram os pacientes e/ou suas famílias (C4, C10).

Assim, a educação em comunicação é um elemento vital, ainda que ausente (C5, C8, C11). Os programas devem ser oferecidos no ambiente acadêmico e de trabalho, com a finalidade de abordar essa lacuna na competência necessária, particularmente no contexto de cuidados paliativos.

Estratégias de comunicação em cuidados paliativos

O quarto tema discutido nos artigos que compuseram esta revisão foi sobre as *estratégias de comunicação em cuidados paliativos*, cujo enfoque foi o de menos representatividade nos estudos (17,4%), o que denota a realidade de uma escassa literatura, no âmbito nacional e internacional, acerca das estratégias de comunicação em cuidados paliativos, talvez justificada pela abordagem incipiente do assunto nos cursos de graduação, o que contribui para que os discentes não se interessem muito pelo tema, e porque essa ferramenta, tão importante não é utilizada no processo do cuidar e, particularmente nos cuidados paliativos.

A comunicação se manifesta na relação entre o paciente e a equipe de saúde de diversas formas e pode ser verbalizada ou não. Na comunicação verbal, configura-se a emissão de palavras, anotações e registros em prontuários. Por meio dela, o profissional da saúde pode se apropriar de diversas técnicas para estabelecer um relacionamento interpessoal positivo com o paciente na terminalidade, tais como: promover a empatia e um ambiente de interação; repetir a informação sempre que necessário; certificar-se de que a comunicação foi compreendida; saber escutar; usar tom adequado de voz, ser sincero e transparente; disponibilizar tempo e colocar-se à disposição; conservar um discurso consistente e empregar linguagem coloquial (D9, D11, D15).

Estudo corrobora tal afirmativa, ao constatar que os profissionais de enfermagem utilizam a empatia com honestidade em suas conversas, repetindo informações sempre que necessário e passando confiança para o paciente em cuidados paliativos e sua família (D1).

Autores contemplam a técnica de conversação (D1, D6), a discussão de planejamento sobre os cuidados avançados (D8), a contação de histórias (D4, D11) e a dinâmica familiar e de grupos (D11, D13), como formas valiosas para melhorar a comunicação sobre os cuidados de final de vida. Constataram, ainda, que a experiência de falar sobre questões existenciais em um ambiente de apoio contribui para que os profissionais se sintam confortáveis ao aconselhar pacientes próximos da morte (D1, D2).

As reuniões familiares também foram enfatizadas como uma estratégia de comunicação para atender às necessidades de pacientes sob cuidados paliativos e suas famílias, porém existe uma escassez de evidências para apoiar reuniões familiares nesse contexto de cuidados de pacientes internados (D2).

No que diz respeito às tecnologias de comunicação, foram abordadas em dois estudos sobre esse tema, que mencionaram que elas têm o objetivo de melhorar a qualidade de vida na terminalidade, minimizando o isolamento social e facilitando a conexão social (D3, D5).

Estudo que objetivou explorar a aceitabilidade de pacientes em uma unidade de cuidados paliativos, quanto ao uso de tecnologias de comunicação e informação baseadas na internet, mostrou que os pacientes hospitalizados e seus familiares falaram sobre os desafios de manter contato com familiares e amigos, averiguando formas de beneficiar a vida e o cuidado dos pacientes submetidos aos cuidados paliativos (D5). Desse modo, foi realizado um delineamento transversal, que verificou que pacientes em cuidados paliativos e seus familiares utilizaram a tecnologia da informática - iPad ou laptop - para manter contato com a família e os amigos, procurar informações e/ou realizar tarefas, possibilitando a partilha de decisões

importantes e o acesso ao mundo exterior (D3). Outra estratégia demonstrada em uma pesquisa foi um programa de suporte comunicacional, o *Communication Support Program* (CSP), com vistas a facilitar a comunicação e melhorar a qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos (D7).

Quanto à comunicação não verbal, é aquela em que a informação é transmitida por meio de gestos, de expressão facial, de orientações do corpo, posturas, entre outras. Esse tipo de comunicação potencializa a difusão da mensagem e diminui as dificuldades de verbalizar, sobretudo nos cuidados paliativos (D11, D12, D15).

Nesse contexto, a humanização é indispensável, quando se cuida de um paciente com doença terminal, pois o cuidado deve ser voltado para ele, e não, para sua patologia, e escuta e o uso terapêutico do silêncio são essenciais nessa fase. A escuta é uma técnica emocional, cognitiva ativa e complexa, que emerge da percepção auditiva e considera as variáveis ‘atenção’, ‘interesse’ e ‘motivação’ (D10, D13, D14).

Estudo realizado com enfermeiro do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (D11) destacou, além de estratégias de comunicação verbal, o toque afetivo, a escuta atenta, o olhar e a escrita e referiu que a compreensão e a percepção dos sentimentos, as desconfianças e as aflições, bem como o entendimento acerca da importância do toque, dos gestos, das expressões, dos olhares e da linguagem simbólica são essenciais para o paciente e a família que vivenciam a finitude da vida.

Quanto à musicoterapia, foi citada por quatro profissionais deste estudo como uma estratégia comunicacional. A música é uma terapia complementar aos tratamentos convencionais, que faz parte do processo de comunicação e ajuda a recuperar os pacientes sem possibilidade de cura, haja vista que lhes possibilita deslembrar a angústia e o sofrimento vivenciado e compartilhado (D11).

Portanto, a comunicação envolvida nos enfoques do estudo difere de informação. Não se trata somente de transmitir informações, mas também de observar o modo como as mensagens são transmitidas. Trata-se de se expressar com palavras, posturas, atitudes (comunicação verbal e não verbal) e mensagens que revelam atenção e cuidado. No entanto, o estudo mostrou que, quando se trata de pacientes em cuidados paliativos, os profissionais atrelam a comunicação, muitas vezes, a notícias de cunho negativo.

Limitações do estudo

Este estudo apresentou como limitação a inclusão de estudos em apenas três idiomas (inglês, português e espanhol) e a inclusão de estudos das quatro bases de dados selecionadas (LILACS, BDeinf, Index Psicologia e MEDLINE), o que pode ter limitado o acesso a outros dados relevantes.

Contribuições para a Área da Enfermagem

Com base nos resultados desta revisão, foi possível identificar os principais temas acerca da comunicação em cuidados paliativos, que podem trazer contributos para a implementação do tema, em diferentes contextos institucionais, e inspirar a realização de futuros estudos que demonstrem a capacidade dos profissionais para criarem estratégias de comunicação. Também são importantes estudos que visem conhecer e analisar as práticas profissionais, essencialmente, os da enfermagem, com o intuito de identificar e de divulgar intervenções exitosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados revelaram um número significativo de artigos relacionados à comunicação em cuidados paliativos, que abordam, principalmente, temas como a importância da comunicação, estratégias comunicacionais, comunicação de más notícias e capacitação de profissionais/equipe para a comunicação em cuidados paliativos. O perfil traçado por meio dos resultados e discutido neste estudo, assim como o nível de evidência pouco expressivo conjecturam a prática dos cuidados paliativos, ainda realizada, em grande parte, de forma empírica e sem embasamento teórico-científico.

Associada ao conhecimento limitado sobre essa temática, a inabilidade de efetivar ações por meio da comunicação é caracterizada como uma barreira para uma assistência de boa qualidade, que envolva as variadas necessidades do ser humano. Essa revisão evidenciou que as estratégias comunicacionais são pouco empregadas e que poucos treinamentos são feitos para utilizá-las. A partir desse levantamento, é possível afirmar que os profissionais precisam ser mais bem informados sobre os ‘cuidados paliativos e a comunicação’, tendo como base o aumento de doenças crônicas, e que conhecer as estratégias de comunicação é obrigatório quando se busca um cuidado em saúde humanizado e de boa qualidade.

Portanto, dados os resultados, espera-se que o mapeamento sobre a comunicação em cuidados paliativos motive novos estudos, a fim de configurar um cenário de produção

científica qualificada e com mais força de evidência na área, apresente contribuições além da conscientização temática e sirva como suporte para reformular e reestruturar práticas comunicacionais relacionadas. Espera-se que, dessa forma, seja possível aprimorar, além da produção científica, a assistência nos cuidados paliativos e a comunicação.

REFERÊNCIAS

1. Lima CP, Machado MA. Main caregivers facing death experience and its meanings. *Psicol Ciênc Prof.* 2018;38(1):88-101. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>.
2. World Health Organization (WHO). Cancer. WHO definition of palliative care. 2002. [citado 16 out 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Caldas GHO, Moreira SNT, Vilar MJ. Palliative care: a proposal for graduate education in medicine. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(3):261-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180008>.
4. Luiz MM, Netto JJM, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. *Rev Fund Care.* 2018;10(2):585-592. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592>.
5. Santos EAA. Barriers associated with palliative care in dementia: a review of the literature. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018;12(2):105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z2447-211520181800014>.
6. Galvão MIZ, Borges MS, Pinho DLM. Interpersonal communication with oncological patients in palliative care. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(3): e22290. doi: <https://doi.org/0.18471/rbe.v31i3.22290>.
7. Paula TA, Santos TN, Silva DG, Bueno IS, Souza LP, Cauduro LB, *et al.* A comprehensive review on palliative care. *Acta Med.* 2018;39(1):87-101. doi: <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.868788>.
8. Ferreira LL, Azevedo LMN, Salvador PTCO, Morais SHMM, Paiva RMP, Santos VEP. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):498-505. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>.
9. Lourenço RG, Fornari LF, Santos DLA, Fonseca RMGSerpa. Intervenções comunitárias relacionadas à violência entre parceiros íntimos adolescentes: revisão de escopo. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):277-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0586>.
10. Salgueiro-Oliveira AS, Costa PJS, Braga LM, Graveto JMGN, Oliveira VS, Parreira PMSD. Health professionals' practices related with tourniquet use during peripheral venipuncture: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019; 27:e3125. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2743-3125>.
11. Mendes DIA, Ferrito CRAC, Gonçalves MIR. Intervenções de enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery®: scoping review. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018 [citado 08 mai 2019]; 71(Suppl6):2824-2832. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>

12. Sanches KS, Rabin EG, Teixeira PTO. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review* Rev Esc Enferm. USP [Internet]. 2018 [citado 03 mai 2019]; 52: e03336. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017009103336>.
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Meth. 2005; 8(1):19-32. doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
14. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino Am Enfermagem. 2007;15(3):508-511. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
15. Brun CN, Zuge SS. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, organizadoras. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá; 2015. p. 77- 98.
16. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, *et al*. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res. 1998;11(4):195-206. doi: [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(98)80329-7).
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. J Clin Epidemiol. [Internet]. 2009 [cited 2019 Mai 5]; 62(10):1006-12. Available from: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>
18. Hawley P. Barriers to access to palliative care. Palliat Care. 2017; 10:1178224216688887. doi: 10.1177/1178224216688887.
19. Di Bitetti MS, Ferreras JA. Publish (in english) or perish: the effect on citation rate of using languages other than english in scientific publications. Ambio; 2016;46(1):121-127. doi: 10.1007/s13280-016-0820-7.
20. Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. Aletheia [Internet]. 2011 [citado 19 abr 2019];35(36):179-89. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt.
21. Alves AMPM, Costa SFG, Fernandes MA, Fernandes MA, Batista PSS, Lopes MEL, Zaccara AAL. Cuidados paliativos e comunicação: estudo bibliométrico. Rev Fund Care Online. 2019; 11(n.esp):524-532. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.524-532>.
22. Fernandes MA, Costa SFG, Moraes GSN, Duarte MCS, Zaccara AAL, Batista PSS. Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. Esc Anna Nery. 2016; 20(4): e20160102. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160102>.
23. Dahlin C. Palliative care: delivering comprehensive oncology nursing care. Semin Oncol Nurs. 2015; 31(4):327-337. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2015.08.008>.
24. Abel J, Kellehear A. Palliative care reimagined: a needed shift. BMJ Support Palliat Care. 2016; 6(1):21-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001009>.

25. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2.ed. São Paulo: ANCP; 2012. [citado 20 dez 2018]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>

3.2 Teoria do Final de Vida Pacífico: considerações gerais

Com vistas a embasar o estudo e tendo a Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP) como suporte teórico desta tese, teceram-se algumas considerações sobre ela, com o objetivo de aprofundar o conhecimento a seu respeito.

Para compreender bem mais essa questão, é importante destacar que teoria é uma representação simbólica de aspectos da realidade, que são descobertos ou concebidos a fim de descrever, explicar, prever ou prescrever respostas, acontecimentos, situações, condições ou relações. Geralmente é criada para expressar uma nova ideia ou uma nova visão sobre a natureza de um fenômeno de interesse e o principal meio para construir o corpo de conhecimento específico da Enfermagem, servindo como referencial para alicerçar sua prática (MELEIS, 2012).

Os níveis de abstração e os escopos teóricos são variados. A metateoria é a mais abstrata, sendo esta acompanhada pelas grandes teorias, as teorias de médio alcance e as teorias práticas ou de situação específica, consideradas as menos abstratas. Assim, como são mais concretas do que as grandes teorias e, por conseguinte, elementos mais aplicáveis, as teorias de médio alcance têm sido aplicadas com mais frequência nas pesquisas científicas (FAWCETT, 2013).

As teorias de médio alcance têm o potencial de orientar a prática e são consideradas como o resultado do pensamento teórico para resumir e integrar o conhecimento. Podem ser entendidas como uma forma de preencher lacunas existentes entre a teoria e a pesquisa e de aumentar as evidências para uma boa prática e para fundamentar melhor o ensino na área (FERNANDES, 2018).

Essas teorias são as que estão demarcadas em sua área de aplicação e desempenham um papel teórico intermediário entre as hipóteses de trabalho específicas e todas as especulações que compreendam um esquema conceitual maior. E apesar de serem consideradas de alta aplicabilidade na pesquisa e na prática clínica, as estratégias e as bases metodológicas para desenvolvê-las são múltiplas e complexas (DAVIDOFF *et al.*, 2015).

Nos últimos anos, no campo da Enfermagem, o reconhecimento de teorias de médio alcance cresceu de forma exponencial, e isso favoreceu o avanço de questões relacionadas à prática clínica, porque, como são aplicadas e testadas em situações clínicas, antecipa uma estrutura específica para orientar as intervenções de enfermagem (JAFFER, 2012). Assim, na literatura de Enfermagem, surgiram várias teorias de médio alcance, como: a Teoria da Consecução do Papel Materno, a Teoria da Incerteza na Doença, a Teoria da Tristeza Crônica, a Teoria do Conforto, a Teoria do Cuidado Transpessoal e a Teoria do Final de Vida Pacífico (TOMEY; ALLIGOOD, 2010).

A Teoria do Final de Vida Pacífico foi proposta em 1998 por Cornelia M. Ruland e Shirley M. Moore, enfermeiras atualmente vinculadas à Universidade de Colúmbia, em Nova York, e Case Western Reserve University, em Cleveland, respectivamente. Cornelia M. Ruland é doutora em Enfermagem pela Western Reserve University, sediada em Cleveland, no estado de Ohio - Estados Unidos, desde 1998. Foi pesquisadora principal em um quantitativo expressivo de projetos de pesquisa e tem vasta experiência em vários programas que objetivam melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. No Doutorado, juntamente com sua orientadora, Shirley M. Moore, ela criou diretrizes clínicas para o final de vida baseada na concepção da Teoria do Final de Vida Pacífico (TOMEY; ALLIGOOD, 2010). Atualmente é diretora do Centro de Tomada de Decisão Compartilhada e Pesquisa em Enfermagem do Hospital Universitário Rikshospitalet, em Oslo - Noruega - e foi nomeada professora adjunta do Departamento de Informática Biomédica da Universidade de Colúmbia, em Nova York (OSLO UNIVERSITY HOSPITAL, 2014).

Shirley M. Moore também é doutora em Enfermagem pela Western Reserve University, desde 1993 e docente do Programa de Pós-graduação da mesma universidade em que Ruland foi aluna e sua orientanda. Ela ensinou Teoria e Ciência da Enfermagem para estudantes da área de todos os níveis e adquiriu experiência na teoria durante o ensino. Grande parte de suas publicações foi relacionada à Teoria do Final de Vida Pacífico com as doenças cardiovasculares, considerando o desenvolvimento das teorias como uma habilidade essencial para estudantes de Doutorado. Moore tem sido líder na educação em saúde dos profissionais e vem abordando a melhoria da qualidade nos últimos 20 anos. Atualmente é codiretora do Programa de Qualidade Escolar, atua na área de pesquisas em doenças cardiovasculares e é membro da American Heart Association (AHA) e da American Academy of Nursing (AAN) (TOMEY; ALLIGOOD, 2010).

A Teoria do Final de Vida Pacífico foi criada a partir da necessidade de um grupo de profissionais de enfermagem que trabalhavam em uma unidade de gastroenterologia e enfrentavam problemas práticos relacionados ao cuidado dos pacientes oncológicos em fase final de vida na Noruega. Ela preconiza que o profissional da área de Enfermagem deve conhecer a complexidade do cuidado dispensado a um paciente em condição terminal e como pode cooperar para que ele tenha um fim de vida tranquilo. A Teoria do Final de Vida Pacífico é considerada uma teoria de enfermagem prescritiva. O grupo de profissionais especializados que criou o padrão de atendimento para um final de vida pacífico teve, pelo menos, cinco anos de experiência clínica no atendimento a pacientes terminais. O padrão foi composto das melhores práticas baseadas em dados científicos obtidos por pesquisas a respeito do controle da dor, do bem-estar, da nutrição e do relaxamento (RULAND; MOORE, 1998).

Foi desenvolvida usando a lógica indutiva e a dedutiva, baseando-se em um padrão de atendimento. Assim, foram desenvolvidas diretrizes para uma unidade de cuidados cirúrgicos gastroenterológicos, que serviram como um passo intermediário lógico para unir a prática e a teoria. As teóricas detalharam as medidas tomadas no desenvolvimento do padrão, que incluíram uma revisão da literatura relevante, esclarecimento de conceitos importantes e incorporação de conhecimentos na prática. Cada uma dessas etapas é análoga às utilizadas no desenvolvimento da teoria. Portanto, a lógica utilizada no desenvolvimento dessa teoria é simples, e seu processo é claramente indicado (RULAND; BAKKEN, 2001).

Essa teoria é baseada, principalmente, no clássico trabalho do Modelo de Donabedian, que consiste de padrões e inclui estrutura, processo e resultados. Nela, a estrutura é a família e o paciente em condição terminal, que estão recebendo os cuidados dos profissionais de saúde. O processo é definido como as ações de enfermagem que se destinam a endossar o atendimento positivo ao paciente, o que traz resultados no contexto clínico. Logo, a teoria apresenta orientações claramente definidas para pacientes terminais e provê um cuidado de enfermagem de boa qualidade (RULAND; MOORE, 1998).

Na Teoria do Final de Vida Pacífico, os metaparadigmas da Enfermagem (inerentes à prática de enfermagem, que é o cuidado em toda a sua complexidade) são pessoas (atualmente chamado de seres humanos), meio ambiente, saúde e enfermagem (RULAND; MOORE, 1998; FAWCETT, 2013).

De acordo com as teóricas, a pessoa é definida como um ser único, cujos eventos e sentimentos da experiência no final da vida são pessoais e individuais; o meio ambiente

refere-se ao sistema familiar, o espaço que proporciona o melhor estado de harmonia, ao aproximar a família e as pessoas queridas para lhe dar uma atenção efetiva; a saúde é a busca por minimizar a dor e o desconforto sofrido pelo paciente em condição terminal, prestando-lhe o melhor atendimento possível e utilizando medidas eficazes, para que tenha uma morte pacífica; e a enfermagem proporciona o melhor cuidado possível para o paciente, por meio de tecnologias e medidas de bem-estar, com a finalidade de melhorar a qualidade de sua vida para que tenha uma morte tranquila. Para isso, devem-se incluir o paciente e seus familiares na tomada de decisões sobre o atendimento ao paciente (RULAND; MOORE, 1998).

Nesse sentido, o objetivo do cuidado em fim de vida não é de otimizar o cuidado, para que ele seja o melhor e mais avançado tecnologicamente, ou um tipo de cuidado que leve ao tratamento excessivo, mas de maximizar o tratamento, ou seja, de oferecer ao paciente o melhor atendimento possível, com o uso criterioso de tecnologias e medidas de bem-estar, para melhorar a qualidade de sua vida e para que ele tenha uma morte pacífica (RULAND; MOORE, 1998).

A Teoria do Final de Vida Pacífico tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida e proporcionar um fim de vida pacífico a pacientes terminais, com as intervenções de enfermagem e os resultados específicos para esse grupo de doentes (RULAND; MOORE, 1998; TOMEY; ALLIGOOD, 2010). Seu contexto é baseado na Teoria do Conforto de Kocolba, em que o profissional realiza ações para aumentar o nível de conforto do paciente com resultado esperado positivo, enquanto na Teoria do Final de Vida Pacífico, o profissional de enfermagem ajuda o paciente/família a alcançar uma morte pacífica (ZACARA *et al.*, 2017). Kolcaba descreveu o conforto como uma experiência holística imediata de ter necessidades atendidas em quatro contextos de experiência: físico (pertencente às sensações do próprio corpo); psicoespiritual (consciência interna, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade, significado da vida); sociocultural (pertencente a relacionamentos interpessoal, familiar e social) e ambiental (fatores externos, incluindo o meio ambiente) (KOLCABA, 1992; RAMÍREZ, GONZÁLEZ, ARIAS, 2016).

A Teoria do Final de Vida Pacífico é sustentada por cinco conceitos: não estar com dor, que significa evitar que o paciente experimente sofrimento ou desconforto, porque a dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões). Na literatura, a dor tem sido bem definida, incluindo sua avaliação, a gestão e o tratamento; a experiência de conforto, que foi conceituado como o alívio do desconforto, o relaxamento e a satisfação, que

fazem parte de uma vida boa e prazerosa, proporcionam bem-estar ao paciente e envolvem tudo o que torna a vida fácil ou agradável; a experiência de dignidade/respeito, em que o paciente em condição terminal é caracterizado como um ser dotado de autonomia, merecedor de respeito, e cujas vontades devem ser consideradas. Para isso, deve ser incluído nas tomadas de decisão, sem descartar seu direito de se defender, mesmo que ele esteja dependente. Ele não deve ser exposto a qualquer situação que viole sua integridade e seus valores e precisa estar em paz. Isso significa lhe proporcionar mais tranquilidade em relação aos aspectos físicos, psicológicos e espirituais, para que sinta serenidade, calma, harmonia e satisfação (RULAND; MOORE, 1998).

Sugere-se, ainda, que o paciente não seja incomodado por ansiedade, nervosismo, preocupações e medo. Isso só é possível dando-lhe apoio emocional e satisfazendo às suas necessidades biopsicossociais e espirituais; minorando a sua ansiedade, fornecendo-lhe apoio e confiança; e facilitando a sua aproximação com as pessoas importantes para ele, permitindo-lhe que tenham maior proximidade e conexão com seus familiares, amigos e cuidadores. Logo, ter proximidade com pessoas queridas gera um sentimento de conexão com outros seres humanos e contribuem para um final de vida pacífico. Assim, os familiares podem cuidar do paciente da forma como desejam, para que ele possa se despedir de acordo com suas crenças, culturas e desejos, e podem receber ajuda sobre os diferentes procedimentos e possibilidades de funeral (RULAND; MOORE, 1998; RAMÍREZ; GONZÁLEZ; ARIAS, 2016).

Na Teoria do Final de Vida Pacífico, existem seis pressupostos para o paciente em condição terminal: monitorar e administrar a dor e fazer intervenções farmacológicas e não farmacológicas que contribuam para que ele não sinta dor; prevenir e monitorar o alívio do desconforto mental e facilitar o descanso, o relaxamento e o contentamento; prevenir complicações para que ele se sinta confortável; incluir o paciente e outras pessoas importantes na decisão sobre a assistência, tratando-o com dignidade, empatia e respeito; estar atento às necessidades que ele expressa, aos seus desejos e suas preferências; dar-lhe apoio emocional; monitorar e atender às suas necessidades com medicamentos; inspirar-lhe confiança e aproximá-lo das pessoas importantes ou das que cuidam dele; e reconhecer as experiências do paciente de não estar com dor, sentir-se confortável, ser tratado com dignidade e respeito, estar em paz e perto de pessoas importantes. Tais fatos contribuem para que ele tenha um final de vida pacífico (RULAND; MOORE, 1998).

É preciso, ainda, dar às pessoas que lhe são próximas orientações sobre questões práticas e proporcionar a presença física de outra pessoa, para que exerça o cuidado se desejar

contribuir para que ele passe pela experiência de estar em paz; facilitar a participação de pessoas importantes no cuidado, dar atenção à tristeza das pessoas próximas, suas preocupações e suas dúvidas e facilitar as oportunidades de intimidade familiar (RULAND; MOORE, 1998).

Assim, a Teoria do Final de Vida Pacífico baseia-se, principalmente, no desenvolvimento da prática como a principal fonte para o desenvolvimento final da mesma. Ressalta-se que esta teoria tem relação com os aspectos da boa morte, proporcionando um ambiente adequado aos doentes, para que tenham uma morte silenciosa e cercada por seus parentes, tentando, tanto quanto possível, tê-lo nas melhores condições, tratando a dor e proporcionando-lhes bem-estar e tranquilidade. A dor pode ser aliviada com a administração de analgesia e intervenções farmacológicas e não farmacológicas; e o bem-estar pode ser promovido com a prevenção, o controle e o alívio do desconforto físico e, por outro lado, com o critério de tranquilidade, através do controle e da detecção da necessidade do paciente de ansiolíticos a serem administrados (RULAND; MOORE, 1998).

Estudo realizado com familiares de pacientes em fase final de vida de uma Unidade de Terapia Intensiva na região sul da Tailândia corrobora os dados supracitados, ao expor quatro qualidades centrais de uma morte pacífica: mente pacífica; sofrimento diminuído; aceitação da família da morte do paciente e estar com os outros. Os participantes dessa pesquisa expressaram que uma morte é pacífica quando as pessoas que estão morrendo têm paz mental e não mostram sinais e sintomas de sofrimento, e os membros da família declaram aceitar a morte de seus entes queridos, a qual é testemunhada por parentes e amigos. Também referiram o fato de que a pessoa que está morrendo não está sozinha. Portanto, as cinco principais qualidades de uma morte pacífica relatada neste estudo podem ser usadas como uma estrutura para os profissionais de enfermagem criarem intervenções práticas para cuidados de qualidade de fim de vida (KONGSUWAN; CHAIPETCH; MATCHIM, 2012). Em outro estudo, autores apresentaram as principais características para a prática de um bom atendimento no final da vida, a saber: autonomia, ética e justiça, que se relacionam estreitamente com os pressupostos da teoria de Ruland e Moore (RULAND; MOORE, 1998; SHIH-YI *et al.*, 2009).

No que diz respeito aos processos de cuidado de enfermagem (controle parcial da dor, diminuição da ansiedade, melhoria da situação familiar e processo de comunicação), combinados com a Teoria do Final de Vida Pacífico, visam a uma constante comunicação do profissional de enfermagem com o paciente e sua família, não apenas para cuidar, mas

também para dar apoio emocional durante o processo de morte (ANAYA; GARCÍA-LLANOS; RODRÍGUEZ, 2018). Nesse sentido, pesquisa reforça a importância da Teoria do Final de Vida Pacífico no atendimento de pacientes no final da vida, porquanto ela contribui para ajudar o paciente a ter uma morte tranquila (KIRCHOFF, 2002).

A Teoria do Final de Vida Pacífico oferece uma abordagem promissora para o desenvolvimento da base de conhecimento científico e para o aprimoramento da prática de enfermagem voltada para o paciente em fim de vida. A contribuição dessa teoria é baseada em uma ideia unificadora acerca do fenômeno do fim pacífico da vida para pacientes terminais (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Esta teoria possibilita gerar novos *insights* sobre a natureza desse fenômeno e contribuir para ampliar o conhecimento sobre intervenções de enfermagem que ajudam os pacientes a terem um fim de vida tranquilo (JAFFER, 2012).

Pesquisa enfatizou um plano de cuidados de enfermagem usando como referência a Teoria do Final de Vida Pacífico para uma paciente com diagnóstico de osteosarcoma. O estudo mostrou que a Teoria do Final de Vida Pacífico sugere a oportunidade de conseguir melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes em fase final e seus familiares, identificar, principalmente, a necessidade de uma comunicação eficaz com o paciente e sua família, ajudá-los a expressar seus sentimentos e melhorar seus laços familiares, demonstrando com notoriedade a prestação de cuidados paliativos (ANAYA; GARCÍA-LLANOS; RODRÍGUEZ, 2018).

Nesse sentido, a utilização dessa teoria é bastante significativa, tendo em vista que pode orientar os profissionais de enfermagem a adotar intervenções eficazes que auxiliem a minimizar o sofrimento do paciente, para que vivenciem uma experiência significativa. Logo, com a aplicação dessa teoria, o profissional de enfermagem será capaz de identificar as formas de prevenir os pacientes do sofrimento desnecessário e de manter a dignidade e o respeito (JAFFER, 2012).

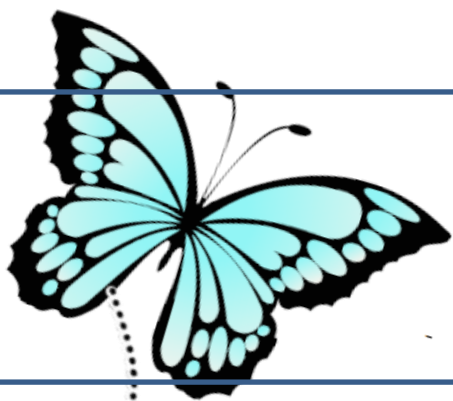
Outra vantagem da teoria é que ela influencia as distintas intervenções de enfermagem e é vastamente empregada em hospitais e serviços de cuidados paliativos no mundo inteiro. Em Viena, com a aplicabilidade da teoria, os doentes podem fazer as refeições quando querem e por mais tempo ou até quando lhes convém. Se estão dormindo, não são despertados (a menos que solicitado); os quartos compartilhados podem ser divididos por cortinas, para garantir paz e privacidade; há sala de estar disponível para pacientes e familiares, área exclusiva para os fumantes, assim como banhos calmantes, aromaterapia, massagens relaxantes e música (STREBL, 2013).

Estudo teórico com o objetivo de avaliar a Teoria do Final de Vida Pacífico, seguindo um quadro de avaliação de teorias de enfermagem, constatou que, se o profissional de enfermagem empregar estratégias para aliviar os medos e a ansiedade, reais e/ou percebidos, do o paciente e de sua família, poderá lhes proporcionar um final de vida mais tranquilo e não simplesmente completar as tarefas do cotidiano hospitalar. Portanto, é inegável a importância dessa teoria para subsidiar as intervenções de enfermagem à luz dos cuidados paliativos (ZACCARA *et al.*, 2017).

Em instituições estabelecidas, como, por exemplo, o Centro Paliativista *St. Raphael*, a teoria de Ruland e de Moore apresenta grande notoriedade, cada vez mais, as políticas e as diretrizes para lidar com pacientes terminais estão ligadas à teoria. Assim, verifica-se a valorização da disseminação dos conceitos dessa teoria na orientação de pacientes e familiares, com vistas a tornar a realidade de ter uma doença em fase final de vida mais amena, ao fazer com que a equipe de saúde, os pacientes e suas famílias caminhem juntos (STREBL, 2013).

Autores enfatizam, ainda, a probabilidade de colaborar para o encontro da estabilidade do cuidado no lar por meio de escuta ativa, diálogo aberto e atitudes humanizadas, fatores que possibilitam ao profissional de enfermagem uma comunicação efetiva e uma assistência em consonância com os desejos e as necessidades do paciente (COGO *et al.*, 2017). Portanto, a teoria tem uma boa abrangência em relação aos cuidados paliativos, e seus cinco conceitos acobertam muitas áreas importantes nesse âmbito. No entanto, tem uma limitação por não apresentar testabilidade no Brasil, o que é evidenciado pelo quantitativo ínfimo de estudos a respeito do tema.

Isso significa que é preciso fazer novas pesquisas sobre a teoria na prática clínica do profissional de enfermagem, em especial, com os técnicos de enfermagem, porquanto ficam muito próximos do paciente na fase final de vida, no âmbito dos cuidados paliativos. Essa teoria fundamentou esta pesquisa, no que diz respeito ao subsídio para analisar o material empírico, a partir dos relatos dos técnicos de enfermagem que lidam com pacientes na finitude da vida e dos seus familiares, porque também possibilita que esses profissionais conheçam a complexidade que envolve o cuidado com um paciente em condição terminal e como podem contribuir para o fim de vida tranquilo.



'O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida'

Cicely Saunders

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, com o objetivo de compreender em profundidade os fenômenos, as experiências, as representações, as crenças, os valores, as atitudes, o universo simbólico e os demais aspectos subjetivos ligados a pessoas, coletividades e organizações, colaborando para compreensão de distintas faces da realidade (MEDEIROS, 2012).

A pesquisa de natureza qualitativa, preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada permitindo ao pesquisador conhecer e compreender os pensamentos, os sentimentos e as reações dos sujeitos em relação aos problemas estudados, desvelando o que é particular e distanciando-se, por conseguinte, de comparações (PRAÇA; MERIGHI, 2003). Nesse tipo de abordagem, o pesquisador é impelido a acolher as angústias e as ansiedades da pessoa em estudo, buscando um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando o outro (MINAYO, 2016; MINAYO, 2017).

Ressalte-se, todavia, que, para se engajar na investigação qualitativa, o pesquisador deve se abster de seus preconceitos e se empenham em um processo de distanciamento e de objetivação, ingressando no sistema de representações e de comportamentos dos indivíduos, com vistas a compreendê-los sob um ponto de vista analítico exterior (ALAMI; DESJEUX; GARABUAU-MOUSSAOUI, 2010). Acredita-se que o aprofundamento teórico e o rigor metodológico na pesquisa de campo e na análise dos dados colaboram para minimizar ou eliminar o risco de viés qualitativo.

Sob esse prisma, com o propósito de garantir o rigor do estudo, esta pesquisa procurou atender aos passos recomendados pelo *check list* do *Guideline Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), um guia de pesquisa composto de 32 itens, divididos em três domínios, a saber: equipe de pesquisa e reflexividade; desenho do estudo e análise; e conclusões. Esses itens são considerados necessários ao desenvolvimento de estudos qualitativos, principalmente na realização de entrevistas e de grupos focais. Esse guia tem sido empregado com a finalidade de aprimorar a qualidade das pesquisas qualitativas e, conseqüentemente, promover condutas adequadas, para um maior reconhecimento destas. Pode auxiliar no relato de aspectos importantes da descrição do estudo referentes à equipe de

pesquisa, aos métodos empregados, ao contexto, às revelações, às análises e às interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

De acordo com o estudo, o objetivo dessa ferramenta é de melhorar a transparência dos aspectos da investigação qualitativa, fornecendo modelos claros para relatar a investigação. Esses modelos auxiliam os autores durante a preparação do artigo, os editores e os revisores na avaliação de um artigo para a sua publicação e permitem aos leitores uma análise crítica, aplicada e sintetizada dos resultados do estudo. Também poderá evidenciar a fragilidade do investigador na escrita de artigos que têm como base dados qualitativos, como textos, áudios, vídeos e imagens (COSTA, 2016).

No caminho metodológico desta tese, apresentam-se as seguintes informações recomendadas pelo guia COREQ: desenho do estudo, amostragem, características e descrição da amostra, razões para a seleção de participantes, método de abordagem, descrição da explicação da pesquisa para os participantes, tipo de participação, método de coleta dos dados, descrição do entrevistador, relação entre o pesquisador e os participantes e descrição detalhada da análise.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital, de caráter filantrópico e social, situado no município de João Pessoa - Paraíba. Essa instituição apresenta uma unidade destinada aos cuidados prolongados que presta assistência a um número considerável de pacientes em fase final de vida sob cuidados paliativos, apresenta uma capacidade instalada de 110 leitos e conta com a atuação de uma equipe interdisciplinar.

Esse hospital foi escolhido porque oferece um serviço de referência, no estado da Paraíba, para atender a pacientes sem possibilidades de cura. Está em desenvolvimento no que tange aos cuidados paliativos. Para isso, promove capacitação para a equipe interdisciplinar, com o fim de atender às diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o cuidado prestado ao paciente com doença avançada e em fase terminal, porque desenvolve ações paliativas pautadas na filosofia dessa modalidade de cuidado, com a promoção de assistência humanizada. O objetivo principal é de melhorar a qualidade de vida do paciente e propiciar-lhe conforto, controle da dor e alívio dos sintomas.

3.3 População e amostra

A população do estudo envolveu técnicos de enfermagem da instituição selecionada para o estudo e familiares de pacientes hospitalizados com diagnóstico de doença incurável sob cuidados paliativos.

Para selecionar os técnicos de enfermagem, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: que o profissional estivesse em atividade laboral na fase empírica do estudo, nas unidades de internação; e tivessem, no mínimo, um ano de experiência no âmbito assistencial. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias ou de licença médica durante a coleta dos dados. Quanto aos critérios de inclusão para o familiar, foi selecionado um acompanhante responsável pelo paciente com diagnóstico de doença avançada na fase final de vida, conforme escores da Escala de Performance Paliativa (PPS), e com mais de 18 anos.

No estudo qualitativo, o critério fundamental para selecionar a amostra não é a quantidade de participantes, mas a possibilidade de se compreender o fenômeno investigado. Entretanto, sua construção precisa envolver decisões sobre a seleção dos participantes e sobre as condições dessa seleção, pois isso interfere diretamente na qualidade da investigação (MINAYO, 2017). Assim, inicialmente, não se definiu, quantitativamente, a amostra. O número de participantes foi determinado ao longo do processo, até que nenhum novo conhecimento relevante para o estudo estivesse sendo obtido de novos participantes (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Logo, empregou-se a amostragem intencional, que envolve a seleção de participantes que compartilham características particulares e têm o potencial de fornecer dados ricos, relevantes e diversificados pertinentes à questão de pesquisa. Esse tipo de amostragem pode fornecer dados relevantes e diversificados pertinentes à questão de pesquisa, visto que envolve a seleção de participantes que compartilham características particulares (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; MINAYO, 2016; MARCONI; LAKATOS, 2017). Com base nesse entendimento, a amostra foi constituída de quinze técnicos de enfermagem e quinze familiares (MARCONI; LAKATOS, 2017).

3.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

Para selecionar os familiares, foi utilizada a Escala de Performance Paliativa (PPS), com base nos registros dos prontuários dos pacientes. A PPS é um instrumento validado e

amplamente utilizado na medicina paliativa, para acompanhar a curva evolutiva da doença, e dá subsídios para que o pesquisador possa tomar decisões, fazer o prognóstico e definir a terminalidade (HO *et al.*, 2008). Essa escala foi desenvolvida, primeiramente, em 1996, pelos estudiosos Anderson e Downing e, posteriormente, traduzida para a língua portuguesa pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cuja versão foi aceita pela instituição canadense de *hospices* e cuidados paliativos, a *Victoria Hospice Society*, que a criou (MACIEL, 2012). É constituída de 11 níveis, de 0 a 100, divididos em intervalos de 10, sem valores intermediários, em que são valorizados cinco aspectos: deambulação, atividade e evidência da doença, capacidade para o autocuidado, ingesta alimentar espontânea e nível de consciência. A leitura se faz da esquerda para a direita e, quanto mais baixo o valor, maior a intensidade dos parâmetros à direita (MEDEIROS, 2014).

Os valores do escore dessa escala podem ser agrupados conforme a perda da capacidade funcional da pessoa enferma. Portanto, quando o resultado do escore é de 100 a 70%, expõe-se que o paciente está em condição estável e necessita de cuidados, principalmente para desenvolver as atividades de vida diária. O doente que apresenta entre 60 e 40% requer cuidados ativos e totais, porque já apresenta sinais de progressão da doença incurável. Quando a performance é igual ou inferior a 50% nessa escala, é um indicador de terminalidade (WENG, 2009; MACIEL, 2012).

Conforme as ponderações desenvolvidas no estudo de Sutradhar *et al.* (2013), nessa pesquisa, os participantes foram categorizados nas fases estável (PPS entre 70% e 100%), transicional (entre 40% e 60%), final da vida (entre 10% e 30%) e óbito (zero). Foram excluídos os pacientes que estavam em estado de confusão mental ou que tiveram escore superior a 60% na escala. Para aplicar a referida escala, foi elaborado um instrumento contendo dados relacionados as referidas fases, além de informações dos prontuários dos pacientes e da observação da pesquisadora com os possíveis participantes.

Para viabilizar a coleta dos dados, empregou-se a técnica de entrevista semiestruturada, com questões relacionadas à Teoria do Final de Vida Pacífico (Apêndices A e B). Esse tipo de entrevista consiste de um roteiro previamente elaborado de perguntas abertas, com flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas e em que o entrevistador poderá fazer questionamentos complementares para atender aos objetivos propostos na pesquisa. Também foram utilizados a técnica de observação assistemática e o diário de campo, para registrar as anotações da pesquisadora sobre os participantes (MANZINI, 2012).

Quanto ao registro do material empírico, foi feito utilizando-se o sistema de gravação, que possibilitou uma descrição livre e pontual. Com essa forma de registrar, pode-se compreender o que foi relatado pelo entrevistado e absorver outras fontes significativas para ele, como articulações, instantes de silêncio, entre outras. Para utilizar o gravador, foi necessária a anuência prévia dos participantes do estudo.

Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2019, individualmente, com cada participante, alternando entre os técnicos de enfermagem e os familiares. A coleta foi feita em um local reservado na própria instituição selecionada para o estudo, em horários alternados (diurno e noturno), com duração aproximada de 30 minutos.

A aproximação com os participantes da pesquisa aconteceu, inicialmente, por meio de um contato com a coordenadora de enfermagem da instituição de saúde, que foi informada sobre a proposta da pesquisa, para que pudesse encaminhar a pesquisadora aos técnicos de enfermagem e aos familiares dos pacientes em fase avançada e sem possibilidades de cura. Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato com cada participante, a fim de agendar os encontros, atendendo à conveniência de data e de horário, a fim de que esse momento fosse o mais favorável para os participantes participarem da entrevista.

No momento da entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), enfocando a liberdade de participar ou não do estudo e de desistir dele em qualquer momento da investigação, sem que isso lhes ocasionasse qualquer prejuízo ou constrangimento. Nessa ocasião, os participantes foram informados de que seus nomes e os dados fornecidos seriam mantidos no anonimato. Também foram esclarecidos a respeito da contribuição da pesquisa para o reconhecimento da valoração dos cuidados paliativos e da comunicação pelos profissionais de enfermagem e para melhorar a qualidade da assistência que é dada no âmbito hospitalar.

3.5 Posicionamento ético da pesquisadora

Desde a elaboração do projeto até sua concretude, a pesquisadora cumpriu os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, preconizados pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que tange ao princípio ético da autonomia dos participantes, com a aplicação do TCLE, um instrumento imprescindível para garantir sua privacidade, dignidade e defesa da vulnerabilidade (BRASIL, 2012). Para isso, os participantes do estudo foram informados sobre os seguintes aspectos: os objetivos do estudo,

os procedimentos, os riscos e os benefícios, a garantia do anonimato e o direito à liberdade de participar do estudo ou desistir dele em qualquer momento do processo da pesquisa.

Quanto à coleta dos dados, só foi iniciada depois que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Assim, o estudo obedeceu às recomendações éticas relativas à pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro. O protocolo de pesquisa com o CAAE: 04101418.1.0000.5178 foi aprovado conforme o parecer consubstanciado número 01/2019 (Anexo C).

3.6 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio do instrumento e da técnica propostos foram agrupados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico.

A análise de conteúdo proposta contemplou as seguintes fases: pré-análise, codificação, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados. Em relação a fase de pré-análise, esta é considerada um processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise e na elaboração de objetivos e indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2016).

Por conseguinte, procedeu-se à transcrição das entrevistas, realizando uma leitura flutuante, que foi de fundamental importância para organizar inicialmente o corpus (conjunto de documentos) que foi submetido a análise. Nessa fase, foram reafirmados os objetivos do estudo traçados no projeto de pesquisa. Assim, a partir dessa leitura flutuante e com base nos objetivos do estudo, predeterminaram-se as categorias temáticas, que foram direcionadas pela observação e pela entrevista aplicada.

A categorização é a operação que leva em consideração elementos diferentes, contudo com igual sentido, buscando o agrupamento dos elementos através de critérios previamente definidos. As categorias conseguem reunir um conjunto de elementos por meio de um título genérico, considerando o sentido comum desses elementos. Portanto a análise de conteúdo tem como base o processo de categorização que consiste em passar os dados brutos para dados organizados, considerando a identificação dos termos seguidos pelo agrupamento e a nomeação das categorias que favorecem uma leitura e interpretação, garantindo a participação controlada do pesquisador que analisa os dados (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011; BARDIN, 2016).

Depois que as categorias foram definidas, iniciou-se o processo de codificação dos elementos organizados no *corpus*. Essa codificação estabelece a seriedade e diminui o viés, deixando o resultado eticamente apresentável e isentando o pesquisador de possíveis contribuições pessoais nas interpretações finais (CÂMARA, 2011).

Para proceder à análise dos conteúdos, o pesquisador é norteado pelo recorte de fragmentos textuais denominados de unidades de registro (URs) e posterior construção das chamadas unidades de contexto (UCs), que dão sentido às falas dos sujeitos. Para implementar a codificação, na etapa de exploração do material, foram implementadas as regras para o desenvolvimento sistemático da enumeração e codificação das unidades de registro por parte do investigador. As regras predeterminadas na pré-análise foram: 1) definição das cores que representariam cada categoria: categoria 1= AMARELA; categoria 2 = VERMELHA; categoria 3 = VERDE; 2) recorte da UR, demarcando com a cor da categoria representativa; 3) construção da UC, usando como referência as URs e as inferências decorrentes da exploração do material.

Posteriormente, seguiu-se a etapa denominada de exploração do material. Para iniciar a implementação das regras, a pesquisadora fez uma nova leitura flutuante do *corpus*. Na implementação da leitura do *corpus*, foram recortadas as URs por categoria, utilizando a regra de coloração predeterminada na etapa anterior para todas as falas dos participantes entrevistados. Assim, a exploração do material implementou a codificação e enumeração das URs e a construção das UCs que se apresentaram como a primeira inferência significativa para o pesquisador analisar as falas dos participantes e fazer as interpretações.

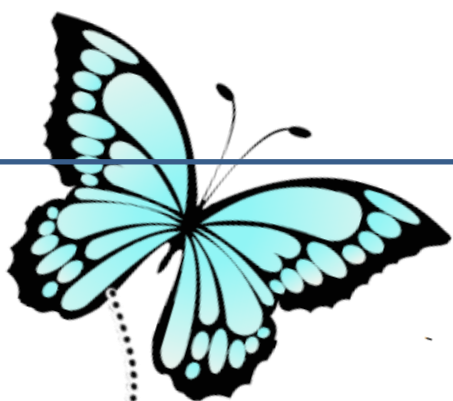
Nessa etapa, as entrevistas transcritas foram lidas diversas vezes, a fim de identificar temas emergentes; em seguida, as transcrições foram codificadas. Por meio da identificação das unidades de registro e das unidades de contexto, realizou-se a categorização, quais sejam: I. Comunicação verbal e não verbal como estratégia para proporcionar o alívio da dor, conforto e paz para pacientes sob cuidados paliativos na fase final de vida; II. A comunicação como estratégia para fortalecer o vínculo entre o profissional de enfermagem e o familiar, com ênfase na promoção de um final de vida pacífico para o paciente; III. A comunicação de profissionais de enfermagem como estratégia para promover conforto, paz, dignidade e respeito para pacientes e familiares em cuidados paliativos; e IV. A presença e o diálogo de pessoas importantes para o paciente sob cuidados paliativos são fundamentais para um final de vida pacífico.

Nas fases seguintes, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação dos dados, implementou-se a revisão das UCs com a finalização da construção das mesmas e organização das principais evidências levantadas durante a exploração do material, para proceder a uma posterior interpretação dos resultados obtidos.

A inferência diz respeito às deduções a que o investigador chega depois de submeter os resultados às regras de análise às quais o conteúdo é submetido com base no referencial teórico. Tal fase, possibilita a interpretação e a definição das evidências do estudo, em que o investigador consegue visualizar o que está por trás das falas dos participantes do estudo, sendo essa visualização, as evidências resultantes da análise do conteúdo (BANDIN, 2016).

As categorias emergentes do corpus da pesquisa foram analisadas à luz da Teoria Final de Vida Pacífico, partindo dos seguintes conceitos: não estar com dor: significa que o paciente não vivencie o sofrimento ou desconforto, pois a dor é considerada uma experiência desagradável, seja ela emocional ou sensorial; experiência de conforto: o alívio do desconforto, o relaxamento e a satisfação fazem parte de uma vida boa e prazerosa, o que proporciona bem-estar ao paciente; experiência de dignidade e respeito: o paciente em condição terminal tem autonomia e merece respeito. Por isso se devem considerar suas vontades, sem descartar seu direito de defesa, mesmo que ele esteja dependente; estar em paz: é preciso proporcionar ao paciente mais tranquilidade, em relação aos aspectos físicos, psicológicos e espirituais; e proximidade com pessoas importantes: significa possibilitar que os pacientes em finitude tenham mais proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que cuidam deles.

Para identificar os sujeitos da pesquisa e preservar-lhes o anonimato, utilizou-se como código as iniciais T, para os técnicos de enfermagem, e F, para os familiares, seguidas do algarismo arábico correspondente à ordem dos questionários da planilha do Excel 2010, por exemplo, T1, T2 e F1, F2.



'Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.'

Oliver Holme

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS À LUZ DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO

Os resultados e a discussão da presente tese encontram-se contemplados em dois artigos originais: ‘Cuidados paliativos: estratégias de comunicação adotadas por técnicos de enfermagem para pacientes na fase final de vida’ e ‘Cuidados paliativos e comunicação: estudo com familiares à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico.’ Tais trabalhos encontram-se organizados adiante neste tópico da tese.

4.1 Artigo 02: Cuidados paliativos: estratégias de comunicação adotadas por técnicos de enfermagem para pacientes na fase final de vida

CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO ADOTADAS POR TÉCNICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NA FASE FINAL DE VIDA

RESUMO

Objetivos: identificar as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem para a promoção de um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, na qual participaram 15 técnicos de enfermagem atuantes em unidades de internação de um hospital da cidade de João Pessoa (PB), no período de fevereiro a maio de 2019. Para tanto, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados qualitativamente mediante a técnica de análise de conteúdo e a luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. **Resultados e Discussão:** da análise do material empírico, emergiram duas categorias: ‘Comunicação verbal e não verbal como estratégia para proporcionar o alívio da dor, conforto e paz para pacientes sob cuidados paliativos na fase final de vida’; e ‘A comunicação como estratégia para fortalecer o vínculo entre o profissional de enfermagem e o familiar, com ênfase na promoção de um final de vida pacífico para o paciente.’ **Conclusão:** recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos, de maneira a suscitar a ampliação do conhecimento acerca da comunicação como uma estratégia fundamental para respaldar a prática dos cuidados paliativos, direcionada ao paciente na fase final de vida, embasados na Teoria do Final de Vida Pacífico.

Descritores: Cuidados paliativos. Comunicação. Enfermagem. Terminalidade. Teoria de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos consistem em promover uma assistência integral para pacientes cuja doença é progressiva e incurável e para seus familiares, proporcionando-lhes sobrevida com a melhor qualidade possível, visando prevenir e aliviar o sofrimento, com uma avaliação

precisa e tratamento adequados para aliviar as dores e os sintomas de ordem psicológica, social e espiritual, desde o diagnóstico da doença até o período de luto da família (WHO, 2002; BRASIL, 2018; WHO 2018)

Estudo realizado pela Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (IAHPC) definiu através de consenso os cuidados paliativos, como cuidados holísticos e ativos a indivíduos de todas as idades, com problemas de saúde em fase avançada, ocasionados por doenças graves, especialmente aquelas no final da vida, concentrando-se no alívio do sofrimento e tendo como objetivo melhorar da qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores (RADBRUCH *et al.*, 2020).

Esta modalidade de cuidar apresenta uma visão multidimensional acerca da experiência do adoecer, ou seja, contempla, além dos aspectos físicos, os sociais, os psicológicos e os espirituais (LIMA; MACHADO, 2018). Portanto, são muito importantes para os pacientes que estão na fase final de vida e sua família, porque promovem uma assistência diferenciada, com o estabelecimento do manejo dos sintomas, e assegura um cuidado humanizado (SILVA *et al.*, 2018).

Esses cuidados têm como base a interação entre os profissionais, o paciente e a família. Logo, a assistência prestada pela equipe multidisciplinar aos pacientes em cuidados paliativos e aos seus familiares demanda a utilização de diversas modalidades de cuidar (LUIZ *et al.*, 2018; SANTOS, 2018), dentre elas, a comunicação, por meio da qual são estabelecidas as relações interpessoais, visto que é avaliada como um importante atributo da atenção no processo de finitude, devido ao modo como as informações são comunicadas e ao apoio emocional que dá ao paciente que sofre ou como instrumento por meio do qual se podem identificar as necessidades biopsicossociais do paciente e de sua família, principalmente na fase final da vida (HAWTHORN, 2015; LUIZ *et al.*, 2018).

Pesquisa aponta que a comunicação é a base para o estabelecimento do vínculo de confiança entre o paciente, a família e a equipe de saúde e proporciona tranquilidade e confiança, com vistas a aumentar o bem-estar, aliviar o sofrimento e promover um cuidado humanizado (PICOLLO; FACHINI, 2018). Nesse aspecto, destaca-se o papel dos profissionais de enfermagem, essencialmente dos técnicos, uma vez que, por meio dessa estratégia, podem-se criar laços de confiança com o paciente e a família e dispor de mais possibilidades de participar ativamente do processo saúde-doença.

Logo, esses profissionais precisam empregar a comunicação para proporcionar uma assistência efetiva e integral, porque ela é subsidiada por uma relação de atitude, de

cooperação e de sensibilidade e é um importante impulsionador da relação entre o profissional de enfermagem e o paciente em condição terminal (MUNHOZ *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016; PICOLLO; FACHINI, 2018). Quando esse profissional emprega a comunicação de forma verbal e não verbal, consente que o paciente participe das decisões e dos cuidados específicos relacionados à doença e se submeta a um tratamento digno (SOUZA *et al.*, 2017).

A despeito dessa importância, considera-se fundamental desenvolver estudos que contribuam para fortalecer a assistência de enfermagem, empregando os cuidados paliativos norteados por teorias que alicercem essa prática. Nesse sentido, buscou-se um arcabouço teórico de enfermagem que amparasse a filosofia paliativista que se propõe a proteger a vida em sua plenitude, mesmo em situações limítrofes, para que o doente usufrua de bem-estar enquanto vivencia o processo de terminalidade. Nessa perspectiva, ressalta-se a Teoria do Final de Vida Pacífico (*Theory of the Peaceful End of Life*), como referencial desta pesquisa, devido à semelhança de seus conceitos e pressupostos com os princípios dos cuidados paliativos, porquanto ambos têm o objetivo de promover um processo de morte e de morrer com qualidade, com o alívio dos sintomas físicos, psicossociais e emocionais, e incluem o próprio paciente nas decisões a serem tomadas, propondo o alívio dos medos e ansiedade, reais e/ou percebidos, para o paciente e sua família.

A Teoria Final de Vida Pacífico, criada em 1998 pelas enfermeiras *Cornelia Ruland e Shirley Moore*, consente que o profissional da área de Enfermagem conheça a complexidade do cuidado dispensado a um paciente em condição terminal e como pode cooperar para que ele tenha um fim de vida com menos sofrimento (RULAND; MOORE, 1998).

Estudo reflete sobre as vantagens que essa teoria pode proporcionar aos pacientes sob cuidados paliativos no final da vida, porquanto a maioria dos estudos destinados a ela é feita em unidades de terapia intensiva, onde a complexidade do cuidado e a grande quantidade de cuidados técnicos e instrumentais podem ir de encontro a um fim de vida pacífico (RAMÍREZ, GONZÁLEZ; ARIAS, 2016).

Ante o exposto, é inegável a relevância da comunicação para os cuidados paliativos na literatura nacional, em particular, na área de Enfermagem, porque são poucos os estudos que abordam o processo de comunicação com pacientes na fase final de vida. Por essa razão, surgiu o interesse em desenvolver um estudo com o objetivo de identificar as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem para a promoção de um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, embasada na Teoria do Final de Vida Pacífico. Na elaboração deste manuscrito, foram levados em consideração os critérios para relatórios de estudos qualitativos inseridos na lista de verificação COREQ (*Guideline Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Dentre os critérios, foram seguidos e destacados no percurso metodológico desse estudo: desenho do estudo, amostragem, características e descrição da amostra, razões para selecionar os participantes, método de abordagem, descrição da explicação da pesquisa para os participantes, tipo de participação, método de coleta dos dados, descrição do entrevistador, relação entre o pesquisador e os participantes e descrição detalhada da análise.

O cenário da investigação foram as unidades de internação de um hospital de caráter filantrópico, localizado no município de João Pessoa – PB, que tem uma capacidade instalada de 110 leitos para cuidados prolongados. Em unidades como a desse hospital, os profissionais vivenciam, com constância, o cuidado com pacientes cuja doença já não responde aos tratamentos curativos. O processo de inserção da pesquisadora nesse cenário aconteceu, inicialmente, por meio do contato com a coordenadora geral do setor referido, a qual foi informada da proposta da pesquisa e encaminhou a pesquisadora aos técnicos de enfermagem do referido setor.

Participaram da pesquisa técnicos de enfermagem que prestam cuidados direcionados ao paciente em condição terminal, selecionados por meio da amostragem intencional, por meio dos seguintes critérios: profissional que estivesse em atividade laboral na fase empírica do estudo, nas unidades de internação e que tivesse, no mínimo, um ano de experiência no âmbito assistencial. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias ou de licença médica durante a coleta dos dados. Assim, a amostra foi constituída de quinze técnicos de enfermagem.

A coleta do material empírico foi realizada no período de fevereiro a maio de 2019, individualmente, com cada técnico de enfermagem, na instituição selecionada para o estudo, em local reservado, e durou, aproximada, 40 minutos. Para viabilizá-la, empregou-se a técnica de entrevista semiestruturada, com questões relacionadas aos conceitos da Teoria do Final de Vida Pacífico. Para isso, foi utilizado o sistema de gravação. A coleta somente foi iniciada depois que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB), conforme o CAAE: 04101418.1.0000.5178. O

estudo foi realizado considerando-se as observâncias éticas contempladas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), no que concerne às normas e às diretrizes regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Para identificar os sujeitos e preservar-lhes o anonimato, utilizou-se como código a inicial T, seguida dos algarismos arábicos correspondentes à ordem dos questionários na planilha do Excel 2010, como, por exemplo: T1, T2...T15.

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise manual, por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016). Os passos metodológicos dessa técnica incluíram as seguintes fases: a de pré-análise, em que foram transcritas as entrevistas e feita a leitura flutuante para definir o *corpus*, de acordo com os objetivos do estudo; e a de exploração do material, em que foi codificado e decomposto o *corpus* do material empírico. As entrevistas transcritas foram lidas várias vezes, para identificar os temas emergentes. Em seguida, as transcrições foram codificadas. Por meio da identificação das unidades de registro e das unidades de contexto, realizou-se a categorização. Na última etapa, denominada de tratamento dos resultados, foram feitas inferências para esclarecer o que ficou latente nos discursos dos participantes, e a interpretação foi orientada pela Teoria do Final de Vida Pacífico.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 15 técnicos de enfermagem- dez do sexo feminino e cinco do masculino - cujas idades variaram de 24 a 50 anos, com predomínio de 30 a 38 anos. Em relação ao tempo de trabalho na instituição selecionada, tinham entre dois e oito anos. Todos os participantes afirmaram vivenciar na prática cotidiana o cuidado com pessoas em fase final de vida.

Quanto ao processo de categorização, configurou-se como a representação das falas de cada técnico de enfermagem, fundamentadas em um processo reflexivo à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. Com o referencial, foi viável identificar as estratégias de comunicação para proporcionar o alívio da dor e do sofrimento, conforto, paz e o vínculo entre os técnicos de enfermagem e o paciente em condição terminal, com a construção de duas categorias que reproduziram as intenções dos técnicos de enfermagem: I. Comunicação verbal e não verbal como estratégia para proporcionar o alívio da dor, conforto e paz para pacientes sob cuidados paliativos na fase final de vida; II. A comunicação como estratégia para fortalecer o vínculo entre o profissional de enfermagem e o familiar, com ênfase na promoção de um final de vida pacífico para o paciente.

Categoria 1. Comunicação verbal e não verbal como estratégia para proporcionar o alívio da dor, conforto e paz para pacientes sob cuidados paliativos na fase final de vida

A categoria 1 ressalta as estratégias de comunicação empregadas pelos técnicos de enfermagem nos cuidados com o paciente sob cuidados paliativos na fase final de vida, as quais são sobremaneira importantes para uma assistência individual, holística e humanizada que, consequentemente, promove conforto e paz e alivia a dor. Nos relatos desses profissionais, há explanações em que eles sinalizam a preocupação em atender às necessidades dos pacientes por meio da comunicação verbal e da não verbal:

Uso o diálogo, utilizando palavras de carinho e conforto, a fim de aliviar o sofrimento [...] procuro ouvir, de respeitar e de entender os seus argumentos, mesmo que ele não fale, mas tento entender os gestos. Sempre falando em Deus porque só ele irá aliviar todo seu sofrimento e estará com ele sempre, eu tento transmitir paz [...] ele fica em paz, quando recebe os cuidados necessários, a atenção dos profissionais, que de alguma forma está fazendo de tudo para aliviar a sua dor [...]. (T1)

[...] através de gestos, eu me comunico com aqueles pacientes que não falam, se o paciente estiver com dor, fome ou sede, eu converso com eles, tento, através do toque, de gestos e do carinho, faço o possível para atender essas necessidades e transmitir a paz que eu posso. Já que o mesmo, muitas vezes, não tem condições de se comunicar verbalmente. (T2)

Valorizo a conversa e o diálogo [...] eu me comunico sempre com palavras de carinho, conforto e esperança para todos os pacientes, sempre trabalho com alegria e sorriso no rosto [...] a gente fornece paz e dignidade assim. (T3)

[...] observar através de gestos e do toque se o paciente estiver com dor, fome, sede, já que o mesmo, muitas vezes, não tem condições de se comunicar verbalmente. (T4)

Incentivo o paciente sempre a se comunicar, dando forças e conforto [...]; converso sempre que possível, diálogo com o paciente, mesmo que ele não responda, para, assim, ele ter paz. (T5)

Eu sempre converso com eles, procuro passar uma palavra de confiança, tocar, cuidar [...], está sempre com sorriso no rosto para atender eles [...] sempre comunicar de uma forma clara e segura para promoção de conforto e alívio do sofrimento [...] na hora que sentem dor eles se comunicam com gestos faciais. (T6)

Primeiro eu tento interagir com paciente, conversar, dialogar com ele e assim transmitir a paz. Se não conseguir, eu tento através de gestos, do olhar, do carinho [...] fico fazendo gestos para ver se ele entende. [...] uso palavra de conforto e de amor para atender as necessidades emocionais e físicas, como a dor. (T7)

Eu trato todos os pacientes bem sempre utilizando palavras de conforto e carinho, procuro conversar e saber se está com algum sintoma, para que eu possa melhorar, mas muitas vezes, ele não fala, então fico falando para ver se ele escuta. (T8)

Costumo dar bastante atenção naquele momento, conversando e perguntando se está tudo bem, se está sofrendo alguma dor e se quer falar algo, sempre olhando no olho

deles, mesmo que eles não falem, mas muitas vezes entendemos com o olhar [...] a maioria geme, chora baixinho aponta com o dedo para o local da dor eu os pergunto onde dói, para tentar amenizar essa dor. (T9)

Converso com ele, tentando dar uma palavra de paz e tranquilidade para ele. [...] tento chegar perto e tocá-lo, ouvindo, escutando tudo quando ele pode falar e tocando quando ele não pode. Sempre fico alisando quando possível, porque eu sei que ele está sofrendo. (T10)

[...] eu converso com ele, procuro fornecer conforto e paz, pergunto sobre as suas necessidades. Com aqueles pacientes que não se comunicam eu utilizo o gesto, o carinho e sempre tento falar também, porque eu sei que ele me escuta. (T11)

Fornecendo atenção naquele momento, conversando e buscando saber das suas necessidades, buscando entender o seu olhar, e utilizando gestos e carinho. (T12)

Eu converso passando, sempre que possível, a palavra de confiança, utilizando o toque, o cuidado e o carinho[...] procurando formas para aliviar a sua dor, visto que com uma boa conversa e com a minimização da dor, ele consegue se sentir mais confortável e ter paz. (T13)

Diálogo com ele, muitas vezes, mesmo sabendo que ele não pode se comunicar, mesmo que ele não responda, eu forneço atenção e conforto [...] procuro aliviar as suas dores, como eu posso. (T14)

Procuro me comunicar de uma forma clara, segura e com atenção para promoção da qualidade de vida do paciente, sempre olhando no olho deles, através de gestos e carinho. (T15)

Nesses relatos, e os técnicos de enfermagem destacam a importância do diálogo, da escuta, dos gestos, do olhar, do toque, do silêncio e do carinho, para promover uma assistência integral e humanizada para o paciente em cuidados paliativos na fase final de vida.

Categoria 2. A comunicação como estratégia para fortalecer o vínculo entre o profissional de enfermagem e o familiar, com ênfase na promoção de um final de vida pacífico para o paciente

Nessa categoria, os entrevistados resgataram a importância da comunicação como estratégia para fortalecer os vínculos entre o técnico de enfermagem, o paciente na fase final da vida e seus familiares. Também elucidaram que a família é o elo fundamental no processo de cuidado com o paciente e que, para se fortalecer o vínculo com eles, é imperativa uma boa interação entre o profissional de enfermagem, os pacientes e seus familiares:

Utilizo o diálogo, uma palavra de carinho e conforto, o sorriso, para com os familiares do paciente na fase final [...] a presença da família é essencial nesse

período, pois a partir do momento que o familiar está dando apoio, ele também pode nos auxiliar na assistência e nos comunicar acerca dos sintomas do paciente. (T1)

[...] a minha assistência é feita com muito respeito e carinho, sempre utilizando o diálogo com os familiares, a fim de fortalecer o processo de confiança com o familiar e o paciente e assim transmitir o bem-estar dos mesmos. (T2)

Conversando e dialogando com a família diariamente fazendo parte da história de cada um deles, para que aumente a nossa interação com o paciente e com eles. [...] para a assistência é essencial a comunicação entre a equipe e a família, estabelecendo a confiança e o respeito. (T3)

Devemos também atender os familiares que acompanham os pacientes, tendo em vista que eles são essenciais nesse momento, podendo saber observar através de gestos se o paciente estiver com dor, fome e sede [...] a escuta dos familiares é muito importante para o fortalecimento do vínculo, promoção de respeito e dignidade [...] E respeito é a base de tudo, sempre respeito. (T4)

A conversa com a família do paciente é primordial, procurando saber se o paciente tem dor, se tem algum desconforto, acreditando sempre que eles podem nos auxiliar na assistência. [...] a interação com a família é muito importante. (T5)

É muito importante a conversa com a família, o sorriso para o paciente e a família, a fim de saber os sentimentos e de fortalecer a união com estes, deixando todos juntos, para que o paciente possa sentir esse carinho. (T6)

Eu me comunico sempre com a família, tanto para o fortalecimento do vínculo, quanto para saber sobre os sintomas do paciente, mas é necessário saber respeitar as limitações tanto dos pacientes quanto deles [...] a família é essencial na comunicação dos sintomas do paciente. (T7)

Eu procuro ver as necessidades do paciente de forma individual, respeitosa e com dignidade [...] quando os pacientes não se comunicam procuro ouvir a família, vendo a necessidade deles através da família e também as deles, que muitas vezes sofrem junto. [...] a família é inclusa na assistência de modo participativo, através do diálogo. (T8)

Converso sempre com a família de forma respeitosa, buscando saber das necessidades dos pacientes e procurando dá a eles o conforto necessário. [...] falo para eles terem fé. [...] o diálogo auxilia na interação e na confiança com eles. (T9)

Converso com os familiares, tratando-os respeitosamente, dizendo que cuidados eu estou prestando, [...], tento sempre dar uma palavra de conforto e paz, pois eles sofrem junto com o paciente. [...] a família é um elo importante na nossa relação com o paciente. (T10)

Procuro fornecer conforto e tranquilidade, conversando com a família sempre fazendo o possível para fortalecer a interação entre eles e o paciente. (T11)

Através da conversa eu tento dar conforto e confiança para os pacientes e a sua família [...] sempre trabalho de forma empática, interagindo com eles, para que os pacientes e a sua família se sintam mais confortável no ambiente. (T12)

Busco interagir muito com os familiares, pois na maioria das vezes eles passam mais tempo com o paciente e sabem ver as necessidades do paciente de forma individual. (T13)

Procuro ter conversas com a família, tentando dar uma palavra de conforto e de tal modo transmitir a paz e aumentar o vínculo com eles, tratando-o de uma forma respeitosa e aliviando as suas dores. (T14)

Tento através da conversa diminuir o sofrimento da família, oferecendo mais conforto, dignidade, com muito respeito, promovendo um ambiente com tranquilidade. (T15)

Os relatos denotam que a comunicação é uma estratégia fundamental para o estabelecimento de vínculos entre a tríade paciente-família-profissional. Além disso, averigua-se a valorização da dignidade e do respeito como uma ferramenta imprescindível para esse processo.

DISCUSSÃO

A comunicação é um processo ativo, que envolve o estabelecimento de vínculo entre o profissional de enfermagem e o paciente sob cuidados paliativos, potencializa a difusão da mensagem e diminui as dificuldades de verbalizar, quando se trata de comunicação não verbal, sendo essencial para que paciente que vivencia a finitude da vida tenha um final de vida pacífico (ALMEIDA; GARCIA, 2015; SILVA; SANTOS; CASTRO, 2016).

Na primeira categoria, os discursos dos profissionais participantes do estudo ressaltam, de modo enfático, a importância da comunicação verbal e da não verbal como estratégias para proporcionar assistência de enfermagem para os pacientes em cuidados paliativos na fase final de vida. Esclarecem, ainda, que o estabelecimento de uma comunicação efetiva é sobremaneira relevante, para oferecer uma assistência terapêutica integral e, consequentemente, um final de vida pacífico para eles. Nesse contexto, a comunicação se destaca como uma ferramenta empregada para proporcionar conforto e paz e controlar a dor desses pacientes.

A comunicação verbal configura-se como uma emissão de palavras e de diálogo. Por meio dela, o profissional de enfermagem pode se apropriar de diversas técnicas para estabelecer um relacionamento interpessoal positivo com o paciente. Quanto à comunicação

não verbal, é ela que insere emoção na fala e é caracterizada pelo modo e pelo tom de voz com que as palavras são ditas, através de gestos que acompanham o discurso; por olhares e expressões faciais; o contato físico, o toque, o carinho; e a promoção de conforto (PINELI *et al.*, 2016; LANGARO, 2017), com vistas a promover um final de vida pacífico. Esses recursos foram destacados pelos participantes do estudo.

Pesquisas apontam a preocupação dos profissionais de enfermagem em atender às necessidades dos pacientes e ressaltam a importância do olhar, do toque, da expressão facial, do carinho e da promoção do conforto, como formas de se relacionar com eles (LUIZ *et al.*, 2018; ALMEIDA, 2015). Dessa forma, a comunicação não verbal empregada pelos profissionais de enfermagem é um fator determinante para o estabelecimento do vínculo de confiança do qual depende o cuidado ao paciente sem possibilidade de expressar-se verbalmente.

No que diz respeito à escuta ativa, foi mencionada no discurso de dois participantes: “[...] ficar em silêncio e escutá-lo quando necessário” (T6); *tento chegar perto [...], ouvindo, escutando tudo, quando ele pode falar.* (T10). Vale ressaltar que a escuta não é apenas uma estratégia, mas também um conjunto de sinais verbais e não verbais emitidos pelo profissional, como o silêncio, os sinais faciais que denotam interesse, o olhar, a aproximação física e o uso de frases curtas para encorajar o paciente a prosseguir com a fala (SILVA *et al.*, 2017). Também é utilizada para perceber as inquietações, as dúvidas e os anseios em relação às condutas adotadas pela equipe no cuidado dispensado ao paciente sob cuidados paliativos (QUEIROZ *et al.*, 2018).

Quando as estratégias de comunicação são utilizadas de forma adequada, proporcionam conforto ao paciente sob cuidados paliativos (ALMEIDA, 2015), já que aliviam seu sofrimento e atendem às suas necessidades biopsicossociais, conforme elucidado nas falas dos técnicos de enfermagem (T1, T3, T5 e T7). Logo, o conforto é indispensável para integralizar e humanizar o cuidado na finitude da vida (LIMA *et al.*, 2018). Tal fato vai ao encontro dos pressupostos elencados na Teoria do Conforto, proposta por Kolcaba em 1992 (KOLCABA, 1992) e que serve de base para a Teoria do Final de Vida Pacífico (RULAND; MOORE, 1998). A Teoria do Conforto define o conforto como uma experiência holística imediata para satisfazer às necessidades físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais do paciente.

Assim, na Teoria do Conforto, os profissionais de enfermagem realizam ações para aumentar o nível de conforto dos pacientes (KOLCABA, 1992) e na Teoria do Final de Vida

Pacífico, eles os auxiliam a ter uma morte pacífica (RULAND; MOORE, 1998; RAMÍREZ, GONZÁLEZ; ARIAS, 2016). A experiência de conforto e de alívio do desconforto, o relaxamento e a satisfação são conceitos que sustentam a Teoria Final de Vida Pacífico, proporcionam bem-estar ao paciente e contribuem para um fim de vida pacífico (RULAND; MOORE, 1998).

Outro aspecto mencionado nos relatos dos profissionais foi a promoção da paz por meio da comunicação verbal e da não verbal. De acordo com as teóricas Ruland e Moore (1998), está em paz envolve uma sensação de calma, de harmonia e de contentamento. Isso significa não ser incomodado por ansiedade, nervosismo, preocupações e medo, o que proporciona mais tranquilidade nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais.

Pesquisa evidencia que a Enfermagem, além da capacidade de executar procedimentos técnicos em nível avançado, porque a essência do seu trabalho é o cuidado, é capaz de acessar os aspectos integrais, principalmente nos níveis emocionais e espirituais, de forma a objetivar a transpessoalidade, por meio da comunicação e da empatia, que podem desenvolver e manter a harmonia e a confiança necessárias para esse processo. Assim, os profissionais de enfermagem são responsáveis por um olhar holístico, que contempla, no processo de cuidar, as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano. Sob essa ótica, a compreensão do fenômeno espiritualidade é essencial para ofertar uma assistência de enfermagem de boa qualidade (EVANGELISTA *et al.*, 2016; ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Outro ponto merecedor de destaque, relatado pelos profissionais inseridos no estudo, foi sobre o controle da dor. Para as teóricas, não estar com dor significa evitar que o paciente experimente sofrimento ou desconforto, uma vez que a dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável, causada por um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Logo, a teoria guarda em seus conceitos a busca da Enfermagem por minimizar a dor e o desconforto sofrido pelo paciente em condição terminal, prestando o melhor atendimento possível e utilizando-se de medidas de tecnologia e de bem-estar, a fim de promover sua saúde e prestar uma morte pacífica (RULAND; MOORE, 1998).

Percebe-se, então, que a equipe de enfermagem tem uma posição essencial no contexto de avaliação e tratamento da dor do paciente sob seus cuidados, principalmente no que se refere à escuta, à identificação das necessidades e à instrumentalização para o agir (CASTRO; PEREIRA; BASTOS, 2018).

Estudo realizado em Cartagena, na Colômbia, a respeito da aplicação da Teoria Final de Vida Pacífico em um paciente de 24 anos com osteossarcoma em estágio terminal, no qual se utilizou o processo de enfermagem com as intervenções baseadas nos conceitos dessa teoria, evidenciou que as experiências do paciente de estar em paz, não ter dor, sentir bem-estar, ter dignidade e respeito e estar próximo de amigos ou pessoas importantes, contribuem para que o final de vida seja tranquilo e atenda às suas necessidades biopsicossociais e espirituais (ANAYA *et al.*, 2018).

Convém enfatizar que a utilização de estratégias para uma boa comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, é de suma importância para que se possam conhecer as necessidades biopsicossociais e espirituais dos pacientes, visando a uma interação positiva entre eles e os técnicos de enfermagem. Através delas, os profissionais podem se apropriar de diversas técnicas para proporcionar uma assistência integral ao paciente sob cuidados paliativos na terminalidade, sobretudo conforto, paz e alívio da dor, a fim de que ele tenha um final de vida pacífico.

A segunda categoria revela que a comunicação com os pacientes que estão na fase final de vida sob cuidados paliativos e sua família é muito importante para que os técnicos de enfermagem possam proporcionar um serviço de boa qualidade (ANDRADE *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, a comunicação é um instrumento que promove o controle da sintomatologia do paciente, a confiança, a tranquilidade, a paz e o respeito/dignidade da família desses pacientes, conforme demonstram as falas reveladas nos depoimentos, que vão ao encontro dos conceitos da Teoria Final de Vida Pacífico.

Verifica-se, então, a valoração da disseminação dos conceitos dessa teoria para a comunicação de pacientes e de familiares, para que a doença, na fase final da vida, seja mais amena e possibilite que o paciente e sua família caminhem em conjunto com a equipe de enfermagem (STREBL, 2013; RULAND; MOORE, 1998). Autores enfatizam, ainda, que a escuta ativa, o diálogo aberto e as atitudes humanizadas contribuem para que o profissional de enfermagem proporcione uma comunicação efetiva e uma assistência em consonância com os desejos e as necessidades do paciente (COGO *et al.*, 2017).

Há que se ressaltar que a comunicação efetiva entre o técnico de enfermagem, o paciente e a família, é sobremaneira relevante para o cuidado de enfermagem, a fim de que se possa avaliar e conhecer bem mais a sintomatologia e as necessidades dos pacientes, com agilidade e compreensão, e lhes possibilitar uma assistência terapêutica individual. Isso se justifica porque, nessa fase da vida, são apresentadas diferentes necessidades às suas famílias

(ANDRADE *et al.*, 2017; BERNARDES *et al.*, 2019; ANDRADE *et al.*, 2019), conforme elucida os discursos supracitados (T1, T4, T5, T6, T7, T8, T13).

Estudo realizado com técnicos de enfermagem de um hospital de Belo Horizonte demonstrou que os profissionais de saúde percebem o acompanhante como essencial na rotina enfrentada pelo paciente em fase final de vida e ressalta que esses profissionais devem inserir o acompanhante no processo de cuidar para que se sinta simultaneamente acolhido e corresponsável por ele, porquanto o familiar necessita de espaços de interação que estimulem a convivência entre os próprios acompanhantes e os profissionais da equipe. Como resultado, a criação de vínculos por meio da comunicação se efetiva com melhorias na qualidade da assistência prestada. Assim, quando se estabelece uma comunicação efetiva entre o técnico de enfermagem e o familiar, as necessidades dos membros envolvidos são identificadas, e isso reduz os desentendimentos e o desgaste nas relações (BERNARDES *et al.*, 2019).

É mister destacar que, com o diálogo entre o técnico de enfermagem e a família do paciente na fase final da vida, podem-se descobrir muitos anseios e medos, esclarecer várias dúvidas (ANDRADE *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2019) e manter uma relação de respeito que valorize a dignidade do paciente e de seus familiares. A Teoria do Final de Vida Pacífico (RULAND; MOORE, 1998) preconiza que esses fatores são de suma relevância para a família nessa fase da vida, para se ter um final de vida mais tranquilo, e não, simplesmente, completar as tarefas do cotidiano hospitalar na família do paciente.

Outro ponto destacado nos trechos dos depoimentos dos participantes do estudo (T2, T3, T4, T7, T8, T9, T10, T13, T14, T15) foi a questão da dignidade e do respeito, efetivados por meio da comunicação efetiva dos técnicos de enfermagem com a família e os pacientes em fase terminal. De acordo com a teoria, a experiência de dignidade e o respeito evidencia o paciente em condição terminal como um ser único, que é parte de um meio social, cujos eventos e sentimentos da experiência no final da vida são pessoais e individuais, portanto suas vontades devem ser consideradas, e eles devem ser incluídos nas tomadas de decisão, sem descartar seu direito de defesa, mesmo que ele esteja em condição de dependência, não devendo o mesmo ser exposto a situações que violem a sua integridade e os seus valores. A teoria também deixa claro que é necessário incluir a família nesse processo (RULAND; MOORE, 1998). Portanto, os técnicos de enfermagem devem incluir o paciente e sua família nas decisões que devem tomar sobre o atendimento, tratá-los com dignidade, empatia e respeito e estar atentos às suas necessidades, aos seus desejos e às suas preferências (RAMÍREZ, GONZÁLEZ; ARIAS, 2016; ANAYA *et al.*, 2018).

Convém enfatizar que o cuidado prestado pelos técnicos de enfermagem aos pacientes é permeado por uma relação autêntica com os familiares. Essa relação ocorre porque esses profissionais passam a maior parte do tempo dispensando sua assistência ao paciente e à sua família e acabam criando um vínculo maior com eles. Estudo (LUIZ *et al.*, 2018) enfatiza que a comunicação da equipe de enfermagem é um fator determinante para o estabelecimento do vínculo de confiança do qual depende o paciente em cuidados paliativos. Então, é imperativa a comunicação dos técnicos de enfermagem com a família, a qual representa a interface entre o doente e os profissionais.

Nesta pesquisa, a Teoria do Final de Vida Pacífico, como eixo norteador para assistência de enfermagem, direcionada ao paciente em cuidados paliativos na fase final de vida, contribui para que as ações visem estabelecer um contato interpessoal entre o profissional e o paciente e, conseqüentemente, fortalecer o vínculo, promover a paz, valorizar o respeito e a dignidade do mesmo e assegurar a continuidade do cuidado, com ênfase nas suas necessidades individuais até a fase de terminalidade.

Salienta-se que houve limitações no estudo, como o quantitativo reduzido de participantes, bem como a incipiência de dados empíricos na Enfermagem brasileira acerca dos técnicos de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos, norteados pela Teoria do Final de Vida Pacífico, o que antepara a generalização dos resultados. Assim, recomendam-se estudos futuros, para que novos elementos possam emergir, de forma a suscitar a ampliação do conhecimento sobre a comunicação como uma estratégia fundamental para respaldar a prática dos cuidados paliativos direcionada ao paciente na fase final de vida, embasados em teorias de enfermagem.

CONCLUSÃO

Cuidar, em Enfermagem, é um processo de relação mútua entre seres humanos. Nessa relação, a comunicação é um elo em seu desenvolvimento, já que é concebida pelos profissionais como um dos instrumentos mais relevantes nos cuidados paliativos.

Neste estudo, o referencial teórico utilizado proporcionou o alcance dos objetivos propostos, tendo em vista que, no cuidado com o próximo, a Teoria Final de Vida Pacífico apresenta um arcabouço teórico de enfermagem que sustenta a filosofia paliativista, a qual se propõe a proteger a vida em sua plenitude, a aliviar os medos e a ansiedade, reais e/ou percebidos, dos pacientes e de sua família, mesmo em situações limítrofes, para que desfrutem de bem-estar.

A evidência desse fato surgiu na discussão a respeito das categorias por meio dos relatos de um cuidado que tem como base a utilização da comunicação verbal e da não verbal, para que se possam conhecer as necessidades biopsicossociais e espirituais dos pacientes, visando a uma interação positiva entre eles e os técnicos de enfermagem. Nesse sentido, destacou-se a importância da comunicação como estratégia para promover paz, tranquilidade, respeito e dignidade e controlar a dor, a fim de respeitar a individualidade do outro e conduzir um final de vida pacífico, com uma assistência integral e com menos sofrimento tanto para o paciente quanto para sua família.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>>. Acesso em: 27 de fev. 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Resolução n 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2018.
- Radbruch L, Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, *et al.* Redefining Palliative Care: a New Consensus-based Definition. *J Pain Symptom Manage*, 2020; 6(20):30247-5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
- Lima CP, Machado MA. Main caregivers facing death experience and its meanings. *Psicol Ciênc Prof*. 2018;38(1):88-101. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>
- Silva HÁ, Viana, GKB, Girã AK. Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros. *Rev enferm UFPE on line*, 2018; 12(5): 1325-30.
- Luiz MM, Mourão-Netto JJ, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. *Rev Fund Care Online*, 2018; 10(2): 585-592.
- Santos EAA. Barriers associated with palliative care in dementia: a review of the literature. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018; 12 (2):105-12. doi: 10.5327/Z2447-211520181800014.
- Hawthorn M. The importance of communication in sustaining hope at the end of life. *Br J Nurs*. 2015 Jul 9-22;24(13):702-5. doi: 10.12968/bjon.2015.24.13.702.
- Picollo DP, Fachini Mérlim. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Rev Ciênc Med*. 2018;27(2):85-92. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>.
- Munhoz BA, Paiva HS, Abdalla BMZ, Zaremba G, Rodrigues AMP, Carretti MRC, *et al.*. From one side to the other: what is essential? Perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care. *Einstein*, v.12, n.4, p. 485-91, 2014.

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.

Souza HLR, Lacerda LCA, Lira GG. Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line.*, 2017; 11(10): 3885-92.

Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook.*, 1998; 46(4).

Ramírez OJG, González GMC, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2016; 17(1): 60-79. doi : <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 2007; 19(6): 349-357, 2007.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União*. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 de fev. 2020.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.

Almeida KLS, Garcia DM. Use of communication strategies in palliative care in Brazil: Integrative Review. *Cogitare Enferm.*, 2015; 20(4): 720-727.

Silva CLM, Bertoncelo C, Barros APB, Padovani M. Caracterização dos recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2017; 19(6): 879-888.

Pineli PP, Krasilcic S; Suzuki FA, Maciel MGS. Cuidado Paliativo e diretrizes curriculares: inclusão Necessária. *Rev. bras. educ. med.*, 2016; 40(4):540-46.

Langaro F. “Salva o Velho!”: relato de atendimento em psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Psicol. cienc. prof.* 2017; 37(1): 224-235.

Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinho DTR, Galiza FT, Freitas, MC. Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. *Texto Contexto Enferm*, 2018, 27(1):1-10.

Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Adv. Nurs. Sci.*, 1992; 15(1): 1-10.

Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abraão FMS, Batista PSS, Oliveira RCO. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. *Esc Anna Nery*, 2016; 20(1):176-182.

Arrieira ICO, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. Esc. Anna Nery, 2017; 21(1): e20170012.

Castro CC, Bastos BR, Pereira AKS. Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(11):3009-14, nov., 2018.

Anaya YM, García-Llano LM, Rodriguez MH. Nursing care: death with dignity: applying end of life theory. Asian Academic Research Journal of Multidisciplinary, 2018; 5(3):66-76.

Andrade GB; Pedroso VSM; Weykamp JM; Soares LS; Siqueira HCH; Yasin JCM. Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. J. res.: fundam. care. Online, 2019; 11(3): 713-17.

Andrade CG, Costa SFG; Costa ICP; Santos KFO; Brito, FM. Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. Rev Fund Care Online, 2017; 9(1): 215-221.

Strebl M. Respekt und empathie: theory of peaceful end of life und ihre umsetzung am beispiel der palliativstation St. Raphael. ProCare. 2013, 18(6):1-3.

Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. Rev Gaúcha Enferm, v. 38, n.4, p.e65617, 2017.

Bernardes JF, Nolasco FF, Jardim ASL, Cunha GR, Takeshita IM, Barroso RAA. O acompanhante do paciente oncológico em condição terminal: percepção do técnico de enfermagem. Rev Enferm., 2019; 37(1): 27-37.

4.2 Artigo 03: Cuidados paliativos e comunicação: estudo com familiares à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico

CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO: ESTUDO COM FAMILIARES À LUZ DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO

RESUMO

Objetivos: analisar a contribuição do cuidado de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico; e investigar a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos, segundo os depoimentos de familiares.

Método: estudo de campo de natureza qualitativa, do qual participaram 15 familiares de pacientes internos em unidade de cuidados prolongados sob cuidados paliativos e em fase final de vida, no período de fevereiro a maio de 2019. Para a coleta dos dados, foi empregada

a técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados qualitativamente por meio a técnica de análise de conteúdo e à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. **Resultados e Discussão:** da análise do material, emergiram duas categorias: ‘A comunicação de profissionais de enfermagem como estratégia para promover conforto, paz, dignidade e respeito para pacientes e familiares em cuidados paliativos’; ‘A presença e o diálogo de pessoas importantes para o paciente sob cuidados paliativos são fundamentais para um final de vida pacífico.’ **Conclusão:** o ato de cuidar, em Enfermagem, embasado na Teoria do Final de Vida Pacífico, com ênfase na comunicação, é essencial para proporcionar conforto, paz, dignidade e respeito ao paciente terminal e sua família e aproximá-lo de pessoas importantes para ele, o que é essencial para que tenha um final de vida tranquilo.

Descritores: Cuidados paliativos. Comunicação. Família. Teoria de enfermagem. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A nova era tecnológica e científica que as ciências da saúde presenciam está imersa no paradoxo entre vida e morte. Se, de um lado, o desenvolvimento terapêutico objetiva possibilitar mais expectativa de vida e reduzir as taxas de mortalidade, de outro, o incremento na prevenção do câncer e de doenças crônico-degenerativas, mesmo sem garantia de cura, exige uma melhora na qualidade de vida e uma morte digna (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019; SILVA; PACHECO; SOUZA, 2020). Nesse desafio imposto pela sociedade contemporânea, destacam-se os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos são definidos como os cuidados holísticos e ativos a indivíduos de todas as idades, que objetivam melhorar a qualidade de vida do paciente que enfrenta problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e da amenização do sofrimento, tendo como objetivo melhorar da qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores (BRASIL, 2018; WHO, 2018; RADBRUCH *et al.*, 2020). Para isso, são imprescindíveis a identificação precoce, a avaliação impecável e o tratamento da dor e dos sintomas decorrentes da fase final da vida, considerando não só o ponto de vista físico, mas também o emocional, o social e o espiritual (BRASIL, 2018; WHO, 2018). Então, como se baseia na ideia de um cuidado integral, esta proposta assistencial abrange não só o paciente acometido pela doença, mas também sua família, que é fundamental na unidade de cuidado, desde o momento do diagnóstico de uma doença, até o período de luto (ANDRADE *et al.*, 2017; LIMA; MACHADO, 2018).

Quando o paciente recebe o diagnóstico de uma doença avançada, que logo irá evoluir para a fase final de vida, a família sofre junto com ele e vivencia o impacto emocional

temendo a nova condição de vida de seu ente querido (PINHEIRO *et al.*, 2016). Então, como os grupos familiares expressam diferentes reações, é preciso compreendê-las para melhorar o cuidado. Nesse sentido, o cuidado assume uma importância imprescindível visto que os familiares têm necessidades específicas e apresentam níveis elevados de estresse, alteração do humor, ansiedade, sentimento de impotência e incertezas sobre o desconhecido durante o acompanhamento do seu familiar (BRITTO *et al.*, 2019).

Entende-se, nesse contexto, que a família também necessita de apoio para enfrentar a nova situação e se adaptar a ela. E como a equipe multidisciplinar, em especial, a da enfermagem, fica mais próxima dos familiares, é responsável por estabelecer estratégias de cuidado tendo como premissa a comunicação.

A comunicação é fundamental para estabelecer relações interpessoais, porque, além das palavras, envolve a escuta atenta, o olhar e a postura, portanto é uma ferramenta terapêutica eficiente para a promoção de um cuidado integral e humanizado e auxilia no reconhecimento e acolhimento das necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente e de seus familiares. Quando o profissional utiliza esse recurso verbal ou não verbal, os usuários podem participar das decisões e dos cuidados específicos e têm um tratamento digno (NICKEL *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2017). Portanto a comunicação com o paciente e com os membros da família é de extrema importância, para que os enfermeiros possam proporcionar um cuidado de boa qualidade, porque só por meio de uma comunicação efetiva com todos os membros é que esses profissionais estarão aptos a incluí-la na terapêutica dos cuidados paliativos (ANDRADE *et al.*, 2019).

Considerando a importância da comunicação no contexto dos cuidados paliativos, é fundamental desenvolver estudos que colaborem para fortalecer a prática de enfermagem, subsidiada por teorias que a alicercem. Por isso, esta pesquisa utiliza a Teoria do Final de Vida Pacífico (*Theory of the Peaceful End of Life*) para analisar o processo de comunicação da equipe de enfermagem com os familiares de pacientes sob cuidados paliativos na fase final de vida. A Teoria do Final de Vida Pacífico foi criada, em 1998, pelas enfermeiras *Cornelia Ruland* e *Shirley Moore*, com a finalidade de, a partir de intervenções de enfermagem e dos resultados esperados, melhorar a qualidade de vida de pacientes terminais e proporcionar-lhes um fim de vida pacífico (RULAND; MOORE, 1998). Essa teoria foi escolhida porque seus conceitos e pressupostos convergem com os princípios dos cuidados paliativos, que sugerem o alívio de medos e de ansiedade, reais e/ou percebidos, para o paciente e sua família.

Ressalta-se que no campo da Enfermagem, a literatura brasileira, é escassa no que diz respeito a produção científica direcionada aos cuidados paliativos na fase final de vida, na perspectiva de seus familiares, respaldados pela Teoria do Final de Vida Pacífico.

Assim, considera-se importante desenvolver pesquisas que contribuam para fortalecer a prática de enfermagem empregando os cuidados paliativos norteados por essa teoria. Por essa razão, surgiu o interesse por desenvolver este estudo, que teve os seguintes objetivos: analisar a contribuição do cuidado de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico; e investigar a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos, segundo os depoimentos de familiares.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, embasada na Teoria do Final de Vida Pacífico. Para garantir o rigor do manuscrito proposto, foram levados em consideração os critérios para relatórios de estudos qualitativos, presentes na lista de verificação COREQ (*Guideline Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*), (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Evidencia-se que, dentre os critérios, foram seguidos e destacados no percurso metodológico do estudo: desenho do estudo, amostragem, características e descrição da amostra, razões para selecionar os participantes, método de abordagem, explicação da pesquisa para os participantes, tipo de participação e método de coleta de dados, descrição do entrevistador, relação entre o pesquisador e os participantes e descrição detalhada da análise.

A pesquisa foi realizada em unidades de internação de um hospital que apresenta um serviço médico assistencial com unidade de cuidados prolongados, localizado no município de João Pessoa – PB. Vale ressaltar que esse hospital é referência em cuidados paliativos no estado da Paraíba.

Participaram da pesquisa familiares de pacientes hospitalizados com diagnóstico de doença sem possibilidades de cura sob cuidados paliativos, internados na instituição escolhida para o estudo. Quanto aos critérios de inclusão, foi selecionado um acompanhante familiar responsável pelo paciente com diagnóstico de doença crônica, na fase final de vida, conforme os escores da Escala de Performance Paliativa (PPS), menor ou igual a 30% e maiores de 18 anos.

A PPS é um instrumento validado e utilizado com frequência na medicina paliativa, para acompanhar a curva evolutiva da doença. Traz subsídios para as tomadas de decisão, a previsão de prognóstico e a definição de terminalidade (HO *et al.*, 2008). Nesta pesquisa, os pacientes foram categorizados em quatro fases: estável (PPS entre 70% - 100%), transicional (40% - 60%), final da vida (10% - 30%) e óbito (zero), conforme a classificação de Sutradhar *et al.* (2013). Logo, foram excluídos os familiares de pacientes com escore superior a 60% na escala. A amostra, que foi formada intencionalmente e envolveu a participação do pesquisador na escolha dos familiares, levando em consideração os critérios de inclusão, foi composta de quinze familiares.

O material empírico foi coletado no período de fevereiro a maio de 2019. Para coletá-lo, optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada, utilizando o sistema de gravação, com base em um roteiro previamente elaborado com questões relacionadas aos conceitos da Teoria do Final de Vida Pacífico. As entrevistas, que duraram, aproximadamente, 30 minutos, ocorreram em um local reservado na própria instituição selecionada para o estudo, em horários alternados (diurno e noturno), de acordo com a disponibilidade dos participantes, utilizando um equipamento de gravação de áudio.

Os dados obtidos a partir do instrumento proposto foram analisados qualitativamente, por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) e à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. A análise seguiu as seguintes etapas: a de pré-análise, em que se procedeu à transcrição das entrevistas e à leitura flutuante para definir o *corpus* de acordo com os objetivos do estudo; a de exploração do material, que consistiu em codificar e decompor o *corpus* do material empírico. As entrevistas transcritas foram lidas diversas vezes, a fim de identificar temas emergentes e, em seguida, as transcrições foram codificadas. Por meio da identificação das unidades de registro e das unidades de contexto, realizou-se a categorização. Na última etapa, denominada de tratamento dos resultados, foram feitas inferências para elucidar o que ficou latente nos discursos dos participantes. A interpretação foi norteadada, como já exposto, pela Teoria do Final de Vida Pacífico. Para identificar os participantes e preservar seu anonimato, utilizou-se como código a inicial F, seguida de algarismos arábicos correspondentes à ordem dos questionários na planilha do Excel 2010 (F1, F2...F15).

O estudo foi realizado considerando-se as observâncias éticas contempladas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne às normas e às diretrizes regulamentadoras da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa só foi iniciada depois que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB), conforme o CAAE: 04101418.1.0000.5178, bem como da anuência da direção do hospital selecionado para o estudo.

RESULTADOS

Dos quinze familiares participantes do estudo, onze eram do sexo feminino, e quatro, do masculino. Quanto à faixa etária, dois estavam com idades entre 20 e 29 anos; cinco, entre 30 e 39 anos; três, entre 40 e 49 anos; e cinco, entre 50 e 60 anos. No que diz respeito à escolaridade, sete cursaram o segundo grau completo; três, o ensino fundamental; quatro, o ensino médio; e um tem o nível superior. Em relação à afiliação religiosa, nove professavam a religião católica, quatro eram protestantes, e dois não tinham religião.

Sobre o processo de categorização, configurou-se como a representação do vivido, a partir dos relatos dos familiares dos pacientes sob cuidados paliativos em fase final de vida, ancoradas em um processo reflexivo à luz Teoria do Final de Vida Pacífico. Com o referencial, foi possível identificar a comunicação como estratégia para promover o conforto, a paz, a dignidade, o respeito e a proximidade com as pessoas importantes, com a construção de duas categorias que reproduziram as intenções dos familiares: I. A comunicação de profissionais de enfermagem como estratégia para promover conforto, paz, dignidade e respeito para pacientes e familiares em cuidados paliativos'; e II. 'A presença e o diálogo de pessoas importantes para o paciente sob cuidados paliativos são fundamentais para um final de vida pacífico.'

Categoria 1. A comunicação de profissionais de enfermagem como estratégia para promover conforto, paz, dignidade e respeito para pacientes e familiares em cuidados paliativos

Na categoria 1, os depoimentos dos familiares ressaltam a importância da comunicação para estabelecer vínculos e proporcionar conforto, paz, atenção, amor, alegria, carinho, dignidade e respeito, como mostram estes trechos dos relatos:

A comunicação é importante e necessária, porque mesmo o paciente não sendo consciente, ele vai sentir mais seguro e confortável quando se comunica, e quem tá acompanhando-o também [...] se o profissional for cuidando e conversando com amor e carinho tudo flui tranquilamente, com paz e conforto. (F1)

Quando os profissionais chegam, conversando com a minha mãe, brincando com ela, com alegria, a minha mãe fica feliz e em paz, e aí eu fico feliz também. [...] Sim, os profissionais de enfermagem respeitam, porque apesar de ser muita gente aqui, a gente vai, comunica a eles, as vezes demora um pouco, mas eles vêm realizar o atendimento (F2)

A conversa melhora o conforto e a paz dele [...]. Quando os profissionais conversam com ele eu sinto que ele está sendo respeitado, que seus direitos estão sendo atendidos (F3)

O conforto do hospital é feito com carinho, diálogo e paciência [...] quanto ao respeito, eles respeitam, na maioria das vezes. [...], o direito que ele tem é na visita, que apesar de tudo eles deixam entrar todo mundo se tiver lá fora, eles respeitam essa parte da visita. (F4)

Eles conversam conosco e nos respeitam. Normalmente eles vão lá, dão medicamento na hora que a gente chama. [...] sempre quando eles fazem alguma coisa que ela não quer, eles respeitam a vontade dela. (F5)

[...] A atenção e o diálogo são muito importantes para trazer paz prá gente. Eles deixam bem claro as coisas que estão acontecendo, já aconteceu de alguém chegar com a palavra e ele ficar mais tranquilo. Aqui eles fazem o que podem para melhorar o conforto. (F6)

Os profissionais têm aquele cuidado e se comunicam conosco, escutam você, atendem, tratam com carinho, com amor. [...] (F7)

A questão da individualidade, de saber a hora de se comunicar, são respeitadas. O pessoal de enfermagem sempre tem o cuidado de tratar cada um com individualidade, com carinho, respeito e dignidade [...] no caso da autonomia eles são respeitados naquele momento em que não estão com vontade de receber a medicação ou de fazer algum exame. (F8)

A comunicação ocorre com atenção, carinho e amor, a forma de interagir é tão importante quanto à medicação para nos transmitir o conforto, a tranquilidade e a paz necessária. Quando ao respeito, a equipe é muito profissional, até o momento, eles tentam fazer as vontades dela. Eu acho muito importante o direito de ser bem assistido. (F9)

A atenção que é dada, o auxílio ao acompanhante é muito importante, os profissionais chegam e falam diretamente para os dois, eles sempre vêm ver como é que ele está e assim nos respeitam, tratam com educação, conversam. (F10)

A atenção que é dada pelos profissionais. Eles tratam a gente com carinho, conversam, [...] os profissionais estão sempre na enfermaria, quando perguntamos ou diariamente eles nos passam a informação. (F11)

Eu acho importante a atenção, o cuidado, o diálogo com o paciente e com a gente também, porque nós sofremos com eles. Aqui eles fazem isso. O carinho, a alegria que eles transmitem, trabalho com amor, conversar, chamar pelo nosso nome, é muito gratificante para nós, aqui ele é respeitado. (F12)

O cuidado, carinho, diálogo, amor e atenção com o paciente e com a família, é muito importante para a paz e o conforto, os profissionais de enfermagem têm o cuidado para tratar cada um com individualidade, não tratar apenas com a parte técnica, mas com carinho com respeito e dignidade. (F13)

O carinho, a forma de conversar a atenção, o amor que eles tratam a gente é tão importante quanto à medicação, isso transmite paz e conforto. Tem alguns que passam isso para nós e eu considero isso como respeito, o direito de ser bem assistido é garantido por grande parte dos profissionais. (F14)

O diálogo e a atenção com os profissionais ajudam a fornecer mais conforto, tranquilidade e paz para nós. A atenção com a gente, com os familiares é muito importante, porque nós ajudamos quando passamos para os profissionais tudo que está acontecendo com os pacientes. (F15)

Categoria 2. A presença e o diálogo de pessoas importantes para o paciente sob cuidados paliativos são fundamentais para um final de vida pacífico

A categoria 2 destaca a importância do diálogo e da aproximação da família com o paciente na terminalidade, tendo em vista o momento em que se encontram. Na visão dos familiares, a presença das pessoas próximas é essencial para um final de vida pacífico, e o distanciamento delas é assinalado pela percepção de abandono, tristeza, ansiedade e angústia nos pacientes em cuidados paliativos. Os trechos seguintes confirmam essa assertiva:

Para mim, a pessoa mais importante é meu filho; [...] Deus e também a Enfermagem que são os mais próximos de nós, conversam tanto com a gente quanto com a família. (F1)

O mais importante seria todos os meus irmãos virem aqui, conversar com ela, os filhos dela, porque no meu caso só temos nós três [...] minha mãe é muito apegada com meu irmão, então ela sente mais falta dele, fica sempre ansiosa no momento da visita. Ela fica muito feliz com a gente junto, mas meus outros irmãos não vêm e eu a sinto angustiada. (F2)

A pessoa mais importante para ele, é minha avó. A mãe dele. Ela vem sempre que pode. Todos os sábados ela tá vindo visitar, mas ela é cadeirante. Ele se sente até mais feliz quando ela vem, ele sente a presença dela. Ele pergunta muito pela família, mas todo sábado estão vindo, todo sábado, é, sempre vem os sobrinhos, os tios, os irmãos, as irmãs. (F3)

Acho que mais importante para o paciente é os filhos estarem juntos, unidos e conversando sobre o cuidado, e esses sempre estão presentes, sempre vem ver ele, ou dorme com ele, a gente troca entre um e outro. (F4)

Ela, ela sente muita falta dos irmãos dela, e alguns não vem aqui, e ela pergunta bastante, diz que quer vê-los, mas não vem. Ela se sente abandonada por eles, noto que ela fica triste. Meus irmãos, minhas tias, eu chamo sempre, apesar de eles saberem a situação dela, não dão atenção, não ligam e eu a vejo chorando sempre quando fala sobre eles. (F5)

Ele sempre pergunta pelos filhos, por minha cunhada, ele se sente muito bem e feliz quando eles vêm aqui, mas a pessoa que ele confia mais sou eu. (F6)

Netas e filhas, sempre que ela precisa estamos todas juntas, conversando sobre ela e com ela, todos os dias vem alguém aqui. Sempre vem um ou outro ou todos. (F8)

Os irmãos e os sobrinhos são os mais importantes, porque não têm mais pais, então é só a gente, os irmãos e os sobrinhos. [...] Quando eles não vêm, eles ligam para saber como está, devido a alguns morarem longe. (F9)

Ela sempre pergunta pelos filhos e o esposo um pouco, mas nem todos são presentes. Essa fase é muito difícil, acabo que eu fico mais com ela e eu sinto que ela se sente triste e abandonada, ela chora bastante. (F10)

Os filhos e o esposo, ela pergunta por eles sempre. (F11)

A minha tia sempre pergunta pelos filhos dela, mas eles moram longe, não dão atenção devida a ela. Ela chora, se sente muito abandonada pelo esposo e pela família. Ela pergunta muito por eles. (F12)

Para ela o mais importante são os filhos, e eles sempre tentam fazer esse revezamento. Os meninos não vêm tanto. Apesar de eu ficar mais tempo com ela, por eu ser sobrinha, ela se sente muito feliz quando eles estão presentes, conversando com ela, alguns deles tentam vir aqui. (F13)

Ele sempre pergunta pelos filhos, mas é bem complicado vir todos, cada um tem os seus afazeres, sempre acaba que um se sobrecarrega, como eu e ele se sente angustiado por isso. (F14)

Ela pergunta pelos filhos, para eles são os mais importantes nessa vida, mas eu os acho que os filhos são um pouco desatentos, minha irmã sente muita falta da família, ela se sente triste. (F15)

DISCUSSÃO

A comunicação é uma ferramenta relevante, que visa intermediar as relações humanas e proporcionar a sustentabilidade e a consolidação da autonomia, sempre estimulando o paciente em condição terminal e seus familiares a verbalizarem seus anseios, suas preocupações e dúvidas. Dessa maneira, cria-se um vínculo, que solidifica a base para o relacionamento interpessoal e traz tranquilidade e confiança, com vistas a proporcionar bem-estar e aliviar o sofrimento (PAIVA *et al.*, 2014; ANDRADE, 2019).

No que diz respeito à categoria 1, a maioria dos depoimentos referiu que é muito importante os profissionais de enfermagem dialogarem com os pacientes e seus familiares, dando-lhes atenção, amor, escuta, carinho e alegria, portanto, proporcionando-lhes conforto e paz. Também mencionaram que é fundamental esses profissionais entenderem que a dignidade e o respeito são um direito desses pacientes.

Autores asseveram que a comunicação - verbal e não verbal - entre o paciente, sua família e o profissional é um componente essencial do cuidado no fim da vida, porque possibilita identificar suas reais necessidades com agilidade e compreensão. Essa é uma forma de proporcionar uma assistência terapêutica especial, promovendo o conforto e a paz, que são necessários nessa fase da vida para integralizar e humanizar o cuidado (ANDRADE *et al.*, 2019). Isso foi evidenciado nos depoimentos de F1, F2, F3, F4, F6, F9, F13, F14 e F15, em que ficou claro que os profissionais utilizam a comunicação para proporcionar conforto e/ou paz aos pacientes e seus familiares, o que corrobora os conceitos da Teoria do Final de Vida Pacífico (RULAND; MOORE, 1998).

Segundo essa teoria, o conforto propicia bem-estar ao paciente e envolve tudo o que torna a vida fácil ou agradável, enquanto estar em paz significa ter mais tranquilidade, do ponto de vista físico, psicológico e espiritual, e envolve a sensação de serenidade, calma, harmonia, satisfação e contentamento. Assim, as ações dos profissionais de enfermagem devem estar voltadas para diminuir a ansiedade, as preocupações, a inquietação e o medo (RULAND; MOORE, 1998). Portanto, a comunicação com o paciente em fase final de vida e com sua família, com o objetivo de proporcionar conforto e paz, é considerada de suma relevância para eles, visando a um final de vida pacífico.

A paz e o conforto devem ser oferecidos de maneira individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente e familiar, a fim de proporcionar um ambiente agradável e acolhedor, que gere bem-estar físico, espiritual e psicológico, estimulando, ainda, a presença dos familiares junto ao paciente (DURANTE *et al.*, 2014).

Quanto à comunicação não verbal, em seus relatos, os participantes do estudo (F1, F4, F7, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15) referiram que o carinho, a atenção e o amor, na comunicação dos profissionais de enfermagem com os familiares e os pacientes em condição terminal são essenciais no âmbito dos cuidados paliativos. Estudo indica que eles transmitem segurança e alívio para o paciente terminal, já que seus sentimentos – desconfiças e aflições – passam a ser mais bem compreendidos, e isso os auxilia nessa fase da vida (LUIZ *et al.*, 2018). A Teoria do Final de Vida Pacífico converge com esse tipo de estratégia e aprimora os cuidados de enfermagem prestados aos familiares e aos pacientes terminais, porque eles, muitas vezes, não são capazes de comunicar suas dores, angústias e tristezas para os profissionais que estão envolvidos no cuidado (RULAND; MOORE, 1998; JAFFER, 2012).

O foco otimista e bem-humorado na comunicação entre os profissionais de enfermagem e os pacientes e seus familiares, que vivenciam a finitude da vida, foi enfatizado nos depoimentos do F2 e do F12: “*Quando os profissionais chegam, conversando com a minha mãe, brincando com ela, com alegria, a minha mãe fica feliz e em paz, e aí eu fico feliz também*” (F2); “*Aqui eles fazem isso [...] a alegria que eles transmitem [...]*” (F12). Autores afirmam que o bom humor entre os pacientes, os familiares e a equipe de enfermagem constroem relações terapêuticas que aliviam a tensão causada pela gravidade da condição. Por isso é preciso proteger a dignidade e os valores do paciente e dos familiares que vivenciam a terminalidade (BRET *et al.*, 2014).

Outros aspectos enfatizados nas falas dos participantes do estudo (F4, F5, F8, F9, F13) foram a dignidade e o respeito que, na visão dos familiares, resultam da comunicação efetiva dos profissionais de enfermagem com a família e os pacientes em fase terminal. De acordo com a Teoria do Final de Vida Pacífico, a dignidade e o respeito retratam o paciente em fase terminal como um ser único, parte de um meio social, cujos eventos e sentimentos da experiência no final da vida são pessoais e individuais, razão por que se devem considerar suas vontades e incluí-los na tomada de decisão, sem descartar seu direito de se defender, mesmo que ele esteja dependente, portanto, não deve ser exposto a qualquer situação que viole sua integridade e seus valores (RULAND; MOORE, 1998). Para que o paciente experimente a dignidade e o respeito na fase final de sua vida, ele e sua família devem ser agentes ativos na determinação em relação do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, com destaque para a questão da autonomia por meio da exteriorização de vontade, conforme observado nos depoimentos (F5, F9).

O respeito à vontade do paciente trata do direito de exercer a sua autonomia, expondo suas vontades em relação aos tratamentos a que gostaria, ou não, de se submeter se estiver capaz de manifestar sua vontade, garantindo, além de alívio ao paciente pelo cumprimento dos seus desejos, a diminuição de conflitos éticos e morais entre ele e os profissionais e o apoio aos familiares, que se desresponsabilizam da necessidade de intervir em decisões sobre o tratamento (COGO *et al.*, 2017).

Sob esse prisma, é muito importante conhecer os princípios bioéticos que orientam ações mais assertivas e minimizam o sofrimento. Essa é uma forma de aproximar a equipe dos familiares e dos pacientes e contribui para o que tanto se almeja: humanizar a assistência em saúde (SOUSA *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, os cuidados paliativos não devem somente visar ao controle dos sintomas apresentados, mas também fortalecer o processo comunicacional entre o paciente, a família e a equipe de enfermagem. Para isso, devem-se respeitar o direito à autonomia e a individualidade dessas pessoas, porquanto esse é um dos princípios dos cuidados paliativos.

Estudo evidencia que o respeito à autonomia e a individualidade do paciente e de seus familiares estão coerentes com os princípios bioéticos que dizem respeito à atitude do enfermeiro para com a família, que são iniciados desde a admissão do paciente na unidade de cuidados paliativos, quando o enfermeiro presta informações diárias acerca dos cuidados prestados e participa do processo de comunicação, valendo-se desse vínculo para melhorar a assistência prestada (PASCUAL-FERNÁNDEZ, 2014).

Isso significa que os profissionais de enfermagem devem reconhecer que a comunicação verbal e a não verbal são componentes efetivos para promover conforto e paz para o paciente terminal e seus familiares como parte essencial do tratamento. Nesse sentido, é importante usar uma linguagem adequada, passando informações que confortem, esclareçam e dignifiquem a finitude humana, visto que o relacionamento entre os profissionais da saúde e o paciente/familiar, no processo do cuidar na terminalidade, tem sua essência nas habilidades de comunicação. Essa relação é importante para que se compreendam suas vivências, e a assistência seja prestada em toda a sua plenitude e de forma humanizada com base nos cuidados paliativos.

A categoria 2 revela que a presença da família e o diálogo são essenciais para um final de vida tranquilo. De acordo com a Teoria do Final de Vida Pacífico, ter proximidade com pessoas queridas gera um sentimento de conectividade com outros seres humanos. Essa teoria considera o sistema familiar como um espaço que proporciona o melhor estado de harmonia e

de calma, com a aproximação da família e de pessoas queridas para lhe dar a devida atenção. Isso se justifica porque os pacientes terminais precisam estar mais próximos de seus familiares, amigos e/ou pessoas que cuidam deles, para estreitar os vínculos e a reciprocidade (RULAND; MOORE, 1998).

Esses vínculos foram elucidados nas falas dos participantes F2, F4, F6, F8, F10, F13, F14, F15, os quais relatam ser maior com os filhos, sendo estes, também, os maiores responsáveis pelo cuidado, de acordo com os resultados desta pesquisa. Contudo, verificou-se que a presença da família - mãe, pai, irmãos, esposo e netos - é imprescindível para os pacientes em fase final de vida.

O cuidado familiar é um acontecimento multidimensional, visível e, ao mesmo tempo, abstrato, que abrange sentimentos de afetividade, harmonia e responsabilidade, imprescindíveis na convivência familiar. Assim, a partir do momento em que a família se reconhece como centro da oferta de cuidados e se responsabiliza integralmente por essa tarefa, inicia-se um processo de comando positivo na estratégia de enfrentamento que o paciente emprega, na tomada de decisões, nas tarefas de autocuidado diárias e na expressão de afeto. Portanto, cuidar de um familiar em fase terminal, manifestando solicitude faz com que o cuidador adentre a dimensão existencial do outro e edifique sua saúde e seu bem-estar (WAKIUCHI; SALIMENA; SALES, 2015).

Conforme os pressupostos da Teoria do Final de Vida Pacífico, o paciente e seus familiares devem receber uma assistência de enfermagem com abordagem na orientação das pessoas que lhe são próximas; na promoção da presença física e participação dos familiares, para que eles sejam partícipes do cuidado, se necessário; amenização dos sentimentos negativos do paciente e das pessoas próximas, como preocupações e dúvidas; e promoção das oportunidades de intimidade familiar (RULAND; MOORE, 1998).

Para os profissionais da enfermagem, a valorização do cuidado é essencial, porque, sem o apoio e as informações da equipe, como o distanciamento familiar, conviver com a doença e suas limitações pode ser uma experiência abstrata que, nem sempre, contempla todas as necessidades de saúde e pessoais do indivíduo. Por isso é necessário orientar os pacientes e sua família, para que a terminalidade da vida seja mais amena, por meio da escuta ativa, do diálogo aberto e de atitudes humanizadas, apoiando essas pessoas e lhes proporcionando conforto emocional no enfrentamento das transformações que acontecem nessa fase (PINHEIRO *et al.*, 2016; WAKIUCHI; SALIMENA; SALES, 2015).

Em alguns depoimentos (F2, F5, F6, F10, F12, F14, F15), ficou claro que o distanciamento dos familiares gera nos pacientes sensação de abandono, ansiedade, angústia, tristeza e choro. Esses achados também foram averiguados em outro estudo, ao demonstrar emoções negativas provocados pela fase final da vida, ressaltando que as elas podem ser decorrentes do afastamento dos familiares dos pacientes (GÓMEZ; HURTADO; BEDOYA, 2019).

É oportuno demonstrar que os pacientes em condição terminal convivem tanto com as emoções que surgem durante o processo de adoecimento e do tratamento, quanto com as impressões e os anseios que permeiam seu cuidado, como sentimentos de abandono, ansiedade, angústia, tristeza e choro, decorrentes, também, da distância da família durante esse processo. No âmbito dos cuidados paliativos, a presença da família e seu diálogo com o paciente terminal contribuem para que ele tenha um final de vida tranquilo, como preconizam os pressupostos da Teoria do Final de Vida Pacífico. Assim, é de suma relevância a assistência dos profissionais de enfermagem, a fim de prestar cuidados ao paciente e ao seu familiar (WAKIUCHI; SALIMENA; SALES, 2015).

Ante o exposto, é possível identificar nas falas dos familiares dos pacientes na fase final da vida sentimentos negativos em virtude do distanciamento da família. Assim, pode-se considerar que a presença da família junto ao paciente em fase terminal é primordial para um fim de vida tranquilo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente terminal precisa ser cuidado até o final de sua vida, com dignidade e uma boa qualidade de vida. Para tanto, o estudo proposto contribui para preencher a lacuna do conhecimento existente acerca da comunicação como estratégia quando se trata de cuidar de pacientes em fase terminal e da importância da presença e do diálogo de pessoas importantes para o paciente e familiares em cuidados paliativos.

Neste estudo, a utilização da Teoria do Final de Vida Pacífico possibilitou o alcance dos objetivos propostos. Conforme os resultados apresentados, evidenciou-se um cuidado de enfermagem embasado na comunicação verbal e na não verbal, que são componentes essenciais para proporcionar conforto e paz aos pacientes em condição terminal e seus familiares, além do comprometimento do profissional para lhes garantir dignidade e respeito. Os dados apontaram que o fato de as famílias desses pacientes estarem dialogando com eles contribui para que tenham um final de vida pacífico, porque o distanciamento provoca

sentimentos negativos como sensação de abandono, ansiedade, angústia, tristeza e choro. Para evitar que isso aconteça, a equipe de enfermagem deve fortalecer os laços com os familiares e proporcionar uma assistência que vise lhes dar apoio e conforto emocional, e consequentemente, reduzir a ansiedade e o sofrimento dos envolvidos nessa fase da vida, proporcionando um final de vida tranquilo para o paciente.

Considera-se que a incipiência de estudos sobre esse tema pode ser uma limitação para que os dados gerados fossem comparados com maior profundidade. Isso significa que novos estudos são imprescindíveis nessa área, a fim de elucidar as possíveis necessidades de atenção ao paciente em cuidados paliativos e desvelar estratégias de comunicação que possam elevar o cuidado de enfermagem a um novo patamar assistencial e socializar os conhecimentos sobre o assunto embasados na Teoria do Final de Vida Pacífico

REFERÊNCIAS

- Conceição MV, Vasconcelos MCC, Telino CJCL, Guedes EVB, Pimentel DMM. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. Rev. Bioét. 2019; 27(1):134-142. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271296>.
- Silva DES, Pacheco PQC, Souza SR. Cuidados paliativos e sua relação com os diagnósticos de enfermagem das taxonomias NANDA-I e NIC. Rev Fun Care Online. 2020; 12:281-290. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8548>.
- Radbruch L, Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, *et al.* Redefining Palliative Care: a New Consensus-based Definition. J Pain Symptom Manage, 2020; 6(20):30247-5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
- World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>>. Acesso em: 27 de fev. 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Resolução n 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2018.
- Andrade GB, Pedroso VSM, Weykamp JM, Marques J, Soares LS, Siqueira, HCH, *et al.* Cuidados Paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. Rev Fund Care Online. 2019; 11(3):713-717. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717>
- Lima CP, Machado MA. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. Psicol Cienc Prof. 2018; 38(1):88-101.

Pinheiro MLA, Pimpão FD, Martins P, Rafael CMO, Lima UTS. Oncological patient in palliative care: the perspective of the family caregiver. J Nurs UFPE on line. 2016; 10(5):1749–55. Doi: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201622

Britto MGKGM, Pereira HG, Maia RS, Andria BCF, Maia EMC. Family members of patients in palliative care in intensive care. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13(2):546-50.

Nickel L, Oliari LP, Vesco SNP, Padilha ML. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. Esc. Anna Nery. 2016; 20(1): 70-76. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160010>.

Andrade CG, Costa SFG; Costa ICP; Santos KFO; Brito, FM. Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. Rev Fund Care Online, 2017; 9(1): 215-221.

Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook. 1998; 46(4).

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care, 2007; 19(6): 349-357.

Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the palliative performance scale. BMC Palliative Care. 2008; 7:10.

Sutradhar R, Seow H, Earle C, Dudgeon D, Atzema C, Husain A, *et al.* Modeling the Longitudinal Transitions of Performance Status in Cancer Outpatients: Time to Discuss Palliative Care. J Pain Sympt Manage. 2013; 45(4):726-34.

Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.

Paiva FCL, José Almeida JJ, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. bioét. (Impr.). 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 de mar. 2020.

Paiva FCL, Almeida Junior, JJ, Damasio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. Bioét., 2014; 22(3): 550-560.

Durante ALTC, Tonini T, Armini LR. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. Rev enferm UFPE on line, 2014; 8(3):530-6.

Luiz MM., Mourão-Netto JJ, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Palliative nursing care in elderly in UCI: an integrative review. Rev Fund Care Online. 2018; 10(2):585-592.

Jaffer MQ. Peaceful end of life theory for older patients in nursing practice. i-manager's Journal on Nursing. 2012; 2(3):10-13; 2012.

Bret EP, Echarte A, Luis E, Carrascal G, Elena M, Fernández NC. Las virtudes profesionales más valoradas por pacientes en una Unidad de Cuidados Paliativos. *Med. Paliat.* 2014; 21(4): 135-140.

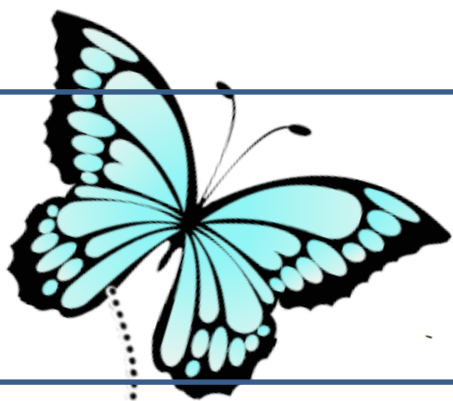
Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2017; 38(4):e65617.

Sousa GM, Lustosa MA, Carvalho VS. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. *Rev. Bioét.*, 2019; 27(3):516-527.

Pascual-Fernández MC. Providing information to patient's families on the end of life process in the intensive care unit. *Nursing evaluation. Enferm Clin.* 2014; 24(3): 168-74. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.09.002>.

Wakiuchi J, Salimena AMO, Sales CA. Sendo cuidado por um familiar: sentimentos existenciais de pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(2): 381-9.

Gómez KP, Hurtado MM, Bedoya LFS. Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. *Poiésis (En línea)*. 2019; 36: 126-146.



'Ao cuidar de você no momento final, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo para você viver até o dia de sua morte.'

Cicely Saunders

REFLEXÕES FINAIS

Esta tese contemplou três artigos: um de revisão e dois trabalhos originais provenientes do material empírico da pesquisa de campo. Seus objetivos foram de caracterizar as publicações acerca dos cuidados paliativos e comunicação, com ênfase nos enfoques abordados, disseminadas em periódicos online; identificar as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem para a promoção de um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos; analisar a contribuição do cuidado de enfermagem, com ênfase na comunicação, para o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico; e investigar a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes sob cuidados paliativos, segundo os depoimentos de familiares.

O primeiro estudo consistiu de uma revisão de escopo que mapeou os conceitos sobre os cuidados paliativos e a comunicação, que revelou uma quantidade significativa de artigos relacionados ao tema, abordando temas como a importância da comunicação, estratégias comunicacionais, comunicação de más notícias e capacitação de profissionais/equipe para a comunicação em cuidados paliativos. O perfil traçado com base nos resultados apresentados evidenciou que as estratégias comunicacionais são empregadas de forma incipiente e que poucos treinamentos são feitos para utilizá-las. Então, entende-se que os profissionais precisam ser bem informados a respeito da comunicação no âmbito dos cuidados paliativos e conhecer as estratégias comunicacionais, visando a um cuidado em saúde humanizado e de boa qualidade.

Os resultados da pesquisa demonstraram que a inaptidão para efetivar ações por meio da comunicação é assinalada como uma barreira para uma assistência que envolva o ser humano de forma integral e humanizada, porquanto as estratégias comunicacionais são pouco empregadas, e poucos treinamentos são feitos para utilizá-las. Por isso, considerou-se relevante fazer novos estudos, a fim de configurar um cenário de produção científica bem qualificada e com mais evidência na área, na perspectiva de aprimorar a assistência nos cuidados paliativos e a comunicação.

No segundo artigo, oriundo de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, embasada na Teoria do Final de Vida Pacífico, e cujos participantes foram técnicos de enfermagem atuantes em unidades de internação de um hospital da cidade de João Pessoa - PB, a comunicação verbal e a não verbal foram utilizadas como estratégia por esses

profissionais para proporcionar uma assistência terapêutica integral e, conseqüentemente, proporcionar um final de vida pacífico para os pacientes em condição terminal.

O estudo deixou claro que a comunicação é um instrumento que proporciona aos pacientes sob cuidados paliativos um final de vida com conforto e paz e auxilia a controlar suas dores, razão por que é sobremaneira importante para que os profissionais possam conhecer as necessidades biopsicossociais e espirituais dos pacientes, buscando uma interação positiva entre eles e os técnicos de enfermagem. Por meio da comunicação, os profissionais podem se apropriar de diversas técnicas para proporcionar uma assistência integral em cuidados paliativos aos pacientes em fase terminal, proporcionar-lhes conforto e paz e auxiliar a aliviar suas dores, em direção a um final de vida pacífico.

Observou-se, ainda, a comunicação como uma estratégia fundamental para estabelecer vínculos entre o paciente, sua família e o profissional. Nesse contexto, a família é considerada o elo fundamental nos cuidados com o paciente. Além disso, averigua-se a valorização da dignidade e do respeito como imprescindível para esse processo.

No terceiro estudo, também proveniente de uma pesquisa de campo, embasado na Teoria do Final de Vida Pacífico, realizado com familiares de pacientes sob cuidados paliativos na fase final de vida, constatou-se que a comunicação é fundamental para fortalecer vínculos e proporcionar aos pacientes conforto, paz, atenção, amor, alegria, carinho, dignidade e respeito. De tal modo, verificou-se a necessidade de os profissionais de enfermagem reconhecerem a comunicação verbal e a não verbal como componentes efetivos para proporcionar conforto e paz ao paciente terminal e aos seus familiares, como parte essencial do tratamento, passando informações que confortam, esclarecem e dignificam a finitude humana. O estudo indicou que a presença das pessoas próximas é fundamental para um final de vida pacífico e que ficar distante delas gera emoções negativas e impede que o paciente tenha um final de vida tranquilo.

É importante ressaltar que esses estudos, oriundos da pesquisa de campo, e cujo referencial teórico foram os pressupostos da Teoria do Final de Vida Pacífico, vão ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos, contribuindo para ampliar o conhecimento acerca das estratégias de cuidar em enfermagem que auxiliam o paciente e sua família na condução de um final de vida pacífico.

Neste estudo, a utilização da Teoria do Final de Vida Pacífico possibilitou o entendimento das nuances que envolvem os cuidados de enfermagem voltados para pacientes terminais e sua família, porque, como eixo norteador das práticas assistenciais dos

profissionais de enfermagem, essa teoria contribui para que as ações sejam direcionadas para estabelecer um contato interpessoal e atender às necessidades individuais dos pacientes em condição terminal e de sua família e, conseqüentemente, fortalecer o vínculo, promover a paz e a tranquilidade, valorizar o respeito e a dignidade e assegurar a continuidade da assistência sem se limitar aos aspectos físicos dos cuidados prestados.

Pode-se, pois, afirmar que novos estudos são indispensáveis nessa área, para ampliar as discussões sobre o tema aqui abordado, elucidar as possíveis necessidades de atenção ao paciente que está sendo tratado à luz dos cuidados paliativos, desvelar estratégias de comunicação que possam elevar os cuidados de enfermagem a um novo patamar assistencial e socializar os conhecimentos sobre esse assunto com base em teorias de enfermagem. Essa é uma forma de fazer com que novos elementos surjam, uma vez que o quantitativo de publicações que contemplam a vivência do paciente terminal e dos seus familiares e estudos sobre cuidados paliativos que tenham como norte a Teoria do Final de Vida Pacífico ainda são incipientes no campo da enfermagem.

Diante do exposto, pode-se afirmar que os resultados obtidos nesta tese possibilitaram compreender bem mais o final de vida pacífico, para proporcionar uma assistência integral e humanizada a pacientes em cuidados paliativos na fase terminal e a sua família. Nesse contexto, é imprescindível a assistência dos profissionais de enfermagem, que devem reconhecer a relevância da Teoria do Final de Vida Pacífico e implementá-la na assistência prestada. Isso justifica a importância deste estudo tanto para o campo assistencial quanto para o ensino e a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALAMI, S.; DESJEUX, D.; GARABUAU-MOUSSAOUI, I. **Os métodos qualitativos**. Petrópoles: Vozes, 2010.

ALVES, A.M.P.M. *et al.* Cuidados paliativos e comunicação: estudo bibliométrico. **Rev Fund Care Online**, v.11, n.esp., 524-532, 2019.

ANAYA, Y.M.; GARCÍA-LLANO, L.M.; RODRIGUEZ, M.H. Nursing care: death with dignity: applying end of life theory. **Asian Academic Research Journal of Multidisciplinary**, v.5, n.3, p.66-76, 2018.

ANDRADE, C.G. *et al.* Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n.1, p. 215-21, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação para o Exercício da Enfermagem. COFEN, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Resolução 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), 2018.

BRITTO, S.M.C. *et al.* Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Rev Cuid.**, v.6, n.2, p. 1062-69, 2015.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery**, v. 19, n.3, p. 467-74, 2015.

CALDAS, G.H.O.; MOREIRA, S.N.T.; VILAR, M.J. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em medicina. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.21, n.3, 261-71, 2018.

CÂMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais Rev Inteinstitucional Psiocologia**, v.6, n.2, p.179-91, 2011.

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. 222-230, 2017.

COGO, S.B. *et al.* Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n.4, p.e65617, 2017.

COSTA, A. P. Processo de construção e avaliação de artigos de índole qualitativa: possíveis caminhos? (Carta Editorial). **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.50, n.6, p. 890–891, 2016.

COSTA, T.F. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos em UTI: discurso dos técnicos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v.8, n.5, p. 1157-63, 2014.

DAVIDOFF, F., *et al.* Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ QualSaf*, 2015; 24(3):228-38.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 3. ed. Philadelphia (US): F.A. Davis Company, 2013.

FERNANDES, M.I.C.D. **Construção e validação do diagnóstico de enfermagem risco de volume de líquidos excessivo a partir de uma teoria de médio alcance**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2018.

FRANÇA, J.R.F.S. *et al.* Experiência existencial de crianças com câncer sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm.**, v.71, Supl. 3, p.1320-1327, 2018.

GALVÃO, M.I.Z.; BORGES, M.S.; PINHO, D.L.M. Interpersonal communication with oncological patients in palliative care. **Rev baiana enferm.**, v.31, n.3, p. 1-12, 2017.

GOMES, A.L.Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud av.**, v. 30, n. 88, p. 155-66, 2016.

HAWTHORN, M. The importance of communication in sustaining hope at the end of life. **Br J Nurs.**, v.24, n.13, p.702-5, 2015.

HO, F. *et al.* A reliability and validity study of the palliative performance scale. **BMC Palliative Care**, v.7, p.10, 2008.

JAFFER, M.Q. Peaceful end of life theory for older patients in nursing practice. **i-manager's Journal on Nursing**, v. 2, n. 3, p. 10-13, 2012.

KIRCHOFF, K. T. Promoting a peaceful death in the ICU. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v.14, n.2, p. 201-06, 2002.

KOLCABA, K.Y. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Adv. Nurs. Sci.**, v.15, n.1, p.1-10, 1992.

KONGSUWAN, W.L.; CHAIPETCH, O.; MATCHIM, Y. Thai buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. **Nurs Crit Care**, v.17, n.3, p.151-9, 2012.

LANGARO, F. “Salva o Velho!”: relato de atendimento em psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Psicol. cienc. prof.**, v.10, n.2, p.224-35, 2017.

LUIZ, M.M. *et al.* Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. **Rev Fund Care Online.**, v.10, n.2, p. 585-592, 2018.

MACIEL, M.G.S. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (Orgs). **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2.ed. ANCP: 2012.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, v.18, n.1, p.149-171, 2012.

MARCONI, A.A.; LAKATOS, E. M. M. **Metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MEDEIROS M. Editorial: pesquisas de abordagem qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.2, p.224-5, 2012.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5. ed. Philadelphia (US): Lippincott William e Wilkins, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINAYO, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI. Documentos e debates - análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC.**, v.15, n.4, p.731-47, 2011.

MUNHOZ, B.A., *et al.* From one side to the other: what is essential? Perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care. **Einstein**, v.12, n.4, p. 485-91, 2014.

NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare enfermagem**, v.20, n.3, p. 636-40, 2015.

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

OSLO UNIVERSITY HOSPITAL. **Cornelia Ruland**. 2014. Disponível em: <<http://www.communicaretools.org/employees/cornelia-ruland/>>. Acesso em: 29 jan 2020.

PAULA, T.A. *et al.* A comprehensive review on palliative care. **Acta med.**, v.39, n.1, p. 2018.

PINELI, P.P. *et al.* Cuidado Paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. **Rev. bras. educ. med.**, v.40, n.4, p.540-6, 2016.

PRAÇA, N.S.; MERIGHI, M.A.B. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: PRAÇA, N.S., MERIGHI, M.A.B., editors. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.

QUEIROZ, T.A. *et al.* Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.1, p.1-10, 2018.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care: a new consensus-based definition. **J Pain Symptom Manage**, v.6, 2020.

RAMÍREZ, O.J.G.; GONZÁLEZ, G.M.C.; ARIAS, E.M. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 17, n.1, p. 60-79, 2016.

RIBEIRO, K.V. *et al.* Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. **Enferm Foco.**, v. 2, n.1, p. 28-32, 2011.

RULAND, C. M.; BAKKEN, S. Representing patient preference-related concepts for inclusion in electronic health records. **Journal of Biomedical Informatics**, v.34, n.6, p. 415-422, 2001.

RULAND, C.M.; MOORE, S.M. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. **Nurs Outlook**. v.46, n.4, 1998.

SANTOS, B. C. *et al.* A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.11, n.6, p. 2288-2293, 2017.

SANTOS, C.K.C. *et al.* Communication in palliative care: an integrative literature review. **Rev. bras cienc. Saúde.**, v.18, n.1, p. 2014.

SANTOS, E.A.A. Barriers associated with palliative care in dementia: a review of the literature. **Geriatr Gerontol Aging.**, v.12, n.2, p. 105-12, 2018.

SHIH-YI L., *et al.* Attaining Good End-of-Life Care in Intensive Care Units in Taiwan. The Dilemma And the Strategy. **International Journal of Gerontology**, v. 3, n.1, p. 26-30, 2009.

SILVA, H. A; VIANA, G. K. B; GIRÃ, A. K. Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line.**, v.12, n.5, p. 1325-30, 2018.

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M.H.T.; GUTIERREZ, B.A.O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 17, n.1, p. 7-16. 2014.

SIQUEIRA, J.E.; PESSINI, L.; SIQUEIRA, C.E.M. Conflictos morales al final de la vida: aspectos médicos, filosóficos y jurídicos. **Rev Colomb Bioét.**, v.8, n.2, p.118-28, 2013.

SOUZA, H. L. R; LACERDA, L. C. A; LIRA, G. G. Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line.**, v.11, n.10, p.3885-92, 2017.

STREBL, M. Respekt und empathie: theory of peaceful end of life und ihre umsetzung am beispiel der palliativstation St. Raphael. **ProCare.**, v.18, n.6, p.1-3, 2013.

SUTRADHAR, R. *et al.* Modeling the longitudinal transitions of performance status in cancer outpatients: time to discuss palliative care. **J Pain Sympt Manage**, v.45, n.4, p. 726-34, 2013.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Nursing th Theorists and their work**. 7. ed. St. Louis: Mosby, Inc, 2010.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VASCONCELOS, G.B.; PEREIRA, P.M. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n.70, 2018.

WENG, L.C. *et al.* Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. **J Pain Symptom Manage**, v.37, n.4, p. 642-8, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of palliative care**. 2002. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 27 de nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**: a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>>. Acesso em: 27 de fev. 2020.

ZACARA, A.A.L., *et al.* Análise e avaliação da Teoria do Final de Vida Pacífico segundo critérios de Fawcett. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.4, p. 1-6, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – FAMILIAR

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Número do participante: _____

Idade: _____

Religião: _____

Sexo: _____

Procedência (urbano/rural): _____

Estado Civil: _____

Número de Filhos: _____

A casa onde mora é (própria -quitada/própria -paga prestação/paga aluguel/cedida sem aluguel): _____

Há quanto tempo mora na casa: _____

Com quantas pessoas reside na casa: _____

Com quem reside na casa: _____

Quem é o responsável pelo domicílio: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Renda mensal: _____

Tipo de renda: _____

Renda Familiar: _____

Vínculo familiar com o paciente: _____

PACIENTE (DADOS DO PRONTUÁRIO):

Dados do prontuário acerca da fase final de vida:

Paciente nº (prontuário): _____

Idade: _____

Religião: _____

Sexo: _____

Procedência (urbano/rural): _____

Estado Civil: _____

Número de Filhos: _____

A casa onde mora é (própria -quitada/própria -paga prestação/paga aluguel/cedida sem aluguel): _____

Há quanto tempo mora na casa: _____

Com quantas pessoas reside na casa: _____

Com quem reside na casa: _____

Quem é o responsável pelo domicílio: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Renda mensal: _____

Tipo de renda: _____

Renda Familiar: _____

Nome: _____
Diagnóstico: _____
Período de hospitalização: _____
Data de internação: _____
Motivo da internação: _____
Doenças correlacionadas: _____
Tratamento: _____

II. ROTEIRO DE ENTREVISTA

- O que você considera mais importante dos cuidados oferecidos pelos profissionais de enfermagem para melhorar a qualidade de vida do familiar?
- O que você acha que falta nos cuidados oferecidos pelos profissionais de enfermagem para melhorar a qualidade de vida do familiar?
- Você acha que essas ações promovem bem-estar e melhora a qualidade de vida do familiar?
- Quais os meios de comunicação que os profissionais de enfermagem utilizam para falar com o paciente e seus familiares?
- Você acha que os profissionais de enfermagem que prestam assistência ao seu familiar utiliza uma linguagem clara para se comunicar com ele? E com você e outro familiares? Fale um pouco?
- O que você acha necessário para fazer o paciente se sentir em paz?
- Na sua opinião, qual o tipo de assistência de enfermagem que proporciona paz para o seu familiar? Comente
- Você acha que o seu familiar sente algum desconforto? Qual tipo? O que o você acha que deveria fazer para melhorar o conforto do seu familiar no hospital?
- Na sua opinião, qual o tipo de assistência de enfermagem que proporciona conforto para o seu familiar? Comente.
- A quem o seu familiar geralmente comunica quando está com dor? Como ele faz para se comunicar? Ele utiliza gestos? Os profissionais de enfermagem que estão cuidando do seu familiar no hospital, procuram saber se ele está com dor?
- Qual o tipo de assistência de enfermagem que o seu familiar recebe quando está com dor?
- Na sua opinião, quais são os direitos do seu familiar que devem ser são respeitados pela equipe de enfermagem ? Na sua opinião, estes direitos do seu familiar são respeitados pela equipe de enfermagem?
- Você acha que o seu familiar é tratado com dignidade pelos profissionais de enfermagem? Sim () Não (). Em caso afirmativo ou negativo justifique.
- Os profissionais de enfermagem respeitam a autonomia do seu familiar? Sim () Não (). Em caso afirmativo ou negativo justifique.
- Geralmente como é a forma que os profissionais de enfermagem tratam o seu familiar e você como acompanhante dele? Esse tratamento é respeitoso? Fale um pouco sobre esse tratamento.
- O que você considera mais importante dos cuidados oferecidos pelos profissionais de enfermagem para melhorar a qualidade de vida do familiar?

- O que você acha que falta nos cuidados oferecidos pelos profissionais de enfermagem para melhorar a qualidade de vida do familiar?
- Qual a pessoa você acha ser mais importante para o seu familiar? Fale um pouco sobre elas. Essas pessoas estão sempre presentes no hospital? Caso não. O que você acha que pode fazer para melhorar essa relação?
- Você acha que o seu familiar está preparado para a morte? Que tipo de assistência você espera da equipe de enfermagem para que o paciente tenha um final de vida tranquilo?
- Qual o apoio que você espera da equipe de enfermagem após a partida desse paciente (se o familiar estiver consciente da situação)?

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

I. Dados sociodemográficos

Profissional nº: _____

Nome: : _____

Idade: _____

Religião: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Número de Filhos: _____

Escolaridade: Médio () Superior () - Qual o curso? _____

Pós – graduação: Especialização () em que área? _____

Capacitação em Cuidados Paliativos: Sim () Não (), em caso afirmativo qual a instituição de promoveu a capacitação e o ano _____

Curso de atualização em Cuidados Paliativos: Sim () Não (), em caso afirmativo qual a instituição de promoveu a capacitação e o ano _____

Instituição e ano de término do Curso Técnico : _____

Atua há quanto tempo como técnico de enfermagem? _____

Atua há quanto tempo na assistência a paciente em fase final de vida: _____

II. ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Qual a sua compreensão acerca dos cuidados paliativos?
- O que você entende por final de vida?
- Quais as estratégias que você utiliza para se comunicar com o paciente em fase final de vida? De que forma você se comunica com os familiares destes pacientes.
- O que é necessário para fazer o paciente se sentir em paz?
- Na sua opinião, quais estratégias de comunicação o profissional de enfermagem pode utilizar para proporcionar paz ao paciente no final de vida? O que você acha necessário fazer para que o paciente se sentir em paz?
- Quais estratégias de comunicação que você utiliza para proporcionar paz nos momentos finais do paciente em Cuidados Paliativos?
- Na sua opinião qual a melhor forma de promover o conforto ao paciente em cuidados paliativos na fase final de vida?
- Quais estratégias de comunicação você utiliza para promover o conforto físico e mental ao paciente em cuidados paliativos na fase final de vida?
- Você acha que o paciente sente algum desconforto na fase final de vida? Qual tipo?
- Na sua opinião, o que profissional de enfermagem deveria fazer para melhorar o conforto do paciente na fase final de vida?

- Com que tipo de assistência você proporciona ao paciente na fase final de vida em relação a esse aspecto? Fale um pouco.
- A quem o paciente na fase final de vida geralmente comunica quando está com dor? Como ele faz para se comunicar? Ele utiliza que tipo de comunicação? Verbal ou não verbal? Fale um pouco.
- Quais os tipos de tratamento são utilizados para aliviar a dor referenciada pelo paciente?
- Quais estratégias de comunicação que você utiliza para saber se o paciente está com dor?
- De que forma você monitora a dor do paciente em Cuidados Paliativos na fase final de vida? Você faz uso de intervenções não farmacológicas para alívio da dor do paciente na fase final de vida? Comente um pouco. Quais os tipos de tratamento são utilizados para aliviar essa dor?
- Na sua opinião, os direitos e a autonomia do paciente na fase final de vida são respeitados pela equipe de enfermagem? Comente
- Você valoriza os direitos e a autonomia do paciente em cuidados paliativos na fase final de vida na promoção de sua assistência? De que modo?
- De que forma você garante na promoção de sua assistência os direitos, autonomia e dignidade ao paciente em cuidados paliativos na fase final de vida?
- Na sua opinião, a equipe de enfermagem trata com dignidade o paciente em fase final de vida e os seus familiares? Sim () Não (). Em caso afirmativo: Fale um pouco sobre esse tratamento e em caso negativo justifique.
- Geralmente como é a forma que você trata o paciente em fase final de vida e os seus familiares? Fale um pouco sobre esse tratamento.
- No planejamento da sua assistência você inclui a família do paciente? De que modo?
- Você inclui o paciente em fase final de vida e os seus familiares nas decisões sobre sua assistência? De que forma?
- O paciente já conversou com você acerca das pessoas mais importantes para ele? Na sua visão quem são as pessoas importantes para o paciente? Fale um pouco sobre elas. Essas pessoas estão sempre presentes no hospital? E a família está sempre presente?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO DE TESE - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO, COM ÊNFASE NA COMUNICAÇÃO

DISCENTE: Cristiani Garrido de Andrade

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada Cuidados paliativos e comunicação: um estudo à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. Este estudo tem como objetivos: analisar as estratégias de comunicação utilizadas por técnicos de enfermagem quando cuidam de pacientes sob cuidados paliativos embasadas na Teoria do Final de Vida Pacífico; analisar a contribuição do cuidado em enfermagem, com ênfase na comunicação para o paciente em cuidados paliativos na fase terminal e seus familiares à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico; investigar a importância da comunicação para proporcionar um final de vida pacífico a pacientes que recebem cuidados paliativos, segundo o depoimentos de familiares. Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração participando deste estudo, mediante uma entrevista individual, onde o registro das informações será gravado utilizando o sistema de gravação de áudio. Os dados obtidos serão transcritos na íntegra e posteriormente serão submetidos à apreciação de cada participante por meio de uma cópia impressa, com a finalidade de garantir a fidedignidade dos conteúdos expressos no momento da entrevista.

Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará para você qualquer tipo de prejuízo. Considerando que toda pesquisa desenvolvida em seres humanos ocasiona riscos, mesmo que mínimos, os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar estão relacionados ao tempo e ao desconforto psicológico com relação à entrevista, bem como os relativos à interpretação dos dados pela análise. Caso estes ocorram, a pesquisadora se responsabilizará em fornecer todo suporte para o participante, com o encaminhamento ao profissional ou serviço mais adequado para cada caso, sem ocasionar-lhe nenhum custo. A pesquisadora terá, ainda, o compromisso em seguir os padrões científicos e éticos na execução da pesquisa. Ressalto que esta investigação contribuirá para o direcionamento de uma assistência humanizada, holística, com respeito e dignidade ao paciente sob cuidados paliativos e a sua família, de forma a promover melhoria na qualidade da assistência prestadas pelos enfermeiros a ele.

Considerando a relevância da temática no campo assistencial, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo em eventos da área de saúde e em revistas científicas da área. Para tanto, por ocasião dos resultados publicados, sua identidade será mantida no anonimato, bem como as informações confidenciais fornecidas.



É importante mencionar que você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Diante do exposto, caso venha a concordar em participar da investigação proposta, convido o (a) você conjuntamente comigo, a assinar este Termo.

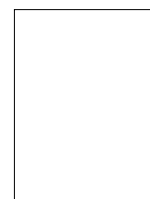
CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como da minha participação como entrevistada, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Em virtude de o TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

João Pessoa, / / 2019.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa



Impressão Digital

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora:

Telefones para contato com a pesquisadora: (083) 99629-3666.

- Endereço residencial: Rua das Acácias, nº100, apto.1801B /Miramar. CEP: 58043-250. João Pessoa – PB.
- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Endereço: Prédio Sede, Ladeira São Francisco, 16. CEP: 58.010-630. Telefone: (83) 3044-0412/ (83)3044-0313/99143-2523.

ANEXOS

ANEXO A

CARTA DE ACEITE DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

De: editorcientifico.reben@abennacional.org.br

Para: cristiani_garrido@hotmail.com

CC: assisteditorial.reben@abennacional.org.br

Assunto: Revista Brasileira de Enfermagem - Decision on Manuscript ID REBEn-2019-0378.R2

Corpo: 25-Feb-2020

Dear Miss Andrade:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO EM PERIÓDICOS ONLINE: REVISÃO DE ESCOPO" in its current form for publication in the Revista Brasileira de Enfermagem no fluxo contínuo de 2020. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Congratulations

Favor aguardar o contato do escritório editorial para darmos continuidade ao processo editorial

Att,
Dulce

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista Brasileira de Enfermagem, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Dr. Antonio José Almeida Filho

Editor-in-Chief, Revista Brasileira de Enfermagem

editorcientifico.reben@abennacional.org.br

Associate Editor

Comments to the Author:

(There are no comments.)

Entire Scoresheet:

Data do envio: 25-fev-2020

Manuscritos com decisões

AÇÃO	STATUS	ID	TÍTULO	SUBMETIDO	COM DECISÃO
	ADM: Almeida, Rachel ADM: Escritório Editorial, REBEn	REBEn-2019-0378.R2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO EM PERIÓDICOS ONLINE: REVISÃO DE ESCOPO Visualizar submissão	10-dez-2019	25-fev-2020
	• Aceitar (25-fev-2020) vol:73, ed.:6 lote 1				
	visualizar carta de decisão				

ANEXO B

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do manuscrito. Insira a referência utilizada nos métodos (exceção: Relato de Experiência e Reflexão).

A **REBEn** adota as recomendações de *Vancouver*, disponível na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Os **manuscrtos somente serão aceitos**, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível no Template 1.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito;
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo;
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:
 - Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
 - Naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
 - No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, **sem aspas**, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto:
 - Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),].
 - Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].
- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável;
- Apêndices e anexos serão desconsiderados.

Não numerar as páginas ou parágrafos no manuscrito.

Estrutura do texto

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses após o termo por extenso.

Artigos de Pesquisa e de Revisão devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Documento Principal (Template 1)

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores;
- **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. Deverá estar estruturado em **Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais**.
- Logo abaixo do resumo, incluir cinco **descritores** nos três idiomas (português, inglês e espanhol):
 - Português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>;
 - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito. Abreviações devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.

As figuras deverão ter obrigatoriamente legendas.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.

A identificação de quadros e tabelas deve estar na parte superior e para figuras, na parte inferior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724/2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>
Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do *CHECKLIST*.

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados no formato .doc, de forma editável no corpo no manuscrito.

- Fomento: é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite.
- Agradecimentos: são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.
- Fomento e Agradecimentos deverão ser citados antes do capítulo das referências.
- Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.

- No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção Scielo e RevEnf.
- Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.
- Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (*Magazines*) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: *Handbook Cochrane*).
- A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico.
- Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consulta.
- Serão aceitas até 3 referências de *preprint* (opcional).

Exemplos mais comuns de referências:

Artigos com o identificador DOI:

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2323-33. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Artigos Eletrônicos:

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, *et al.* Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

Artigos em outro idioma

Cruz MSD, Bernal RTI, Claro RM. [Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016)]. Cad Saude Publica. 2018. 22;34(10):e00114817. doi: 10.1590/0102-311X00114817 Portuguese.

Livro

Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005. 194 p.

Livro na Internet

Higgins JP, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet]. Version 4.2.6. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2006 [cited 2018 Oct 15]. 257 p. Available from: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/handbook.pdf>

Preprint

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018. Preprint [cited 2019 Oct 12]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

Após aprovação o manuscrito é enviado pelos Editores-Chefes aos editores associados e encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*).

Após concordância dos pareceristas, a REBEn oferece:

- A possibilidade de parecer aberto e publicação junto ao artigo aceito.

O compartilhamento dos pareceres entre os avaliadores cego ou não.

Processo de Revisão por Pares

Após avaliação pelos editores o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*). Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelos Editores Chefes, e um parecer final é enviado aos autores.

Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Após apreciação dos Editores-Chefes um parecer final, sustentado pelas revisões, é enviado para os autores.

Os artigos aceitos entram no fluxo contínuo de publicação não sendo possível informar o número e páginas até ser disponibilizado online no SciELO. Por esta razão, no aceite do manuscrito é informado somente o ano da publicação.

REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DE MANUSCRITOS

Quando o artigo for aceito, o autor receberá um e-mail do escritório editorial com instruções sobre:

- Tradutores e revisores certificados pela REBEn relacionados neste documento;
- Os documentos a serem enviados no template final (disponibilizado apenas pelo escritório).

A devolutiva do manuscrito nas versões traduzidas, revisadas e certificadas bem como o comprovante de pagamento da taxa de editoração com o nome do pagante e data de pagamento visíveis, deverão ser encaminhados ao e-mail reben@abennacional.org.br no prazo de até 25 dias corridos. Este prazo não atendido e a não conformidade com o modelo (Template 1 enviado pelo escritório), ocasionará o arquivamento do manuscrito.

Nesta oportunidade, verifique cuidadosamente o envio do manuscrito de acordo com o template final (nome dos autores, instituição ORCID, ordem de autoria). O Conselho Editorial decidiu a cobrança no valor de R\$ 200,00 em caso de errata por descuido dos autores.

Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn
SGA Norte Quadra 603 Conj. B Av. L2 Norte
CEP 70830-102 Brasília-DF, Brasil
Tel.: (55 61) 3226-0653



reben@abennacional.org.br

ANEXO C

PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Faculdade de
Ciências Médicas
da Paraíba

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (CEP/FCMPB), em sua 84ª Reunião Ordinária realizada em 11/12/2018, com base na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa com seres humanos, avaliou o projeto **"INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO, COM ÊNFASE NA COMUNICAÇÃO"**, o qual foi aprovado através do nº de protocolo do CEP 01/2019 e CAAE de nº 04101418.1.0000.5178, da pesquisadora Cristiani Garrido de Andrade.

João Pessoa, 19 de fevereiro de 2019.


Fabiana de Brito
Vice Coordenadora do CEP/FCMPB