

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL
MESTRADO**

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE

CUIDADOS PALIATIVOS: comunicação entre enfermeiro e paciente
terminal

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE

CUIDADOS PALIATIVOS: comunicação entre enfermeiro e paciente terminal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserida na Linha de Pesquisa Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

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

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

A553c Andrade, Cristiani Garrido de.
 Cuidados paliativos: comunicação entre os enfermeiros e o
 paciente terminal / Cristiani Garrido de Andrade.- João Pessoa,
 2013.
 100f.
 Orientadora: Solange Fátima Geraldo da Costa
 Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Enfermeiros - cuidados paliativos -
 paciente terminal. 3. Enfermeiros - comunicação - paciente
 terminal.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE

CUIDADOS PALIATIVOS: comunicação entre enfermeiro e paciente terminal

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa
(Orientadora/UFPB)

Prof^a. Dr^a. Maria Emília Limeira Lopes
(Membro/UFPB)

Prof^a. Dr^a. Regina Célia de Oliveira
(Membro/UPE)

Prof^a. Dr^a. Fátima Maria da Silva Abrão
(Membro/UPE)

Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega
(Membro/UFPB)

Dedicatória

*Feliz daquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina
(Cora Coralina)*

À Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa, responsável por promover meu amadurecimento científico no campo da Enfermagem e no campo dos cuidados paliativos, portanto, um exemplo para mim. Mais do que uma orientadora, uma “mãe acadêmica”, pelo discernimento, pela gratidão, pelo compromisso e pela dedicação.

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)*

*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, e 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 Rôlim**, pelo carinho e pela amizade. Obrigada por compartilhar com vocês todos os anseios da minha rotina diária.*

*Ao meu namorado, **Carlos Eduardo**, pelo incentivo, pela confiança, pelo amor, pela ajuda e pelo companheirismo para a realização deste trabalho. Obrigada por sempre acreditar em mim e por me apoiar integralmente.*

*A minha sobrinha, **Ana Clara**, criança maravilhosa, que encanta a todos. Obrigada, meu amor, por ser, todos os dias, a fonte da minha inspiração.*

*Ao meu primo, **Antônio Garrido** (in memoriam), por ter me proporcionado a oportunidade de estar ao seu lado durante a sua vida terrena. Obrigada, primo, por você ter feito parte dos melhores momentos da minha vida.*

*Às minhas amigas **Isabelle Cristinne**, **Kamyla Félix** e **Jael Rúbia** que acompanharam todo o meu trajeto, ajudaram-me a superar todas as dificuldades e compartilharam comigo as alegrias dessa conquista. Obrigada pelo amor, pelo companheirismo. Amigas mais do que especiais!*

Agradecimentos

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Maria Emília Limeira Lopes, Regina Célia de Oliveira, Fátima Maria da Silva Abrão e Maria Miriam Lima da Nóbrega pela colaboração para com esse estudo, me possibilitando contribuições valiosas para o enriquecimento dele.

Às amigas, Mônica Vasconcelos e Kamyla Félix, pela presteza com o estudo no momento da coleta de dados;

Aos meus queridos amigos do Mestrado, pela parceria, pelo incentivo e pelo estímulo durante esses anos;

À Professora Rejane, pelo competente trabalho de revisão linguística;

Aos enfermeiros assistenciais do Hospital Universitário Lauro Wanderley, que aceitaram participar desta pesquisa, viabilizando o estudo;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, pela oportunidade que me concedeu;

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por toda a atenção dispensada;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de estudos, que me auxiliou no desenvolvimento e na conclusão desta pesquisa;

A todos os 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)

RESUMO

ANDRADE, C. G. **Cuidados paliativos:** comunicação entre enfermeiro e paciente terminal. 2013.100f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

INTRODUÇÃO: Os cuidados paliativos compreendem uma abordagem holística de assistência ao paciente sem possibilidades de cura e seus familiares, com a finalidade de proporcionar-lhes uma qualidade de vida melhor. Sua aplicação é sobremaneira relevante, no âmbito do cuidado dispensado ao paciente em fase terminal. **OBJETIVOS:** este estudo objetiva investigar a compreensão de enfermeiros assistenciais no que concerne aos cuidados paliativos; identificar as estratégias que os enfermeiros adotam para promover os cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal; averiguar como os enfermeiros utilizam a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, ao assistir o paciente em fase terminal; investigar como os enfermeiros empregam a comunicação para abordar as más-notícias ao paciente em fase terminal e a sua família na prática dos cuidados paliativos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, cujo cenário da investigação foi uma instituição pública de saúde, localizada no município de João Pessoa – PB; participaram do trabalho vinte e oito enfermeiros assistenciais. Para a coleta dos dados, que ocorreu entre agosto e outubro de 2012, utilizou-se um formulário contendo perguntas pertinentes aos objetivos propostos para a pesquisa. Como unidade de registro para analisar o material empírico, optou-se pela análise de conteúdo temática, a partir das seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os dados obtidos por meio dos discursos expressos pelos participantes da investigação foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: *Cuidados paliativos: aspectos conceituais e estratégias de cuidados com o paciente em fase terminal*, com suas respectivas subcategorias: Cuidados paliativos – promoção de qualidade de vida para pacientes sem possibilidades de cura; estratégias utilizadas para a promoção de cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal e *Cuidados paliativos e comunicação*, com as subcategorias: Cuidados paliativos e comunicação – relação interpessoal do enfermeiro com o paciente terminal; comunicação de notícias difíceis – suporte para os pacientes e familiares sob cuidados paliativos. **RESULTADOS:** A pesquisa contemplou, a partir da visão dos profissionais envolvidos, a valoração dos cuidados paliativos considerados como uma modalidade de cuidar que visa minimizar o sofrimento do paciente sem possibilidades terapêuticas de cura/terminal e de sua família, por meio uma assistência pautada na humanização. Os resultados evidenciaram também que os enfermeiros empregam estratégias úteis e apropriadas e atendem às necessidades dos pacientes e de seus familiares, no contexto dos cuidados abordados em toda a sua dimensão, com destaque para a comunicação verbal e a não verbal, como parte essencial do cuidado com o paciente terminal e sua família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Consideramos que este estudo abre novos horizontes, no campo da assistência, do ensino e da pesquisa em Enfermagem, com ênfase na importância dos cuidados paliativos e da comunicação com o paciente em fase terminal. Devido ao quântico reduzido de estudos direcionados a essa temática, no âmbito da literatura nacional, espera-se que a pesquisa possa subsidiar novas investigações que contemplem a inter-relação dos Cuidados paliativos com a comunicação.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados paliativos. Comunicação.

ABSTRACT

ANDRADE, C. G. **Palliative Care**: communication between nurse and terminal patient. 2013.100f. Dissertation (Master's degree) – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2013.

INTRODUCTION: The palliative care comprehends a holistic approach of assistance for patients without cure possibilities and their families, in order to provide them a better quality of life. Its application is greatly relevant, in the ambit of care directed to terminal patient. **OBJECTIVES:** This study aims to investigate the comprehension of assistance nurses regarding palliative care; to identify the strategies that nurses use to promote palliative care for terminal patient; to ascertain how nurses utilize communication, in the ambit of palliative care, when assisting the patient in terminal phase, to investigate how nurses use the communication to broach the bad news for patient in terminal phase and their family in the practice of palliative care. **METHODOLOGY:** This is an exploratory research of qualitative nature in which the investigate scenario was a public health institution, located in the city of João Pessoa – PB; participated in the research twenty eight assistance nurses. For data collection, that occurred between August and October 2012, was utilized a form containing pertinent question to the proposed objectives for the research. As registry unit for the analysis of empirical material, it was chosen the thematic content analysis, from the following phase: pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference and interpretation. The data obtained by means of discourse expressed by the participants of the investigation were grouped in the following thematic categories: *Palliative care: conceptual aspects and care strategies with the patient in terminal phase*, with their respective subcategories: Palliative care – promotion of life quality for patients without possibilities of cure; strategies utilized for the promotion of palliative care directed for the patient in terminal phase and *Palliative care and Communication*, with the subcategories: Palliative care and communication – interpersonal relation of the nurse with the terminal patient, communication of difficult news – support for patients and families under palliative care. **RESULTS:** The research included from the vision of the involved professionals, the valuation of palliative care considered as a modality of care which aims to minimize the suffering of the patient without therapeutic possibilities of cure/terminal and of their family, by means of an assistance guided by humanization. Results evidenced that nurses utilize useful and appropriate strategies that meet the needs of patients and their families, in the context of the addressed care all over its dimension, with emphasis on verbal and nonverbal communication, as essential part of care with the patient and the family. **FINAL CONSIDERATIONS:** We consider that this study opens a new horizon, in the field of care, of teaching and learning in Nursing, with emphasis in the importance of palliative care and of the communication with the patient in terminal phase. Because of the reduced quantum, of studies directed to this thematic, in the ambit of national literature, it is hoped that this research can subsidize new investigation that contemplate the interrelation of Palliative care with the communication.

Keywords: Nursing. Palliative care. Communication.

RESUMEN

ANDRADE, C. G. **Cuidados paliativos:** comunicación entre enfermero y paciente terminal. 2013.100f. Disertación (Maestría) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, 2013.

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos comprenden un abordaje holístico de asistencia al paciente sin posibilidades de cura y sus familiares, con la finalidad de proporcionarles una calidad de vida mejor. Su aplicación es sobremanera relevante, en el ámbito del cuidado dispensado al paciente en fase terminal. **OBJETIVOS:** este estudio objetiva investigar la comprensión de enfermeros asistenciales en lo que concierne a los cuidados paliativos; identificar las estrategias que los enfermeros adoptan para promover los cuidados paliativos direccionados al paciente en fase terminal; averiguar cómo los enfermeros utilizan la comunicación, en el ámbito de los cuidados paliativos, al asistir al paciente en fase terminal; investigar cómo los enfermeros emplean la comunicación para abordar las malas noticias al paciente en fase terminal y a su familia en la práctica de los cuidados paliativos. **METODOLOGÍA:** Se trata de una investigación exploratoria de naturaleza cualitativa, cuyo escenario de investigación fue una institución pública de salud, ubicada en el municipio de João Pessoa – PB; participaron del trabajo veintiocho enfermeros asistenciales. Para la recopilación de datos, que ocurrió entre agosto y octubre de 2012, se utilizó un formulario conteniendo preguntas pertinentes a los objetivos propuestos para la investigación. Como unidad de registro para analizar el material empírico, se optó por el análisis de contenido temático, a partir de las siguientes fases: pre-análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación. Los datos obtenidos por medio de los discursos expresados por los participantes de la investigación fueron agrupados en las siguientes categorías temáticas: *Cuidados paliativos: aspectos conceptuales y estrategias de cuidados con el paciente en fase terminal*, con sus respectivas subcategorías: Cuidados paliativos – promoción de calidad de vida para pacientes sin posibilidades de cura; estrategias utilizadas para la promoción de cuidados paliativos direccionados al paciente en fase terminal y *Cuidados paliativos y comunicación*, con las subcategorías: Cuidados paliativos y comunicación – relación interpersonal del enfermero con el paciente terminal; comunicación de noticias difíciles – soporte para los pacientes y familiares bajo cuidados paliativos. **RESULTADOS:** La investigación contempló, a partir de la visión de los profesionales involucrados, la valoración de los cuidados paliativos considerados como una modalidad de cuidar que busca minimizar el sufrimiento del paciente sin posibilidades terapéuticas de cura/terminal y de su familia, por medio de una asistencia pautada en la humanización. Los resultados evidenciaron también que los enfermeros emplean estrategias útiles y apropiadas y atienden las necesidades de los pacientes y sus familiares, en el contexto de los cuidados abordados en toda su dimensión, con destaque para la comunicación verbal y la no verbal, como parte esencial del cuidado con el paciente terminal y su familia. **CONSIDERACIONES FINALES:** Consideramos que este estudio abre nuevos horizontes en el campo de la asistencia, de la enseñanza y de la investigación en Enfermería, con énfasis en la importancia de los cuidados paliativos y de la comunicación con el paciente en fase terminal. Debido a la cantidad reducida de estudios direccionados a esa temática, en el ámbito de la literatura nacional, se espera que la investigación pueda subsidiar nuevas investigaciones que contemplen la interrelación de los Cuidados paliativos con la comunicación.

Palabras-clave: Enfermería. Cuidados paliativos. Comunicación.

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA	15
1.1 Aproximação com a temática	16
1.2 Considerações iniciais	17
2 CUIDADOS PALIATIVOS: REVENDO A LITERATURA.....	23
3 A COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA O PACIENTE EM FASE TERMINAL	32
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	44
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
5.1 Apresentação dos participantes da pesquisa	52
6.2 Apresentação do material empírico do estudo	53
REFLEXÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	94
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	96
ANEXOS	
ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa	99
ANEXO B - Carta de aprovação/apresentação do projeto de pesquisa ao Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW	100

*O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e
semeando, no fim terás o que colher.*

Cora Coralina

"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida".

Cicely Saunders

1 Introduzindo a Temática

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Meu interesse por estudos relacionados aos cuidados paliativos aconteceu na época da minha formação acadêmica, no Curso de Graduação em Enfermagem, na Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (FASER). Esse apreço pela temática reporta-se às atividades curriculares realizadas na Clínica Médica e na Unidade de Terapia Intensiva. Nessa ocasião, tive a oportunidade de cuidar de pacientes terminais (estado em que a superveniência da morte é inevitável). Essa vivência me permitiu aprofundar conhecimentos sobre o processo da morte e o morrer, uma vez que, em minha formação, não cursei nenhuma disciplina direcionada a essa temática, como, por exemplo, Tanatologia. Contudo, procurava ler e, na prática, observava como os profissionais de Enfermagem assistiam pacientes com doenças sem possibilidades terapêuticas de cura.

Diante de tais observações, constatei que alguns deles se mostravam distantes desses pacientes, talvez por não saber como cuidar deles ou para fugir de uma situação estressante. Assim, faziam de modo indiferente, e não, em uma perspectiva humanística, que é o cerne do cuidado em Enfermagem.

Essa experiência foi ampliada com a realização de estágios extracurriculares em Instituições de Saúde, quando observei, também, que a assistência de alguns profissionais envolvidos no cuidado com o paciente terminal era mais direcionada à aplicação de procedimentos técnicos do que às necessidades comuns no período de finitude da vida, quando esses pacientes estão fragilizados e necessitam de um cuidado que lhes proporcione dignidade e aliviem seu sofrimento.

Como estudante, sempre procurei assistir o paciente na terminalidade de forma humanizada, valorizando a comunicação verbal e a não verbal, tendo como referencial a ética, o respeito e a dignidade do ser humano, visualizando cada paciente como um ser singular. Por isso, passei a consultar a literatura que trata dos cuidados paliativos, com o desígnio de entendê-los de maneira mais específica.

Ao ingressar no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPB), do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), aprofundei os meus conhecimentos no campo dos cuidados paliativos. No referido núcleo, tive a oportunidade de participar da elaboração e da publicação de diversos artigos científicos relacionados à temática, como: “Cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva: depoimentos de enfermeiros”; “Cuidados Paliativos no contexto hospitalar: discursos de enfermeiros”;

“Cuidados Paliativos ao paciente idoso: uma revisão integrativa da literatura”; “Cuidados Paliativos na Atenção Básica: produção científica de enfermagem”; “Cuidados Paliativos e espiritualidade: uma revisão integrativa da literatura”; “Cuidados Paliativos, terminalidade e luto: produção científica em periódicos *online* no âmbito da Saúde”; “Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura”; e “Cuidados Paliativos e dor: produção científica em periódicos *online* no âmbito da Saúde”. Tais produções científicas permitiu-me uma melhor apreensão acerca do cuidado humanizado, na perspectiva dos cuidados paliativos.

Com a finalidade de fortalecer essa experiência, participei do Curso de Capacitação em Cuidados Paliativos (a distância), promovido pela Pinus Longaeva de São Paulo e do Curso Introdutório em Cuidados Paliativos, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPB/UFPB), em parceria com o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), neste tive a oportunidade de ser palestrante da temática intitulada: Cuidados paliativos – aspectos históricos e conceituais. Cumpre assinalar que tais cursos me proporcionaram o desenvolvimento de habilidades e atitudes que permitem uma abordagem adequada e humanizada ao paciente na terminalidade e a sua família, no que concerne aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Não poderia deixar de fazer menção ao Curso de Especialização em Cuidados Paliativos promovido pela Pinus Longaeva, ao qual estou em fase de conclusão e que tem me proporcionado habilitação para trabalhar na atenção e nos cuidados com os pacientes portadores de enfermidades progressivas, incapacitantes, incuráveis e que evoluirão para a morte.

De tal modo, compreendendo a importância dos cuidados paliativos e da comunicação para um cuidado humanizado com o paciente sem possibilidades terapêuticas de cura e reconhecendo sua importância para a prática dos profissionais de Enfermagem, direcionei meu projeto de dissertação, como mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF/CCS/UFPB, com vistas a explorar e aprofundar o entendimento desse tema.

1.2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cuidar é intrínseco ao ser humano, visto que abrange todas as fases da sua existência, isto é, do nascimento à terminalidade. Esse é mais que um ato consciente diante de uma circunstância de vida - é uma atitude humanística, que contempla desvelo, solicitude,

diligência, zelo, atenção, responsabilidade, preocupação e envolvimento, que nasce a partir do estabelecimento de uma relação intersubjetiva entre o cuidador e o ser cuidado, promovendo o interesse e a disponibilidade em servir ao outro e, para lhe assegurar bem-estar (MORAIS; COSTA, 2009).

Baggio (2008) ressalta que o exercício do cuidado é uma tarefa desafiadora, uma vez que o cuidar é servir, é oferecer ao outro como forma de serviço, o resultado dos talentos e das escolhas que são adquiridos ao longo da vivência de cuidador. Dessa forma, o profissional que cuida deve perceber o “outro” da maneira como ele se manifesta, com seus gestos e falas, na sua dor e limitação, visto que, intrinsecamente, para cada situação de doença, existe uma história de vida, que pode ser compreendida em detalhes.

Nesse prisma, o ato de cuidar deve estar pautado no respeito à dignidade do ser humano, portanto, é indispensável contemplar o paciente em sua singularidade, ou seja, distinguir as diferenças individuais e a necessidade de promover uma assistência direcionada para cada ser especial de forma holística (PESSINI, 2006).

É oportuno destacar que o cuidado tem sido abordado em diversos campos de atuação em saúde, especialmente na área de Enfermagem, em que o cuidado se destaca com o sentido específico de cuidar, e não, de curar. Para França (2011), o cuidado em Enfermagem é expresso como prática relacional e considerado como um compromisso do profissional dessa área, numa metodologia que favorece o crescimento mútuo, sem dominação nem manipulação, mediante o estabelecimento de uma relação empática.

Baggio (2008) reforça que, na prática de Enfermagem, o cuidar do outro significa atender às suas necessidades com sensibilidade, agilidade e solidariedade, manifestando-se através do toque e da conversa, com a intenção de transmitir tranquilidade, com carinho, segurança, conforto, atenção e bem-estar.

Balduino, Mantovani e Lacerda (2009) acrescentam que o cuidado em Enfermagem proporciona e restaura o bem-estar físico, psíquico e social e estende as possibilidades de viver e prosperar, com vista ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade. Essa é uma característica intrínseca ao ser humano, visto que o cuidador tem a capacidade de zelar, prestar atenção, preocupar-se com o outro e compreendê-lo, respeitando sua individualidade. Esse é, pois, um cuidado humanizado.

O cuidado, em Enfermagem, deve ser prestado de forma humana e holística e sob a luz de uma abordagem integrada, mais abrangente e personalizada para os seus clientes, sem desviar o cuidado emocional, conjecturando uma assistência de qualidade. Ressalte-se, porém,

que as ações de enfermagem só são significativas quando o cuidado é advindo de um processo interativo, no qual a intencionalidade do agir e o conhecimento do que se espera de cada um no processo de cuidar sejam manifestados (MORAIS; COSTA, 2009).

Pessini e Bertachini (2006) ressaltam que a riqueza do cuidado em enfermagem está na relação de intersubjetividade que o permeia. É uma experiência individual, partilhada entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, como a criança, o adolescente, o adulto, o idoso e o paciente na terminalidade da vida. Moraes e Costa (2009) asseveram que cuidar não deve ser uma ação mecanicista, no sentido de executar procedimentos; deve compor-se numa maneira de ser que expresse interesse, preocupação, responsabilidade e interação por parte de quem cuida realmente do ser que é cuidado.

Para o paciente em fase terminal, o profissional de Enfermagem deve buscar estratégias para propiciar a ele e aos seus familiares uma assistência integral e humanizada, visto que esse período acarreta sentimentos relacionados não apenas à doença, mas também à proximidade da morte.

Garcia (2007, p. 261) conceitua o paciente em fase terminal como “o doente crônico para quem a medicina não oferece nenhuma chance real de cura” e que precisa de uma assistência qualificada, que envolva as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Para isso, deve desenvolver novas modalidades de cuidar, entre as quais, destacam-se os cuidados paliativos.

Araújo e Silva (2012) conceituam os cuidados paliativos como um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados ao paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, desde o estado inicial até a fase final, estendendo-se à família no período de luto. Logo, orientam-se para o alívio do sofrimento, focalizando a pessoa doente, e não, a doença da pessoa, porque resgata e revaloriza as relações interpessoais no processo de morrer, com subsídios efetivos como a compaixão, a empatia, a humildade e a honestidade.

Correia e Carlo (2012) assinalam que tais cuidados melhoram a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que enfrentam uma doença ameaçadora à vida, através de uma avaliação e de tratamento adequados para alívio da dor e dos sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual, portanto, mais do que uma opção terapêutica.

O emprego dos cuidados paliativos, com medidas vigorosas, visa combater os sintomas mais estressores presentes no paciente com doença avançada e em fase terminal para, a partir desse controle, tentar aperfeiçoar a qualidade de seu cotidiano, ou amenizar o

sofrimento e proporcionar os meios cabíveis para que o processo possa ser considerado mais digno, acordando com o paciente os passos a serem seguidos. Essa modalidade de cuidado busca ajudar o paciente a participar ativamente do processo de decisão acerca de sua vida, se assim o desejar ou estiver em condições de fazê-lo, para conservar sua competência ou capacidade autônoma e auxiliá-lo, ativamente, e de um modo abrangente, na fase final de sua doença (SANTOS, 2011).

Ressalta-se que o foco dos cuidados paliativos deixa de ser a doença a ser curada e se volta para o indivíduo, que é concebido como um ser único, complexo, em suas dimensões físicas, psíquicas e espirituais, ativo e com direito à informação e à autonomia plena para tomar decisões a respeito de seu tratamento, além da atenção individualizada a sua família e a busca da excelência no controle dos sintomas (OLIVEIRA, 2008).

Assim sendo, é inegável a valorização dos cuidados paliativos direcionado ao paciente na terminalidade de vida, uma vez que são considerados como uma abordagem diferenciada do cuidar. Isto, porque tal abordagem conduz seu foco para o alívio das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa, além de integrar a esses cuidados, as crenças valores, práticas culturais e religiosas do paciente e seus familiares, utilizando-se de diversas estratégias, dentre as quais destaca-se a comunicação (FRANÇA, 2011).

No contexto dos cuidados paliativos, a comunicação é um processo complexo, que abrange a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre pacientes sem possibilidades de cura e profissionais da área de Saúde (SILVA, 2008). A comunicação é um acontecimento interacional e interpretativo das relações humanas, por conseguinte, uma relação necessária entre os seres humanos, visto que, por meio dela, compartilhamos vivências, angústias e inseguranças, ao mesmo tempo em que satisfazemos nossas necessidades como seres de relação (MORAIS; COSTA, 2009).

Buisán e Delgado (2007) complementam que o uso de diferentes formas de comunicação é imprescindível quando se cuida dos pacientes usando os cuidados paliativos, visto que o relacionamento humano é a essência do cuidado, nos momentos mais difíceis, em que se relacionar-se é *estar-com* o outro, fazendo uso da comunicação verbal e não verbal, com o objetivo de emitir e de receber mensagens. Silva (2008) menciona que a comunicação verbal ocorre por meio da expressão de palavras faladas ou escritas; e a não verbal, é caracterizada pelo jeito e pelo tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras.

Vale salientar que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, por isso é essencial para que se possa obter uma assistência pautada na humanização, porquanto o emprego apropriado desse recurso é uma medida terapêutica eficaz para pacientes que necessitam desses cuidados, sobretudo os que estão em fase terminal (KOVÁCS, 2006).

Assim, a comunicação é um elemento essencial no cuidado, o alicerce de nossas relações interpessoais. O cuidado, nessa perspectiva, associa-se à prática de comunicar-se, visto que a comunicação, em suas formas distintas, tem um papel de instrumento de significância humanizadora e, portanto, a equipe deve estar preparada e envolvida para estabelecer essa relação e compreender que é primordial reconhecer o cliente como sujeito do cuidado, e não, passivo a ele (BROCA; FERREIRA, 2012).

Logo, no campo da Enfermagem, a comunicação, como medida terapêutica, representa uma ferramenta essencial para a prática do cuidar, pautada nas necessidades do paciente em fase terminal, no contexto dos cuidados paliativos. A comunicação é, pois, um fator imprescindível na vivência dos indivíduos. Mediante uma comunicação efetiva, esse profissional pode prestar uma assistência de forma holística, com o intuito de possibilitar à sua clientela o entendimento e o enfrentamento de problemas, bem como a percepção do seu papel como sujeito ativo no processo de restabelecimento e de bem-estar geral (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

De tal modo, Silva et al. (2009) destacam a importância da qualidade da comunicação, que está inteiramente inserida nas ações da Enfermagem. Portanto, cabe, sobretudo, ao enfermeiro, interpretar, desvendar e entender o significado das mensagens enviadas pelos pacientes, com a finalidade de estabelecer um plano de cuidados adequado, de acordo com suas necessidades.

Considerando a relevância da temática na área e o quantitativo ínfimo de estudos acerca dos cuidados paliativos e a comunicação em relação ao cuidado com o paciente terminal na literatura nacional, surge o meu interesse em desenvolver um estudo, cujo fio condutor são os seguintes questionamentos: Qual a compreensão de enfermeiros assistenciais no que diz respeito aos cuidados paliativos? Quais as estratégias que os enfermeiros adotam para promover os cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal? Como os enfermeiros utilizam a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, ao assistir o paciente em fase terminal? Como os enfermeiros empregam a comunicação para abordar as más-novícias ao paciente em fase terminal e a sua família na prática dos cuidados paliativos?

Diante das questões propostas, o estudo visa aos seguintes objetivos:

- Investigar a compreensão de enfermeiros assistenciais no que concerne aos cuidados paliativos;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros adotam para promover os cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal;
- Averiguar como os enfermeiros utilizam a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, ao assistir o paciente em fase terminal;
- Investigar como os enfermeiros empregam a comunicação para abordar as más-notícias ao paciente em fase terminal e a sua família na prática dos cuidados paliativos.

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

Eclesiástico 30, 16-17

2 Cuidados paliativos: revendo a literatura

Este capítulo, trata da contribuição de autores acerca dos cuidados paliativos, destacando, inicialmente, os aspectos conceituais e um resgate histórico de tais cuidados no cenário internacional e no brasileiro. Na sequência, contempla-se sua importância para a prática profissional da Enfermagem.

O vocábulo *paliativo* deriva do latim *pallium*, que significa manto, sendo o mesmo impregnado de uma simbologia e de um significado, mas que não é considerado um manto qualquer. Denota a ideia principal dessa filosofia: de proteger, amparar, cobrir, abrigar, quando a cura de determinada doença não é mais possível. Além disso, no latim, *pallium* ou *pallia* e o *omoforium* são vestimentas usadas pelo Papa e pelo bispo, respectivamente, portanto, há uma forte ligação desses termos históricos com o sagrado e com a espiritualidade. Na língua portuguesa, o termo paliativo passou a ter um significado de menor importância, que sugere uma solução temporária e sem consistência, um conceito amplo de remediar, e não, resolver (MATSUMOTO, 2012; SANTOS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou os cuidados paliativos como cuidados totais, ativos e integrais destinados ao paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada, que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, através de uma adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e dos sintomas decorrentes da fase avançada de uma doença, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual (WHO, 1999; WHO, 2002).

Por conseguinte, quando se colocam em prática os cuidados paliativos, parte-se de uma visão holística, em que se considera não somente a dimensão física do paciente sem possibilidades terapêuticas de cura, mas também suas preocupações psicológicas, sociais e espirituais, caracterizado por um cuidado integral e humanizado, que lhe propicia o controle dos sintomas em todos os estágios da doença, onde quer que ele esteja, quando do diagnóstico de uma doença incurável até o período de luto da família. Além disso, tais cuidados são sustentados por um processo relacional entre o profissional e o paciente, com o intuito de minimizar a problemática do diagnóstico e do prognóstico da doença (BERNARDA et al., 2011; MELLO; FIGUEIREDO, 2006).

Considerando que os cuidados paliativos enfocam, basicamente, ato de cuidar, Pessini e Bertachini (2006, p. 8) apresentam os seus princípios básicos, a saber:

- a) cuidar integralmente da pessoa, levando-se em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais; b) trabalhar com a família do

doente, que é núcleo fundamental de apoio; c) promover a autonomia e a dignidade do doente. Isto implica elaborar com eles os objetivos terapêuticos, estabelecendo-se uma relação franca e honesta; d) promover o conceito ativo de terapia. Não se pode aceitar como válida a atitude que diz: “não há mais nada há fazer.” O cuidar continua quando não se pode mais curar; e) propiciar em torno do doente uma atmosfera de respeito, apoio e comunicação. Isto influi muito no controle dos sintomas; f) contar com o trabalho multidisciplinar dos profissionais.

Os autores acrescentam que tais cuidados são indicados diante de distintas situações, tais como enfermidade avançada, progressiva e incurável; ausência de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico; numerosos sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e mutantes; grande impacto emocional no paciente, na família e na equipe de cuidadores, relacionado com a presença explícita ou não da morte e prognóstico de vida inferior a seis meses.

A filosofia dos cuidados paliativos procedeu do Movimento *Hospice* moderno. De acordo com Pessini (2006), esse termo pertence à língua francesa e data do Século IV d. C, com a matrona romana chamada Fabíola, que alocou sua casa à disposição dos necessitados, com vistas a praticar as obras da caridade cristã ao oferecer-lhes alimentos, vestimentas e acolher os estrangeiros, além de visitar os enfermos e os prisioneiros.

O autor enuncia que, quando a Igreja assumiu o cuidado com os pobres e os doentes, os *hospices* passaram a ser locais de repouso para viajantes e peregrinos e continuou durante séculos, até que, em 1842, foi fundado em Lyon (França), por Madame Jeanne Garnier, o primeiro *hospice* destinado exclusivamente para moribundos. Em 1905, esse movimento renasceu, com a fundação do *St. Joseph Hospice*. Entretanto, só em 1967, com a criação do *St. Christopher Hospice*, por Cicely Mary Strobe Saunders, os *hospices* passaram a ser sinônimos de assistência paliativa.

Santos (2011) menciona que Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica, é considerada a precursora do debate moderno sobre a morte e o morrer e dos cuidados com os pacientes moribundos, promovendo a formulação de distintos conceitos acerca dos cuidados paliativos, com a minúcia de sempre atrelar a esses cuidados a espiritualidade embasada no compromisso com Cristo. O autor ressalta que foi no *St. Joseph Hospice*, atuando como médica, que Cicely Saunders desenvolveu uma estratégia moderna para os cuidados *hospice*. Para isso, utilizou um trabalho marcado por solicitude e fundamentado nos cuidados religiosos e seculares. Conforme Pessini (2006), Cicely Saunders foi considerada a primeira médica do referido *Hospice* a dedicar-se em tempo integral e teve a oportunidade de escutar

as queixas e as necessidades de pacientes e analisar a experiência dolorosa de mais de mil pacientes, tratando-os com o uso regular de opioides em combinação com apoio psicológico e espiritual. Para Boulay (1996), essa vivência foi considerada crucial para o marco pioneiro e definitivo do movimento moderno dos cuidados paliativos.

Com base nessa perspectiva, foi cunhada a expressão “dor total”, definida por Saunders (1996), como a relação de aspectos físicos, religiosos, espirituais, psíquicos e sociais que compõem o sofrimento da pessoa que parte e sua família. A manifestação de ansiedade, depressão, angústia e necessidade de encontrar um sentido na experiência de desenlace deve ser alvo de cuidado e apoio dos profissionais que estão acompanhando a pessoa em seus últimos momentos.

Destarte, embasada e fortalecida nessas experiências, Saunders reforçou o seu desejo de construir um *hospice* moderno para atender às necessidades dos pacientes em fase terminal. Apesar da sua vontade e qualificação técnica e científica, necessitava de recursos financeiros, o que a fez buscar colaboradores que lhe pudessem fornecer empréstimos e doativos para a construção do tão almejado sonho (BERNARDA et al., 2011).

Em 1967, com toda a sua experiência em relação ao cuidado com os doentes em fase avançada, inaugurou o *St. Christopher's Hospice*, localizado no sul de Londres. Boulay (1996) esclarece que a escolha desse nome foi uma homenagem realizada por Saunders e seus colaboradores a *Saint Christopher* (São Cristóvão), protetor dos viajantes, e que serviu como lembrete de que a morte é passageira, ou seja, é apenas uma parte da jornada.

Santos (2011) refere que esse *hospice* foi desenvolvido com o escopo de criar uma atmosfera com a qual qualquer indivíduo pudesse ser ajudado a encontrar o próprio significado e a maneira de lidar com as situações pessoais. A iniciativa dessa profissional beneficiou o aparecimento de outros *hospices* independentes. Revolucionou, portanto, a concepção de cuidados paliativos e a disseminação, pelo mundo, de uma filosofia sobre o cuidar pautada no controle efetivo da dor e de outros sintomas (presentes na fase avançada das doenças) e no cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e de suas famílias, mediante atividades de assistência, ensino e pesquisa, proporcionando um novo modelo de cuidado.

Com a abertura do *St. Christopher's Hospice*, também se apreciaram os cuidados domiciliares no decorrer da doença e seguimento pós-morte do paciente, além da ajuda particularizada no luto, assentindo, dessa forma, a vários sistemas de cuidados diferenciados (SAUNDERS, 2004).

Nascia, dessa forma, o termo cuidados paliativos, como sinônimo de assistência holística no modelo *hospice*. A iniciativa de Saunders foi o marco de um protesto que reivindicava um tratamento melhor para os doentes terminais, esquecidos pelo sistema de saúde, que tinha se deixado seduzir no Século XX pelo esplendor das terapias curativas e da alta tecnologia (PESSINI, 2006).

Inicia-se, então, com os cuidados paliativos, o movimento da “boa morte”, uma rejeição à medicalização da morte e a possibilidade de que as pessoas possam se preparar para se despedir e morrer com dignidade, buscando, sobretudo, a humanização e resgatando a morte como um evento natural, tranquilo e compartilhado pelas pessoas próximas (ARAÚJO; SILVA, 2012).

No Brasil, a história dos cuidados paliativos é relativamente recente. Foi iniciado na década de 1980, quando os brasileiros ainda viviam o final de um regime de ditadura, cujo sistema de saúde priorizava a modalidade hospitalocêntrica, fundamentalmente curativa (FIGUEIREDO, 2006; MACIEL, 2006). Os serviços de cuidados paliativos no país foram surgindo sem vínculos entre si e sem a preparação de protocolos ou manuais para sua prática efetiva.

Figueiredo (2006) refere que o Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a contar com um serviço de cuidados paliativos, que foi instituído, em meados de 1983, pela Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em 1986, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, emergiu o serviço de dor e de cuidados paliativos. Em 1989, surgiram o Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis, e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO), no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Convém enfatizar que o GESTO, embora não tivesse, em sua origem, o serviço de cuidados paliativos, já proporcionava, na época, propriedades da filosofia *hospice*, como o oferecimento de qualidade ao paciente, trabalho multidisciplinar, atendimento domiciliar e inclusão da família no processo da assistência.

Em 1997, foi fundada, na cidade de São Paulo, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), com a finalidade de implantar e promover os cuidados paliativos em doenças crônicas e evolutivas durante a fase de progressão e a terminalidade, através da congregação de profissionais da área de Saúde atuantes nessa modalidade de cuidar, consolidando essa área do cuidado no sistema de saúde brasileiro. A ABCP conta com a

participação de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, religiosos e nutricionistas (SANTOS, 2011).

O autor esclarece que o intento dessa associação é o de anunciar a prática dos cuidados paliativos e agregar seus serviços existentes no Brasil, mesmo ainda não padronizados, porém ofereciam assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas no âmbito de internação hospitalar, ambulatorial e/ou domiciliar. Oficialmente, os cuidados paliativos passaram a ser exigidos no Brasil, com a homologação da Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, que atribui o cadastramento de centros de atendimento em Oncologia, a qual expressa a necessidade de uma assistência por meio de uma equipe multiprofissional integrada, além de inserir outras modalidades assistências, como o serviço de cuidados paliativos (BRASIL, 1998).

Guerra (2001) informa que, em 1999, foi constituída uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, pertencente ao hospital da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com o objetivo de atender a pacientes com AIDS em fase avançada e/ou terminal e pacientes com dor crônica e de difícil controle.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria nº 19, de 2002, expande a inclusão do modelo de assistência de cuidados paliativos, por meio da instituição do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2002).

O programa referido, conforme Pimenta e Mota (2006), foi formado por representantes do Ministério da Saúde, da Associação Médica Brasileira, da Associação Médica Brasileira de Enfermagem, do Conselho Federal de Medicina, da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor e do INCA, com o intuito de promover a operacionalização e a implementação do Programa. Cumpre assinalar que foram organizados os níveis de assistência aos pacientes, caracterizando-se os profissionais envolvidos no cuidado.

Segundo os autores, desse trabalho, foi plausível a realização das seguintes ações: uniformização e distribuição de morfina e metadona para o tratamento da dor crônica, através do SUS e estabelecimento, em 2002, dos centros de referência em tratamento da dor crônica, através da Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Em 2005, um grupo de médicos, preocupados com a falta de representatividade dos paliativistas no Brasil, fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), uma associação profissional cuja principal missão é de buscar o reconhecimento da medicina paliativa como especialidade pelas entidades médicas competentes (CARVALHO; PARSONS, 2012; FIGUEIREDO, 2006). Ela vem celebrando conquistas respeitáveis para o movimento paliativista brasileiro,

entre as quais, destaca-se a realização do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, concretizado na cidade de São Paulo, em 2010. Nesse evento, foi ressaltada a publicação do novo Código de Ética Médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Esse é o primeiro a referenciar a modalidade de cuidados paliativos como um princípio fundamental da prática médica. Esse trabalho advém, fundamentalmente, em virtude do desempenho do trabalho da Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, que teve como participante a ex-presidente da ANCP, Dra. Maria Goretti Sales Maciel (IV CONGRESSO..., 2010).

Segundo dados da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, atualmente, existem, em todo o Brasil, sessenta e uma unidades, vinte das quais se encontram no estado de São Paulo. Assim, a maioria desses serviços ainda se concentra na Região Sudeste, composta por serviços estatais, principalmente em unidades especializadas em dor (SANTOS, 2011).

É oportuno destacar, ainda, que alguns desafios estão vinculados aos cuidados paliativos no Brasil, como a ausência de disciplina específica na formação de profissionais de saúde; a falta de recursos para o desenvolvimento de pesquisas; a escassez de serviços e de programas especializados em cuidados paliativos nos sistemas de saúde público e privado; a falta de capacitação de profissionais da área de Saúde e carência de recursos financeiros para pesquisas na área (PAULA, 2011).

Portanto, diante dos múltiplos aspectos envolvidos nesses cuidados, é importante destacar que eles requerem uma abordagem multiprofissional e devem ter como suporte uma equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, além do apoio religioso (SANTOS, 2011; TAQUEMORI; SERA, 2008), porquanto esse tipo de cuidado demanda um tratamento mais ativo, abrangente e complexo, na perspectiva da integração multidisciplinar. Por conseguinte, essa abordagem é indispensável para a assistência paliativa, haja vista que implica demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento do paciente na finitude da vida. Isso demonstra a importância do trabalho coletivo, que envolve a sinergia de habilidades para promover, ao mesmo tempo, uma assistência integral e humanizada (FRANÇA, 2011).

Quanto ao profissional de Enfermagem, destaca-se por ser o elemento da equipe multidisciplinar que fica mais tempo com os pacientes e deve atender a grande parte das suas necessidades e apoiá-lo juntamente com seus familiares (TEIXEIRA; DIAMANTE, 2008). Portanto, esse profissional necessita de uma estrutura conceitual consistente, que embase a

prestação de cuidados, garanta a continuidade do cuidado e promova a integração da assistência.

Teixeira e Diamante (2008) assinalam que o conceito de cuidados paliativos está centrado no cuidar, que exige do enfermeiro uma postura ético-filosófica, mesmo que ainda pouco “desperto” para isso, um modelo assistencial com dimensão técnica, mas também emocional, espiritual e a de suporte familiar para compreender as diversas formas de expressão de sentimentos e apoiar no enfrentamento da terminalidade. Assim, a apropriação do cuidado pelo enfermeiro e a sua prática na área de cuidados paliativos materializam o rompimento do modelo biomédico, ao modificar o foco do tratamento da doença da pessoa, para o cuidado da pessoa doente.

Ressalta-se que o enfermeiro é responsável pela coordenação do cuidado que, de acordo com França (2011), embasado nos princípios dos cuidados paliativos (já apontados nesse capítulo) poderá ser discutido com outros profissionais, adicionando-se dados sobre o histórico do paciente, agregando a equipe interdisciplinar qualificada frente às suas necessidades com a família. Isso significa que o atendimento, na perspectiva dos cuidados paliativos, deve ser feito de forma holística.

Polastrini, Yamashita e Kurashima (2011) aludem que o objetivo da Enfermagem, ao adotar a prática dos cuidados paliativos, é de oferecer uma assistência por meio da qual o paciente possa ter mais autonomia e dignidade até a morte, além de alívio e de bem-estar, avaliando a relação dano versus benefício do cuidado realizado, por isso é vital escutar o paciente e sua família para planejar o cuidado e a tomada de decisão, utilizando-se de diversas características, tais como: sensibilidade cuidadora, altruísmo, capacidade de transmitir segurança e confiança, empatia, compreensão, respeito, tolerância, maturidade pessoal diante da morte, positividade e flexibilidade. As autoras afirmam, ainda, que o enfermeiro tem um papel fundamental no cuidado com o paciente terminal, em relação, por exemplo, à aceitação do diagnóstico, ao auxílio para conviver com a enfermidade e ao apoio à família, antes e depois da morte.

Essas estratégias devem, pois, ser empregadas por esse profissional para propiciar uma assistência integral e humanizada ao paciente e aos seus familiares, haja vista que esse é um período em que os sentimentos são relacionados não apenas à doença, mas também à proximidade da morte e do período de enlutamento da família (RODRIGUES; ZAGO, 2012).

De tal modo, levando-se em consideração a importância do cuidado integral e humanizado para se reconhecerem e acolherem, empaticamente, as necessidades do paciente,

em particular, os que se encontram em fase terminal, destaca-se a comunicação - que será abordada no próximo capítulo – sendo esta considerada um instrumento fundamental nos cuidados paliativos.

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

Oliver Holme

3 A comunicação como estratégia dos cuidados paliativos para o paciente em fase terminal

Nos primórdios da comunicação, o homem se expressava por gestos, imagens e sons. Só mais tarde foi que o homem aprendeu a usar sinais gráficos para se referir aos objetos que conhecia pelos sentidos e que comunicava por meio de gestos. A partir da comunicação verbal, passou da inteligência concreta animal, limitada ao momento, para a representação simbólica ou mental do mundo (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007).

A comunicação é intrínseca ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. Etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare*, que significa pôr em comum. Assim, a comunicação pode ser compreendida como uma técnica de trocas e de compreensão de mensagens, emitidas e recebidas, mediante as quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos (MORAIS et al., 2009).

Destarte, a comunicação representa uma ação de pôr em comum e de compartilhar sentimentos e atitudes – o que é fundamental para o alívio do sofrimento do paciente e para ajudá-lo a achar um senso de controle. Nesse enfoque, a comunicação é um processo relacionado com o pensamento, com as opiniões e com as informações contínuas de uma pessoa para a outra, compartilhada por todas elas. Mas, para que haja comunicação, é imprescindível que o seu destinatário a receba e a compreenda. Para tal, é necessário que haja a interação do receptor com os participantes do processo (COSTA, 2004).

Morais e Costa (2009) comentam que a comunicação é um acontecimento interacional e interpretativo das relações humanas, portanto, necessária entre os seres humanos, visto que, através desse processo comunicacional, compartilhamos vivências, angústias e inseguranças, ao mesmo tempo em que satisfazemos nossas necessidades como seres de relação.

Stefanelli (2005, p.29) assevera que, dificilmente, no momento atual de nossas vidas, lembramos de algo que não esteja associado, de alguma forma, a outra pessoa, ao ato comunicativo, a partir de ideias, pensamentos ou sentimentos e que servem de estímulo ao processo comunicacional que, para ter início,

[...] há sempre alguém (emissor) com uma curiosidade, necessidade de transmitir ou saber algo ou um conteúdo (mensagem) que precisa ser esclarecido, dito para outra pessoa. O emissor sente-se, então, estimulado a iniciar um contato interpessoal e pensa em como fazê-lo (codificação) e como enviá-lo (canal) a fim de tornar comum o conteúdo de sua informação ou ideia para outra pessoa (receptor). Este, por sua vez, reagirá à mensagem recebida apresentando sua reação (resposta).

Outrossim, é importante destacar que comunicação não é sinônimo de informação, haja vista que a informação sugere certo contexto de escolha. Portanto, cabe ao sujeito aceitá-lo e obedecer-lhe. A comunicação também conduz o sujeito a utilizar a própria experiência para fazer julgamentos a respeito da informação e, só então, escolher o que faz sentido para ele, em cada situação. Toda comunicação, por conseguinte, necessita de uma informação, mas não basta uma informação para haver comunicação (OLIVEIRA et al., 2004).

Na área de Saúde, o processo da comunicação interpessoal – que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre pacientes e profissionais de saúde – é complexo e subjetivo. Isso significa que a comunicação verbal, por si só, não é suficiente para caracterizar essa interação, por isso é imperativo qualificá-la, dar-lhe emoções, sentimentos e adjetivos, por fim, um contexto que permita ao homem perceber e compreender não só o significado das palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente (ARAÚJO; SILVA, 2012).

A comunicação, como um instrumento de trabalho, no âmbito da Saúde, é um desafio que coloca o profissional nos limites da própria percepção, em face da realidade dos outros. O diálogo ou a sua tentativa é um caminho por onde os interlocutores se aproximarem, objetiva ou subjetivamente, de pontos considerados fundamentais para o entendimento ou a execução de tarefas, sobretudo, nas atividades em equipe (PERDICARIS, 2009). Para tanto, só se podem prever as necessidades do paciente atentando para o que ele está sentindo e o que quer dizer, comunicando-se.

Trata-se, pois, de um aspecto fundamental para intermediar as relações humanas, promover a sustentabilidade e a consolidação da autonomia, diante das perspectivas individuais, e traduz-se como um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar demandas assistenciais e acolher terapêuticamente, proporcionando fortes vínculos com os pacientes (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Moraes (2007, p. 26) reforça que “o cuidador estabeleça um relacionamento dialógico, pelo qual é permitido ao ser cuidado exteriorizar suas angústias, medos, temores, inquietações, dúvidas e dificuldades, satisfazendo-os integralmente.”

No que diz respeito à forma como acontece, a comunicação pode ser verbal ou não verbal. A primeira tem a finalidade de expressar, clarificar um fato ou validar a compreensão. Para isso, são essenciais o emprego de um vocabulário claro e a presença do bom humor, instrumento de promoção do bem-estar na relação entre o profissional e o paciente, para que ele possa expressar todas as suas angústias, incertezas e fragilidades impostas pela doença. A

segunda consiste na transmissão de mensagens sem o uso da palavra, ou seja, dá-se por meio de toque, gestos, numa relação afetiva recíproca entre o profissional e o paciente, além de promover uma assistência com evidência na dignidade humana, tendo em vista que valoriza a compreensão e a aceitação do paciente relativa à realização dos procedimentos a serem realizados e ajuda-o a suprir suas necessidades em relação à sua saúde (POTTER; PERRY, 2009).

Morais (2007), ao discorrer acerca dos tipos de comunicação, esclarece que a comunicação verbal, quando instituída de forma satisfatória, conduz o paciente a expressar, através de palavras, suas dúvidas, inquietações, insatisfações e contribui para que compreenda a enfermidade, o tratamento e o prognóstico. Isso atenua a tensão diante da fragilidade conferida pela doença. A comunicação não verbal, por sua vez, fortalece o vínculo afetivo entre o profissional da área de Saúde e o paciente, que adquire confiança.

A qualificação da linguagem verbal é fornecida pelo tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras e até mesmo por suas roupas, seus acessórios e as características físicas. Ressalta-se, ainda, que a dimensão não verbal do processo de comunicação é de suma relevância nos relacionamentos interpessoais (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Na visão de Broca e de Ferreira (2012), para que uma comunicação verbal seja bem sucedida, as mensagens devem ser transmitidas com clareza, o que requer uma linguagem (escrita ou falada) compatível entre os indivíduos envolvidos no processo, cujo patamar intelectual seja parecido ou igual, visto que é imprescindível que haja entendimento entre quem ouve ou lê para que o processo comunicativo seja efetivo.

Quanto à comunicação não verbal, é fundamental para o estabelecimento do vínculo que embasa o relacionamento interpessoal, indispensável na relação entre profissionais da Saúde e pacientes. Frequentemente, mesmo antes que a interação direta com o paciente se suceda, existe um julgamento prévio do profissional, fundamentado na análise de seu comportamento e em nas características não verbais, expressos nos corredores do ambiente de trabalho ou na interação com os outros colegas. Nesse momento, o paciente pode decidir se o profissional é ou não digno de sua confiança e se quer ou não ser cuidado por ele, sem que palavra alguma seja trocada entre ambos (ARAÚJO, 2006).

Araújo, Silva e Puggina (2007) asseguram que a dimensão não verbal da comunicação abrange todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, cujo

significado está vinculado ao contexto em que ocorrem. Os sinais não verbais podem ser empregados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e evidenciar sentimentos.

É importante lembrar que é, principalmente, por meio da emissão dos sinais não verbais do profissional da Saúde que o paciente adquire confiança e permite que se constitua uma relação terapêutica eficaz. Destarte, tanto o comportamento verbal quanto o não verbal do profissional devem demonstrar empatia e transmitir segurança.

Araújo e Silva (2007) fazem referência às habilidades de comunicação necessárias ao profissional ao cuidar do paciente no processo de finitude de vida, tais como: escutar/ouvir, não mentir, evitar uma conspiração de silêncio, evitar a falsa alegria e não descartar uma possível esperança. Assim, ao se utilizar dessas habilidades, frequentemente, é possível decifrar informações primordiais, com vistas a diminuir a ansiedade e a aflição de quem está próximo da morte, promovendo maior qualidade ao cuidar e conquistando maior satisfação pessoal.

As autoras supracitadas consideram a escuta como uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional. Atenta e reflexiva, é um dos mais importantes instrumentos do profissional da Saúde que opera em cuidados paliativos, visto que, por meio dela, identifica as necessidades reais dos pacientes. Logo, sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma atitude comprovadamente eficaz para assisti-lo emocional e espiritualmente.

Nesse sentido, Pessini (2006) afirma que o uso da comunicação é uma medida terapêutica de sua relevância na relação entre profissionais, pacientes e familiares. Ainda de acordo com o autor, a comunicação, uma vez elucidada de maneira clara e compreensível, proporciona uma mudança de mentalidade daqueles que cuidam do paciente sem possibilidades de cura, colaborando para sua dignidade durante toda a assistência prestada, como também lhe estimula a autonomia ante as decisões sobre sua vida e seu tratamento.

Logo, para cuidar do paciente sem possibilidades de cura, é essencial que o profissional da Saúde perceba, compreenda e empregue, de forma adequada, a comunicação verbal e a não verbal. Esta última é primordial no contexto da terminalidade, sobretudo, porque, por meio dela, é possível compreender os sentimentos, as dúvidas, as angústias, os gestos, as expressões, os olhares e a linguagem simbólica típicos de quem está vivenciando a fase em que a cura de sua doença não é mais possível (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Silva e Araújo (2012) referem que o paciente sob cuidados paliativos deseja ser compreendido como um ser humano que sofre, porque, além da dor física, passa por conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem prover. Assim, além de compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, através da comunicação, ele necessita sentir-se cuidado, amparado, confortado e compreendido pelos profissionais da Saúde responsáveis por ele. Expressões de compaixão e de afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção, de consolo e de paz interior.

Diante disso, a utilização adequada da comunicação, associada à estimulação sensorial, pode ajudar o paciente sob cuidados paliativos a fortalecer seu sistema imunológico, auxiliar o organismo a concentrar esforços no combate aos agentes patológicos, sejam eles vírus ou células cancerígenas, e torná-lo mais resistente a patologias oportunistas (BIZARRI, 2001).

No âmbito da Enfermagem, a comunicação, como medida terapêutica, representa um instrumento básico para a prática do cuidar, pautada nas necessidades do paciente no contexto dos cuidados paliativos, em que a relação estabelecida no diálogo entre o enfermeiro e o paciente é mediada por um espaço intersubjetivo que conduz à interação entre eles.

De acordo com Araújo (2006), o paciente, na finitude da vida, deve ser considerado único e multidimensional, com o uso de diferentes formas de comunicação, visando compreender e perceber o problema, para que essa comunicação – verbal ou não verbal – seja realizada de maneira eficaz.

Assim, uma relação de comunicação eficiente entre todos os membros da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar colabora para que as inter-relações profissionais instituídas no trabalho delimitem melhor se a assistência ao paciente será ou não humanizada. E para que o processo de humanização seja eficaz, transformador e se realize, é indispensável estreitar os laços de comunicação, de forma a desvendar e respeitar o ser profissional, favorecendo assim a compreensão contínua da realidade do paciente e do trabalhador (BARRA et al., 2010).

De acordo com Dreher (2008), para o enfermeiro lidar com o paciente na terminalidade, é de fundamental importância que se volte o olhar para ele, visando ao seu bem-estar nos momentos que lhe restam de vida. Porém, não convém limitá-lo a um órgão doente e deixá-lo passivo no processo do cuidado. O autor acrescenta que, ao se cuidar do paciente na finitude da vida, é preciso conhecer suas capacidades, necessidades e limitações e

as de sua família, nessa etapa do *continuum* vida-morte, numa relação dialógica, que resulta em um cuidado humanizado.

O enfermeiro e os familiares, não raras vezes, evitam falar sobre a terminalidade e a morte, por achar que poderão aumentar a dor e o sofrimento do paciente – que também evita abordar o assunto - e causar-lhe depressão. Cria-se, desse modo, um isolamento emocional: de um lado, o paciente, de outro, a família, e de outro, o enfermeiro, todos com dúvidas, sentimentos e anseios semelhantes, mas não compartilhados (KOVÁCS, 2006).

Araújo e Silva (2012) complementam essa assertiva, enfatizando que o isolamento emocional desestabiliza a relação familiar e pode distanciar a convivência no período em que precisa ser estreitada. Ao evitar falar sobre a terminalidade, o enfermeiro corre o risco de abalar o vínculo formado com o paciente e a confiança nele depositada pelos familiares.

Destaca-se que o cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes da assistência global dispensada ao paciente na finitude da vida, conforme afirma Soares (2007), visto que, na maioria das vezes, ele não está desperto e será preciso lidar com seus familiares e cuidar deles também, porque têm necessidades específicas e frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação que, comumente, persistem após a morte do seu ente querido, o que requer uma comunicação eficaz.

Uma pesquisa realizada a partir de uma metanálise de vários estudos acerca das necessidades de um familiar de um paciente gravemente enfermo, em iminência de morte, assinala que ele deseja sentir-se útil no cuidado de seu ente, compreender o que está sendo feito por ele e o porquê, ser informado sobre mudanças nas condições clínicas e na proximidade de morte, ser assegurado do conforto do doente, poder expressar suas emoções, ter seus sentimentos compreendidos e ser confortado, para encontrar algum significado na perda da pessoa amada (TRUOG et al., 2008).

Sob esse prisma, a família, no contexto da comunicação em cuidados paliativos, necessita de auxílio nessa fase, para se adaptar à situação, poder apoiar o paciente, manter com ele uma comunicação verdadeira e afetuosa, lidar com as crises que poderá atravessar e, por fim, apresentar um luto saudável. Por isso, precisa ser envolvida nos cuidados, através do investimento na comunicação e no estabelecimento de uma relação de parceria, interativa, dinâmica e de responsabilidade partilhada, que mobiliza as capacidades e potencialidades como um recurso (BETTENCOURT, 2007; KOVÁCS, 2006).

A utilização da terminologia adequada é outro aspecto importante na comunicação com os familiares e/ou paciente. Os termos “suspensão de tratamento” e “parar de tratar” conduzem à ideia de abandono do indivíduo. Já o termo “evitar tratamentos dolorosos ou que causem sofrimento” exprime mais apropriadamente a proposta dos cuidados paliativos (TRUOG et al., 2008). Assim, informações e orientações simples e claras, nesse momento, são extremamente benéficas para os membros da família, como o estímulo para a verbalização de sentimentos e a escuta.

Soares (2007) ratifica a assertiva acima destacando que a comunicação deve ser realizada de modo claro e com a utilização de termos que sejam compreensíveis pelos familiares, uma vez que a utilização de expressões técnicas ou do uso do jargão pode impedir que o significado e a finalidade de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente, o que pode gerar conflitos e sensações de “abandono” no cuidado com o paciente e com os próprios familiares.

Suzaki, Silva e Possari (2006) asseveram que a comunicação pode extinguir o sentimento de abandono, que é um dos principais desgostos enfrentados pelo paciente tratado com os cuidados paliativos e seus familiares. Com base nisso, a importância da conservação da comunicação é indispensável entre os participantes desse processo, uma vez que, mediante a discussão do prognóstico e o esclarecimento do tratamento da doença, os profissionais podem demonstrar sua atenção e mutualidade ante ao estado de saúde do paciente, auxiliando-o na busca de melhores condições e satisfação de sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a comunicação, de maneira geral, vai muito além das palavras e do conteúdo, pois contempla a escuta atenta, o olhar e a postura. Dessa maneira, a comunicação — um dos pilares básicos dos cuidados paliativos — é imprescindível para que se possa ter uma assistência pautada na humanização, porquanto o emprego adequado desse recurso é essencial para pacientes que necessitam desses cuidados, sobretudo, os que se apresentam em estado terminal.

A seguir, faremos uma abordagem acerca da comunicação de notícias difíceis, considerando que essa não é uma tarefa fácil, uma vez que os pacientes e/ou familiares criam expectativas que, nem sempre, conseguem ser alcançadas e fazem questionamentos que não podem ser respondidos, gerando sofrimento, angústia e sensação de impotência na família e na equipe que deles cuida.

NOTÍCIAS DIFÍCEIS: COMO FALAR SOBRE TERMINALIDADE, PERDAS E MORTE

Em um contexto de desenvolvimentos técnico e científico ímpares, na história das ciências da saúde, em que se acredita que quase todos os problemas podem ser determinados com o uso de aparatos tecnológicos, a terminalidade e a morte permanecem como limites para o ser humano. Dessa forma, pacientes, familiares e até mesmo os profissionais da área de Saúde evitam falar sobre o tema (KOVÁCS, 2006).

Cria-se, assim, uma circunstância conhecida como “cerca”, “conspiração de silêncio” ou “pacto do silêncio”. Essa condição se manifesta com a transmissão de mensagens ambivalentes, em o discurso verbal otimista e focalizado em assuntos variados e superficiais é contradito pela linguagem não verbal, que expressa de forma nítida a gravidade da situação (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Pesquisas destacam que receber informações honestas, claras e compassivas é um anseio universal dos pacientes com doenças em estágio avançado (ASPINAL et al., 2006; GULINELLI et al., 2004; VOOGT et al., 2005). Entretanto, eles também têm o direito de não querer sabê-lo. Assim, sua vontade deve ser respeitada, e a equipe pode identificar um familiar ou alguém próximo que receba uma má notícia e seja o interlocutor das mensagens (SILVA; ARAÚJO, 2012).

A má notícia é conceituada como qualquer informação que englobe mudança drástica na perspectiva de futuro da pessoa em um sentido negativo. É aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente em relação ao seu futuro, e sua resposta dependerá, entre outras coisas, de sua perspectiva de futuro, que é única, individual e influenciada por seu contexto psicossocial (MOCHEL et al., 2010).

A comunicação de notícias difíceis pode ser de três tipos: a) a comunicação do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; b) a comunicação e a atenção a graves sequelas dos tratamentos, tais como mutilação, prejuízo de funções e suas consequências na perda de qualidade de vida (prejuízos nas relações afetivas e profissionais, perda do referencial de autoimagem e rebaixamento da autoestima); c) a comunicação de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos (JACCOBSEN; JACKSON, 2009; BRASIL, 2010).

É oportuno destacar que, na passagem do tratamento com intenções de cura para os cuidados paliativos e sua comunicação aos pacientes e aos familiares, evidencia-se o

conhecimento de muitas outras situações de difícil comunicação. Dentre elas, contemplam-se as recidivas da doença pós-tratamento; as consequências de cirurgias mutiladoras e incapacitantes (para o trabalho, para a vida de relações, para a sexualidade, para a autonomia na vida diária); a toxidade e, várias vezes, a ineficácia dos tratamentos quimioterápicos e os efeitos adversos da radioterapia, além da ruptura dos vínculos de confiança com os profissionais de referência nos difíceis momentos de encaminhamento à unidade de cuidados paliativos (BRASIL, 2010).

Em um estudo realizado por meio de uma revisão sistemática sobre as más notícias com pacientes com câncer, Fujimori e Uchitomi (2009) perceberam que os pacientes mais jovens, do sexo feminino e os com maior nível escolaridade propagam maior desejo de receber informações mais detalhadas e concordam com a possibilidade de receber apoio emocional de um profissional especializado, como o psicólogo ou o psiquiatra. Nessa pesquisa, percebeu-se, ainda, que a influência de fatores demográficos interviram na escolha sobre como receber a má notícia, como no caso dos asiáticos, que manifestaram mais interesse em receber a má notícia de modo presencial em detrimento dos ocidentais.

A comunicação do diagnóstico ao paciente, para Gomes, Silva e Mota (2009), é dever do médico e está prevista em seu código de ética profissional, porém a forma de fazê-lo deve ser de conhecimento de todos os profissionais da área de Saúde. Além do mais, a não comunicação só é consentida em casos de pacientes pediátricos ou quando suas condições físicas ou psicológicas não permitem que compreendam sua doença. Nesses casos, o diagnóstico deve ser comunicado à família ou ao responsável, porquanto é uma conduta de exceção, e o profissional deve saber reconhecer para quais pacientes a verdade deve ser omitida.

Pinheiro (2012) ressalta que a preocupação com a comunicação de más notícias foi manifestada, desde a criação do primeiro código de ética médica dos Estados Unidos, em 1847, e, até a atualidade, o seu conteúdo e a sua forma são discutidos.

Nesse prisma, o autor acrescenta que há debates constantes entre os profissionais da área de Saúde quanto à forma, ao tempo e ao momento adequado de dar a notícia do diagnóstico ao paciente e aos seus familiares. Afinal, sua comunicação vai além de transmitir uma informação, haja vista que compõe o vínculo do paciente com a instituição de saúde para seu tratamento. Assim, é uma ação delicada e difícil de ser governada.

Ressalta-se, então, que a comunicação de notícias difíceis é uma das mais penosas tarefas do profissional da Saúde. Isso porque eles aprendem, nos bancos da Academia, a

salvar vidas e procurar a saúde, e não, a lidar com circunstâncias de perdas de saúde, vitalidade, esperança e morte (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Pereira (2005) assevera que os momentos de comunicação de notícias difíceis ocasionam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, e provoca nos profissionais e nos pacientes sem possibilidades de cura medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Esses aspectos conduzem, não raras vezes, a mecanismos de fuga nos profissionais, e devido ao medo de ser agredidos verbalmente, comunicam, comumente, de uma forma menos cuidada e menos simpática.

Nesse sentido, Victorino et al. (2007) discorrem que os medos dos próprios médicos pode intervir no momento de comunicar as más notícias. Eles estariam relacionados ao receio de ocasionar dor ao paciente, de sentir incômodo no momento de comunicar uma má notícia, de ser culpado pelo paciente e por familiares (culpar o mensageiro), de falha terapêutica, de problema judicial, do desconhecido, de dizer não sei, de expressar as emoções e da própria morte.

Em geral, os profissionais da área de Saúde ficam preocupados com o fato de o paciente conseguir suportar a escuta de um diagnóstico. Em outro momento, permanecem em conflito interno, entre contar, ou não, uma má notícia para o seu paciente e/ou seus familiares. Diante disso, precisam se questionar sobre a maneira como irão dividir essas informações com as pessoas envolvidas e informar-se sobre o que o paciente sabe, realmente, de seu diagnóstico e prognóstico (PICHETI; DUARTE, 2008).

Para Picheti e Duarte (2008), compartilhar uma notícia difícil com um paciente/familiar é uma arte, visto que o profissional da Saúde deve falar sem rodeios sobre uma doença incurável ao seu paciente sem, necessariamente, relacioná-la à morte.

Logo, a qualidade da comunicação de más notícias associa-se à grandeza da sintonia provocada entre o profissional e o paciente. O desejo bilateral por ajustes de entendimento faz com que o dito possa ser redito e o que faltou possa ser acrescentado. Dessa forma, o *continuum* da informação, que é habitual para o profissional e incomum para o paciente, surpreendido pelo diagnóstico e desdobramentos, sobressai com melhor reorganização (GRINBERG, 2010).

Nesse contexto, são primordiais a percepção e a interpretação dos sinais não verbais do paciente, que consentirão a identificação do estado emocional do doente e mostrarão ao profissional até onde ir naquele momento. Ao comunicar notícias difíceis, é essencial que o profissional desponte atenção, empatia e carinho em seu comportamento e sinais não verbais.

A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque em mãos, braços ou ombros auxiliam a evidenciar empatia e proporcionar apoio e conforto. O paciente precisa sentir que, por pior que seja sua situação, ali se encontra alguém que não o abandonará, em quem poderá confiar e que poderá cuidar dele (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Buckmann (1992) designou um protocolo, chamado *SPIKES* (*Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary*), composto por seis passos expressos pelas iniciais da palavra, estabelecendo estratégias para uma comunicação eficiente, a saber: o cuidado com o local onde será transmitido o diagnóstico (recomenda-se um ambiente tranquilo, sem interferências, com a possibilidade de o profissional, através da abertura e da postura, sanar dúvidas e responder a eventuais perguntas); percepção das condições emocionais e cognitivas do paciente (ponderando o que ele gostaria de saber e a quantidade de informações que toleraria naquele momento); troca de informações (através de uma conversa franca, sem ilusões e falsas expectativas); apresentação de possibilidades de tratamento, assim como o reconhecimento das emoções e dos sentimentos que podem eclodir nesse encontro (o que exige capacidade de escuta e profissionalismo para manejar a situação); e a finalização, que implica na realização de uma síntese de tudo o que foi dito, acompanhado da garantia de que tudo o que foi dito foi compreendido. De tal modo, abre-se a possibilidade de se fortalecer o laço entre o profissional médico e o paciente e de garantir a qualidade dessa relação (IGNACIO; FAVERIN, 2010).

Desse modo, a comunicação de notícias difíceis, na relação paciente-profissional mostra-se como um instrumento básico na construção de estratégias por meio das quais se possa oferecer um cuidado humanizado, como, por exemplo, utilização de uma linguagem acessível, valorização da escuta atenta, da expressão de confiança, de um olhar que demonstre tranquilidade, de um toque que proporcione apoio e conforto e de uma palavra de ânimo que eleve a autoestima do paciente.

“Quem está convicto da verdade não precisa escutar. Por que escutar? Somente prestam atenção nas opiniões dos outros, diferentes da própria, aqueles que não estão convictos de serem possuidores da verdade. Quem não está convicto está pronto a escutar - é um permanente aprendiz. Quem está convicto não tem o que aprender - é um permanente aprendiz...”

Rubem Alves

4 Trajetória metodológica

Para atender aos objetivos propostos para a pesquisa e desenvolver a temática em questão, optou-se pela pesquisa exploratória de natureza qualitativa. Através dessa modalidade de investigação, o pesquisador expande a sua experiência sobre o fenômeno e encontra elementos necessários para manter contato com determinada população, conseguir os resultados que deseja e descrever e explorar rigorosamente os fenômenos em cenários naturais onde costumam acontecer (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pesquisa qualitativa investiga a vida das pessoas, suas experiências, ações, pensamentos, emoções e sentimentos. Minayo (2010) enuncia que a pesquisa qualitativa tem como objetivo responder às questões particulares da vida humana, em sua particularidade, obedecendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, mediante a obtenção de um saber intersubjetivo, a partir da percepção, da descrição e da compreensão do fenômeno para desvelá-lo e explorá-lo em sua maior diversidade possível.

No que diz respeito ao cenário da pesquisa, esta foi desenvolvida em unidades de internação do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), localizado no município de João Pessoa – PB. É importante mencionar que a rede hospitalar do referido município é composta, predominantemente, por hospitais públicos.

Os participantes da pesquisa foram 28 enfermeiros assistenciais, da instituição selecionada para o estudo, que prestam cuidados direcionados ao paciente em fase terminal. Esse número foi considerado satisfatório pela pesquisadora, haja vista que, na pesquisa de natureza qualitativa, conforme explicita Minayo (2010), valoriza-se o aprofundamento qualitativo do fenômeno pesquisado, e não, a quantidade de participantes envolvidos.

A autora ressalta que o critério fundamental para essa abordagem não é o quantitativo, mas sua possibilidade de incursão. Ou seja, é essencial que o pesquisador seja capaz de compreender o objeto de estudo. Ela alude que a quantidade da amostra deve permitir que haja a reincidência de informações ou saturação dos dados, circunstância ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade do processo de pesquisa.

Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar em atividade durante o período de coleta de dados, ter, no mínimo, um ano de atuação na instituição selecionada para a investigação proposta e ter disponibilidade e interesse em participar do estudo.

Para a obtenção do material empírico, inicialmente, a pesquisadora optou pela técnica de entrevista, com a utilização do sistema de gravação. Entretanto, a maioria dos participantes solicitou que não fosse empregada a referida técnica. Diante desse fato, foi empregado um

formulário contendo perguntas pertinentes aos objetivos propostos para a pesquisa. Esse instrumento foi composto de duas partes: a primeira, com questões sobre dados relacionados ao profissional, e a segunda, com questões a respeito dos cuidados paliativos e da comunicação (APÊNDICE A). O material empírico advindo das entrevistas realizadas com esses profissionais foi codificado, a fim de se manter seu anonimato. Portanto, foram identificados pela sigla “Enf.” seguida dos números de um a 28.

O processo de aproximação com os participantes da pesquisa foi realizado, inicialmente, através 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 profissionais de Enfermagem e lhes apresentasse o referido projeto. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e outubro 2012.

Posteriormente, a pesquisadora apresentou aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), destacando que teriam 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 receberam um formulário contendo questões pertinentes aos objetivos propostos pelo estudo e foram esclarecidos a respeito da contribuição da pesquisa para o reconhecimento da valoração dos cuidados paliativos e da comunicação pelos enfermeiros. Em seguida, a pesquisadora agendou dos encontros para a entrega do instrumento, atendendo à conveniência de data e de horário, a fim de que esse momento fosse o mais favorável para os participantes preencherem o referido instrumento e devolvê-lo.

Vale salientar que a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, situado na Universidade Federal da Paraíba – UFPB. É oportuno destacar que o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, instituída pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (MS). Essa é uma base de dados *online*, que acompanha os protocolos de pesquisa desde a submissão até a aprovação final dos trabalhos, como o objetivo de tornar transparente e ágil o sistema de pesquisas clínicas com seres humanos. Depois que o projeto é submetido à referida plataforma, e direcionado para o CEP assinalado no processo, que aprova o projeto e emite o parecer de pesquisa. Assim, obedeceu-se às recomendações éticas relativas à pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro.

A pesquisadora também seguiu as observâncias éticas contempladas na Resolução Nº 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras dispostas na Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Quanto à estruturação dos dados empíricos, buscou viabilizá-los e contemplá-los em suas peculiaridades relativas às múltiplas realidades conhecidas. Para isso, foi utilizada a análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2011), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que tem como princípio desmontar as estruturas e os elementos do conteúdo, analisado através do estudo minucioso das palavras e das frases que o compõem, procurar seu sentido e intenções, reconhecê-los, compará-los, avaliá-los e selecioná-los, a fim de esclarecer suas diferentes características e extrair significados.

Como unidade de registro para análise do material empírico, optou-se pela análise de conteúdo temática adotada por Bardin (2011), em que a noção de tema é amplamente utilizada e se constitui a unidade de significação que emerge de um texto analisado, segundo determinados critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura. A autora acrescenta que essa técnica funciona por operações de desmembramentos do texto em unidades, em categorias, de acordo com reagrupamentos analógicos. Ressalte-se que a investigação dos temas é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples.

Minayo (2010) assinala que, ao se tratar de modalidade temática que investiga os significados do fenômeno pesquisado, no material qualitativo, coletado mediante as falas dos sujeitos, elucida-se o “tema” como unidade de significado – o que possibilita desvelar os “núcleos do sentido”, que consideram as formas de comunicação instituídas entre os sujeitos da pesquisa.

A operacionalização da análise, conforme Bardin (2011), organiza-se em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A *pré-análise* é a fase que corresponde a um período de intuições, com o objetivo de organizar os dados coletados. Inicia-se com a leitura flutuante de todo o material, a fim de se conhecer o texto. A princípio, essa leitura pode deixar-se invadir por impressões do pesquisador, porém deve tornar-se mais precisa em função das hipóteses e dos objetivos. Segue-se, então, a escolha dos documentos a serem analisados – o corpus - utilizando-se como critérios a exaustibilidade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. A fase de pré-análise encerra-se com a reorganização dos dados codificados. Feito isso, selecionou-se o material a ser analisado e, posteriormente, realizou-se a transcrição, na

íntegra, das respostas correspondentes aos questionamentos propostos para o estudo. Em seguida, procedeu-se a sucessivas leituras de maneira atenta, com movimentos de ir e vir nos textos, para compreender bem mais o conteúdo abordado pelos profissionais inseridos no estudo.

A fase denominada de *exploração do material* é considerada o momento extenso do estudo, em que pode ser necessário realizar diversas leituras de um mesmo material. Nessa fase, destacaram-se os pontos relevantes de cada questão, com seus respectivos pontos convergentes, de acordo com o seu foco comum, para, depois, agrupá-los em suas categorias. Nesse momento, a pesquisadora trabalhou, de maneira individualizada, com uma questão comum a todos os participantes e deu sequência às outras. Para isso, precisou consultar várias vezes os textos, com a finalidade de encontrar um mesmo ponto relevante, apresentado numa mesma questão, comum a todos.

Em seguida se extraiu os pontos convergentes e desvelou o significado e o sentido de cada seguimento dos discursos trabalhados, com a finalidade de explorar, profundamente, o material apresentado, para chegar à categorização, que possibilita ao pesquisador delinear os dados extraídos de cada depoimento em informações com relação direta sobre o fenômeno investigado. Assim, categorizar implica impor uma nova organização intencional às mensagens, distinta daquela do discurso original.

Para tanto, foram realizadas incessantes releituras dos conteúdos transcritos do material empírico coletado, para identificar e realçar os seguimentos dos discursos correspondentes, expressos no universo de cada foco comum, das questões trabalhadas em seus vários sentidos. Em seguida, esses dados foram compilados, agregando-se os trechos dos pontos convergentes e os de cada questão abordada, com seu respectivo foco comum. Desse modo, foi possível identificar as seguintes categorias: Cuidados paliativos: aspectos conceituais e estratégias de cuidados com o paciente em fase terminal (com suas respectivas subcategorias: Cuidados paliativos – promoção de qualidade de vida para pacientes sem possibilidades de cura; estratégias utilizadas para a promoção de cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal) e Cuidados paliativos e comunicação (com as subcategorias: Cuidados paliativos e comunicação – relação interpessoal do enfermeiro com o paciente terminal; Comunicação de notícias difíceis – suporte para os pacientes e familiares sob cuidados paliativos).

Na terceira e última fase, os dados codificados e categorizados devem ser tratados de maneira a serem significativos e válidos, para que as inferências possam ser alcançadas, e o

conjunto interpretado, utilizando-se os resultados da análise com fins teóricos ou pragmáticos, culminando em novas descobertas. Esse é um alicerce para novas dimensões teóricas, ante o fenômeno investigado.

Na análise final, a pesquisadora articulou e interpretou o material empírico com base na literatura pertinente ao tema em estudo, com a finalidade de proceder à descrição dos dados obtidos a partir dos relatos dos profissionais inseridos na pesquisa, bem como conjecturar novas possibilidades sobre a investigação proposta.

“Que seja presença e companhia o relacionamento bom, pois a solidão é um campo demasiado vasto para ser atravessado a sós.”

Lya Luft

5 Apresentação dos dados e discussão dos resultados

Este capítulo objetiva apresentar os dados relacionados aos participantes inseridos na pesquisa, que viabilizaram a realização deste estudo. Posteriormente, serão apresentadas as categorias e as subcategorias temáticas, que surgiram do material empírico do estudo, mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Esta investigação foi realizada com enfermeiros assistenciais do HULW/UFPB, localizado no município de João Pessoa – PB. A amostra do estudo foi constituída por 28 enfermeiros assistenciais - vinte e quatro do sexo feminino e quatro do sexo masculino. De acordo com Silva e Ferreira (2011), na Enfermagem, a marca de gênero é evidente, sobretudo pela sua trajetória histórica de ser um ofício eminentemente feminino. Ainda que já se perceba um movimento em relação à inserção do homem na profissão, os dados sociodemográficos desta pesquisa ainda revelam a predominância das mulheres no contexto das práticas assistenciais.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011), no Brasil, a maioria dos profissionais de Enfermagem - 87,24% – é do sexo feminino. Já os do sexo masculino correspondem a 12,76%, razão por que, na amostra de pesquisa, predomina o sexo feminino. O Nordeste é a macrorregião que apresenta a maior proporção de profissionais de Enfermagem do sexo feminino, com 90,08%. Na Paraíba, 91% são do sexo feminino, apenas 9% são representados por homens.

Quanto à faixa etária, verificou-se que cinco enfermeiros têm entre 20 e 29 anos de idade; 16, de 30 a 39 anos; seis, entre 40 e 49 anos; e um apresentou mais de 60 anos. Cumpre assinalar que o somatório das faixas etárias correspondentes a 20-29 e 30-39 anos quantifica 21 sujeitos do total da amostra. Os resultados apresentados corroboram aos dados do relatório do COFEN (2011), no qual se destacou que as categorias profissionais de enfermeiro e técnico de Enfermagem têm a maior concentração de profissionais na faixa etária de 26 a 35 anos.

Os participantes referidos finalizaram a formação acadêmica entre 1979 e 2010. Ressalta-se que a instituição de ensino de maior prevalência foi a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Quanto à titulação, verificou-se que a maioria dos profissionais inseridos no presente estudo é especialista (26), e dois não têm pós-graduação. É importante destacar que quatro enfermeiros especialistas têm curso de pós-graduação *stricto sensu*, em nível de

Mestrado. A maioria dos enfermeiros pesquisados declarou desempenhar suas atividades profissionais na área de Enfermagem em saúde coletiva. O tempo de formação variou entre dois e 33 anos, e o tempo que exercem atividade na instituição profissional variou entre dois e 31 anos.

5.2 APRESENTAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO DO ESTUDO

O material empírico do estudo foi oriundo das seguintes questões norteadoras: Qual a compreensão de enfermeiros assistenciais no que diz respeito aos cuidados paliativos? Quais as estratégias que os enfermeiros adotam para promover os cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal? Como os enfermeiros utilizam a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, ao assistir o paciente em fase terminal? Como os enfermeiros empregam a comunicação para abordar as más-notícias ao familiar do paciente em fase terminal na prática dos cuidados paliativos?

As respostas obtidas a partir destas questões possibilitaram a construção de duas categorias apresentadas a seguir.

CUIDADOS PALIATIVOS: ASPECTOS CONCEITUAIS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS COM O PACIENTE EM FASE TERMINAL

Nessa categoria, foram contemplados trechos dos depoimentos dos enfermeiros inseridos no estudo sobre como compreendem os cuidados paliativos. O primeiro passo foi mostrar o que entendem a respeito das estratégias empregadas nessa modalidade de cuidar. Dessa temática, emergiram duas subcategorias: “Cuidados paliativos: promoção de qualidade de vida para pacientes sem possibilidades de cura” e “Estratégias utilizadas para a promoção de cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal”.

Cuidados paliativos: promoção de qualidade de vida para pacientes sem possibilidades de cura

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais cuja filosofia é fundamentada na prestação de cuidados que podem ser atribuídos ao paciente sem possibilidades de cura e a sua família, dentro das dimensões físicas, psicológicas e espirituais, de modo que lhe ofereçam

conforto e alívio necessário, a fim de minimizar os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável que são ocasionados por uma doença incurável (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

O conhecimento, a prática e o interesse dos profissionais da área de Saúde a respeito dos cuidados paliativos, em âmbito mundial, estão vinculados a determinados fatores que têm colaborado para o desenvolvimento exponencial dessa filosofia. Um dos fatores ponderado foi a reformulação do conceito de cuidados paliativos feita pela OMS, em 2002. Essa revisão alterou o objeto dos cuidados paliativos de pacientes oncológicos sem prognóstico de cura para pacientes acometidos por doenças crônicas que não respondem ao tratamento curativo (ARAÚJO, 2011).

Nesse prisma, o cuidado que, até então, era proposto apenas aos pacientes com câncer, passou a ser recomendado e praticado também para portadores de doenças crônicas e degenerativas (cardíacas, respiratórias, neurológicas, renais, infectocontagiosas) quando estão em fase avançada e não mais responsivos a tratamentos curativos, com vistas ao alívio da dor e do sofrimento que os tratamentos invasivos e pouco resolutivos causam nessa etapa.

Assim, os profissionais da Saúde das mais diversas áreas têm adentrado na filosofia paliativista ao buscarem por uma melhor qualidade de vida para os pacientes em estágio avançado de doenças que não são passíveis de cura.

Diante do exposto, verifica-se a notoriedade da prática dos cuidados paliativos para assistir os pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura e em fase terminal. Tais fatos são contemplados nestes trechos dos depoimentos dos enfermeiros:

Trata-se de uma modalidade de cuidado destinada a pacientes com doença sem possibilidades terapêuticas de cura, tendo como objetivo proporcionar bem-estar físico, psicológico, social, espiritual, através de ações de conforto, alívio da dor e atendimento de necessidades diversas deste paciente/cliente, com vistas a melhorar a qualidade de vida. (Enf.3)

É uma modalidade de cuidar direcionada para pacientes fora de possibilidades de cura, que visa uma assistência biopsicossocial e espiritual do início da doença até o momento final. (Enf.9)

[...] tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, amenizar os sofrimentos, atenuar a dor, promover conforto, acolhendo o paciente em sua integralidade, de forma holística, interagindo de forma empática. (Enf.12)

[...]na minha opinião, são cuidados oferecidos a um paciente que não tem mais possibilidades de cura, porém existe uma possibilidade de vida desse paciente, com qualidade. (Enf.26)

[...] Cuidados paliativos, é você apoiar o paciente, diminuir o seu sofrimento diante de sua dor, se entregando, verdadeiramente, ao cuidado. (Enf.25)

São procedimentos executados em pacientes em estado terminal, a fim de proporcionar conforto e bem estar e melhorar a qualidade de vida [...] é preciso envolver a família, Orientando familiares e cuidadores acerca do estado do paciente, explicando que durante esse período, os mesmos deverão proporcionar conforto, carinho, atenção, a fim de minimizar o sofrimento. (Enf.16)

Cuidados humanizados prestados ao indivíduo em fase terminal, visando uma assistência diferenciada, proporcionando menos sofrimento nos seus últimos momentos. (Enf.23)

[...] é preciso envolver a família, orientando familiares e cuidadores acerca do estado do paciente, explicando que durante esse período, os mesmos deverão proporcionar conforto, carinho, atenção, a fim de minimizar o sofrimento. (Enf.1)

Os depoimentos dos enfermeiros inseridos no estudo deixam transparecer sua compreensão acerca dos cuidados paliativos, assinalando que esses cuidados visam propiciar uma qualidade de vida melhor, por meio da promoção de conforto e de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, através do alívio da dor e do sofrimento desses pacientes que se encontram acometidos por doenças incuráveis e dos que estão em fase terminal.

Ademais, os pacientes que apresentam uma doença sem possibilidades de cura devem receber cuidados que promovam o conforto, aliviem os sintomas e controlem a dor, reconstruindo e resgatando sua condição básica de ser humano de acordo com suas potencialidades, como revela o seguinte trecho: “[...] cuidados que visam o conforto e a diminuição da dor de uma doença que não possui cura.” (Enf.18)

Souza et al. (2010) reforçam que os cuidados paliativos, na prática assistencial, são essenciais para se constituir um cuidado em que são adotadas medidas humanizadas, direcionadas aos pacientes terminais e sem possibilidades terapêuticas de cura, tanto no início da doença quanto em sua fase final. Entende-se que tais cuidados se baseiam na concepção de que o paciente, mesmo que esteja em estado terminal, pode fazer da vida uma experiência de crescimento e realização, porque, na vida, ele não se resume a um corpo físico, em que, na condição de terminalidade, nada pode ser feito, mas tem o direito de receber o melhor cuidado, mediante uma assistência que lhe proporcione conforto, bem-estar e auxilie as funções fisiológicas, respeitando-se as suas necessidades individuais.

A abordagem sobre os cuidados paliativos centra-se nas necessidades de cada paciente, uma vez que a assistência é voltada para o alívio da dor e o controle de sintomas

decorrentes da fase avançada da doença, sem função curativa, visando preservar a qualidade de vida, até a sua finitude, de uma maneira holística, como expressa este entrevistado: “[...] nos cuidados paliativos temos que ver o paciente não apenas como uma parte, mas sim como um todo.” **(Enf.4)**.

Logo, ao passo que os discursos esclarecem a necessidade de prestação do conforto físico aos pacientes terminais, assinalam a presença do enfermeiro do início até o último momento do cuidado prestado a eles, como um aspecto de fundamental importância, no sentido de proporcionar uma relação ainda mais envolta por atenção e desvelo com ele. As falas revelam, ainda, a existência de ideias sobre tais cuidados, concebidas ao longo da assistência ao paciente e baseadas na busca de qualidade de vida.

Maccoughlan (2006) menciona que os cuidados paliativos compõem um campo de cuidados totais, ativos e integrais, proporcionados aos pacientes com doenças avançadas e sem possibilidades de cura, para que vivam com dignidade os dias que lhes restam. Buisan e Delgado (2007) definem a qualidade de vida como uma percepção do indivíduo sobre o seu contexto cultural e sistema de valores, no que diz respeito às suas metas, expectativas, normas e preocupações, a partir de seu posicionamento diante do seu contexto de vida. Assim, percebe-se que cuidar não visa exclusivamente curar doenças, mas também promover qualidade de vida, para satisfazer às necessidades individuais de cada ser humano. De acordo com Silva e Hortale (2006), esse cuidar é a essência dos cuidados paliativos, que tem como objetivo a busca da qualidade de vida, fato elucidado nos discursos expostos.

Com base no exposto, infere-se que tais cuidados envolvem um processo interior de busca e despertar de valores, sempre que a ocasião se origina de um envolvimento, de um cuidado empático e não somente de um cuidado técnico. Nessa maneira de cuidar, os enfermeiros mostraram que procuram promover uma assistência humanística, visando a uma melhor qualidade de vida, não somente do paciente, mas também de sua família, como evidenciaram os trechos, a seguir: “[...] cuidados prestados aos pacientes fora de possibilidades de cura, envolvendo os seus familiares” **(Enf.15)**, “[...] visam proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente e aos seus familiares” **(Enf.9)** e deverão estender-se “[...] desde o diagnóstico até o luto da família.” **(Enf.3)**

Para Santana et al. (2009), a família é a célula social, o princípio da formação de cada ser, a referência mais importante até a fase adulta, presente até o final da vida. Essa definição está em consonância com a filosofia dos cuidados paliativos, que destaca a presença da família com o paciente até a sua finitude.

Araújo (2011) reforça que a família é muito valorizada no âmbito dos cuidados paliativos, visto que, além de se configurar como fonte de apoio e estímulo para o paciente no enfrentamento do processo de adoecimento e morte, revela-se como uma continuidade do próprio paciente, representando seus valores e demandas em situações que ele não pode resolver por si próprio. A autora assinala que a rede familiar que apoia o paciente compreende não apenas os seus consanguíneos, mas também as pessoas próximas com quem ele tem um relacionamento mais estreito.

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos visam ao controle dos sofrimentos físicos, emocionais, espirituais e sociais do paciente e sua família, na presença de doenças sem possibilidades terapêuticas de cura. Os profissionais que programam sua assistência, em essencial, os enfermeiros, uma vez que ficam mais tempo com o paciente, devem assimilar diferenciadas formas de cuidado, destacando a procura de uma relação dialógica, integrada ao saber ouvir, com o paciente e com a família, reforçada pelo vínculo e pela confiança entre o profissional e o paciente/família.

Ferreira, Chico e Hayhashi (2005) chamam a atenção para o fato de que, quando um indivíduo recebe um diagnóstico de que a doença está fora de possibilidades de cura, sua família sofre com ele, e o impacto é sempre muito doloroso. Em consequência disso, cada família pode manifestar reações distintas, como negação, reserva ou fechamento do diálogo. Observa-se, assim, que a família é aspecto fundamental para o paciente que vivencia o processo de morrer e fonte de apoio e de estímulo para o enfrentamento de diversos problemas que permeiam essa situação.

Esse apoio pode ser sinônimo de força, suporte, base, alento, um porto seguro que, independentemente das adversidades, sempre estará lá para acolher e aconchegar o membro que passa por um problema. Portanto, perante o sofrimento vivenciado, o apoio passa a ter sentido de encorajamento, estímulo, incentivo e força que incitam o indivíduo a lutar pela vida (ARAÚJO, 2006).

Em uma pesquisa que desenvolveu, Santos (2009) averiguou que, na perspectiva dos cuidados paliativos, a família é uma unidade de cuidados, cujos membros podem apresentar potencialidades e dificuldades que devem ser identificadas e trabalhadas. É recomendável principiar o trabalho em relação ao luto antes da morte e continuá-lo após o desenlace.

A OMS recomenda que, na prática dos cuidados paliativos, a família deve ser incluída, e esse processo deve se estender ao período de luto, que deve ser iniciado o mais precocemente possível. E é na equipe profissional, com seus múltiplos olhares e sua

percepção individual, que se pode realizar o trabalho de luto dos familiares, de forma abrangente e eficaz (WHO, 2002). Em seu contexto, a família é considerada como uma das principais fontes de sustentação e de estímulo para o enfrentamento de uma doença considerada terminal.

Portanto, é notória a importância dos Cuidados paliativos, para proporcionar a valorização do ser humano no processo saúde-doença, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida, quando não existir mais possibilidade terapêutica, bem como promover suporte aos seus familiares durante o estágio da doença e no processo da morte e do morrer.

Estratégias utilizadas para a promoção de cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal

Os cuidados paliativos estão constituindo um corpo de conhecimentos que vem se tornando um elemento do trabalho dos profissionais da área de Saúde, tendo em vista o aumento da sobrevida de pacientes portadores de doenças crônicas e terminais, primordial para a promoção de sua qualidade de vida e bem-estar (COSTA, 2011). Para o alcance de uma proposta de assistência integral, no trabalho com os cuidados paliativos, os profissionais recorrem a distintas estratégias, como, por exemplo, a espiritualidade, a musicoterapia, a farmacoterapia e a comunicação. Algumas delas foram destacadas pelos participantes do estudo, conforme os seguintes relatos:

Estratégias farmacológicas e não farmacológicas. (Enf.15)

[...] destaca-se a farmacologia, com o objetivo de diminuir a dor física. (Enf.26)

[...] utilizo medidas para o alívio da dor, conforto e bem-estar. (Enf.3)

[...] utilizar medidas principalmente para o alívio da dor. Exercer a escuta, sabendo ouvir as queixas do paciente. (Enf.21)

Além dos cuidados físicos, o apoio emocional e espiritual deve ser oferecido a este paciente. (Enf.10)

Manutenção de diálogo com o paciente e sua família, procurando atender na resolução de suas queixas. (Enf.2)

Comunicação efetiva entre paciente-profissional-familiar. (Enf.6)

Passar confiança a partir do diálogo desenvolvendo técnicas de enfermagem que tem em sua essência a humanização. (Enf.7)

Os fragmentos das falas dos enfermeiros mencionados mostram que os profissionais reconhecem as diversas estratégias de cuidados empregadas na prática dos cuidados paliativos. Eles conhecem várias possibilidades terapêuticas direcionadas ao paciente terminal, entre elas, destacam-se a biológica (farmacológica) e as psicoterapêuticas (espiritualidade, musicoterapia, respeito, promoção de conforto e comunicação).

Em relação à estratégia biológica farmacológica, constata-se que o emprego de drogas em pacientes que estão sob cuidados paliativos emerge com a finalidade de aliviar o quadro de dor em que se encontram. Das drogas que existem para essa finalidade, averigua-se a *cannabis sativa* (CS), comumente conhecida como canabinoide, cuja ação é capaz de amenizar a dor crônica, visto que promove efeitos ansiolíticos, analgesia e aumento da tolerância à dor. Além desses benefícios, essa droga age com outros princípios fundamentais para o bem-estar do paciente - estímulo do apetite no estado de caquexia, ação antiemética, relaxamento muscular para aliviar a espasticidade, atividade antitumoral no câncer, entre outros. Todavia, é importante ressaltar que, para se utilizarem os canabinoides como analgésicos, devem ser consideradas as limitações que essa alternativa terapêutica apresenta, porquanto ainda é incipiente a realização de pesquisas que a recomendem para pacientes crônicos (BONFÁ; VINAGRE; FIGUEIREDO, 2008).

Estudo desenvolvido por Salamonde et al. (2006) verificou que o tratamento da dor empregando-se os cuidados paliativos ocorreu por meio da analgesia controlada pelo paciente (PCA) utilizando-se a metadona no domicílio. Esse tipo de tratamento se revelou seguro e eficaz pela não ter apresentado efeitos colaterais significativos. Os autores acrescentam que é imprescindível o conhecimento clínico e farmacológico do anestesiológista na equipe multiprofissional para proporcionar um atendimento adequado para o alívio dos sintomas dos pacientes e a humanização no período final de vida. Nesse contexto, um dos participantes do estudo reforça que “[...] uma das estratégias é a promoção da analgesia conforme prescrição médica.” (Enf.2)

Outra pesquisa realizada por Waterkemper, Reibnitz e Monticelli (2010) aponta que, para proporcionar um cuidado eficaz ao doente que está recebendo cuidados paliativos, é necessário, antes de administrar fármacos, avaliar a dor, que deve ser reconhecida pelos profissionais da área de Saúde como uma atividade assistencial imperativa em sua atuação.

No que concerne a controlar e aliviar a dor adequadamente, o estudo desenvolvido por Silva e Sudigursky (2008) revela que uma dor mal controlada causa impacto, além do âmbito físico, no indivíduo doente, na família e nos profissionais de Saúde. Portanto, a melhora do quadro clínico representa um direito do indivíduo e um dever dos profissionais dessa área, que devem criar estratégias para diminuir o sofrimento provocado por esse quadro.

Nesse sentido, a avaliação da dor, sobretudo pelo enfermeiro, é o ponto fundamental para o planejamento do cuidado. Por ser subjetiva, não palpável, e uma experiência individual é de difícil avaliação, que requer do enfermeiro suporte educacional, conhecimento e instrumentos que contribuam para sua compreensão (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010). Assim, é imprescindível que o enfermeiro reconheça a utilização da farmacoterapia e da avaliação da dor para pacientes que se encontram em fase terminal, uma vez que o emprego de cuidados técnicos é essencial nos cuidados paliativos para aliviar a dor e outros sintomas decorrentes da doença terminal.

No que diz respeito à espiritualidade, é uma estratégia, no campo dos cuidados paliativos, muito importante para o paciente terminal, visto que o cuidado voltado para a dimensão espiritual pode proporcionar-lhe uma boa qualidade de vida. Essa estratégia também foi ressaltada por alguns enfermeiros envolvidos no estudo. De acordo com Peres et al. (2007), a espiritualidade pode ser conceituada e reconhecida como uma prática significativa e com propósito de vida e coopera para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades. Para Silva (2011), a espiritualidade faz parte da natureza humana e deve ser desvelada pela vivência e pelas descobertas individuais. É diferente para cada indivíduo e pode aparecer como propósito de vida, conexão com uma força maior e autoconhecimento.

A própria definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de cuidados paliativos demonstra uma preocupação com as necessidades espirituais dos pacientes e de seus familiares, porquanto a abordagem global fundamenta-se na compreensão de que a pessoa é uma entidade indivisível, um ser físico e espiritual (WHO, 2002). A procura de sentido, de algo maior em que se pretende confiar tem sido expressa de muitas maneiras, diretas e indiretas, em metáforas ou em silêncio, em gestos ou símbolos, entre outros (COSTA, 2011). É nesse contexto em que a modalidade espiritual em cuidados paliativos emerge com o desígnio de dar mais atenção às necessidades do paciente, para que ele tenha uma assistência integral que envolva esse aspecto e interfira, por conseguinte, na melhora da sua qualidade de vida.

Peres et al. (2007) mencionam que é preciso compreender que o paciente terminal, antes de se ajustar às suas necessidades espirituais, carece ter seus desconfortos físicos bem aliviados e controlados. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, uma vez que o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo.

No estudo desenvolvido por Steinhauser et al. (2000), constatou-se certa discrepância no que diz respeito à importância da espiritualidade no trato com pacientes terminais, que foi reportada pelos pacientes como o aspecto mais importante, mas não tanto para profissionais da área da Saúde. Os autores ressaltam que muitos desses profissionais acabam por negligenciar uma dimensão apontada como uma das mais importantes para pacientes e/ou familiares nesse momento da vida.

Assim, os significados e o que caracteriza o cuidado espiritual dispensado pelo enfermeiro têm sido pontuados como acontecimentos da prática de enfermagem que devem ser definidos pela ótica desse profissional, do paciente e de sua família, principalmente nos cuidados paliativos. Isso porque o enfoque da Enfermagem é, justamente, o ser humano, que precisa receber cuidados na perspectiva de um paradigma holístico e considerado em sua totalidade “biopsicossocioespiritual” (SILVA, 2011). Logo, no contexto dos cuidados paliativos, o enfermeiro deve reconhecer o valor da dimensão espiritual ao cuidar do paciente. Além disso, precisa reconhecer que tais estratégias tornam-se aparentes em situações específicas, histórias ou crenças em particular, razão por que precisa de mais conforto para enfrentar essa situação (FRANÇA, 2011).

Outra estratégia referenciada pelos enfermeiros inseridos no estudo foi a musicoterapia. A música é conceituada como uma linguagem universal, por meio da qual é possível mediar uma relação intersubjetiva. É um meio de comunicação capaz de suscitar sentidos, que excede os limites da expressão verbal. É caracterizada como um recurso terapêutico em potencial, que abarca infinitas possibilidades de abrir caminhos e ampliar os horizontes de expressão do paciente, para que ele alcance um novo patamar de integridade, integração e inteireza, isto é, de saúde (SEKI; GALHEIGO, 2010).

A utilização da música, como estratégia para se cuidar do paciente terminal, pode ser utilizada como uma ferramenta para facilitar a comunicação e a relação entre ele, sua família e os profissionais da área de Saúde, o que torna o cuidado mais humanizado (SALES et al., 2011). Vale salientar que a música, por se constituir um recurso de comunicação, pode promover relação interpessoal e abertura do ser humano para o discurso, viabilizando o

atendimento de suas necessidades emergentes (SEKI; GALHEIGO, 2010; SALES et al., 2011).

Seki e Galheigo (2010) acrescentam que a música pode facilitar, de diferentes maneiras, a despedida. Canções suaves de ninar podem ser usadas, pois remetem às sensações de cuidado e de proteção e podem ajudar a aliviar o medo do abandono durante o processo de passagem. Existem estilos musicais que podem se relacionar com a espiritualidade, como os cantos gregorianos e a música erudita, e que podem estimular sentimentos de serenidade, em especial, no momento da morte. A música também pode preencher, com beleza e significado, os momentos de silêncio tão difíceis de serem suportados quando se acompanha alguém que está morrendo e cria um ambiente mais confortável. Pode, ainda, auxiliar na manutenção de uma equipe de saúde saudável e integrada.

Cumprе assinalar que a música proporciona uma visão transdisciplinar inserida numa concepção complexa de saúde e de doença que compreende o relacionamento interpessoal, a expressividade emocional e afetiva e os aspectos histórico-culturais dos indivíduos e dos grupos. Esse recurso promove o acolhimento e o estabelecimento de relações e vínculos voltados para uma concepção humanizada do cuidado de enfermagem; reduz a sensação de despersonalização; melhora a autoestima e proporciona conforto e bem-estar. Nesse processo, a participação dos clientes na escolha musical estimula sua autonomização e promove um cuidado humanizado. Portanto, evidencia-se a necessidade de integrar a música ao cuidado de enfermagem (SALES et al., 2011). Nesse contexto, merece destaque o relato de um profissional participante do estudo, que afirma: [...] utilizo tanto a musicoterapia como a espiritualidade. **(Enf.15)**

Santana et al. (2009) referem que é fundamental acoplar os cuidados paliativos a uma proposta de cuidados mais humanizada, não como uma obrigação, mas como um ato de respeito e de solidariedade. Acrescentam que se preocupar com o lado emocional é, sobretudo, atuar em prol da melhoria da qualidade de vida do paciente terminal e de sua família, para que possa acompanhar e suportar a dor e a angústia e resgatar a vida em um contexto de morte eminente.

Logo, ao desenvolver estratégias que minimizem o sofrimento multidimensional dos pacientes em fase terminal e de sua família, o enfermeiro deve percebê-los por inteiro e promover, de maneira responsável, uma assistência individualizada, que compreenda sua própria experiência de ser enfermeiro participante desse processo. Nesse contexto, a

comunicação é uma estratégia indispensável na prática dos cuidados paliativos, que será ressaltada na categoria seguinte.

CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO

Dessa categoria, emergiram duas subcategorias: “Cuidados paliativos e comunicação: relação interpessoal do enfermeiro com o paciente terminal” e “Comunicação de notícias difíceis: suporte aos pacientes e aos familiares submetidos aos cuidados paliativos.”

Cuidados paliativos e comunicação: relação interpessoal do enfermeiro com o paciente terminal

A Enfermagem é um processo de interação humana do qual a comunicação é parte central. É um dos instrumentos mais significativos do agir humano, por possibilitar a emissão e a recepção de informação, uma vez que permeia toda a ação do ser humano, como um processo de trocas, de compreensão e de partilha de mensagens enviadas e recebidas, em que o emissor deve ser capaz de perceber a reação do outro e ser sensível à relação estabelecida. Portanto, comunicar-se é próprio da natureza humana (FRANÇA, 2011).

Assim, por meio da comunicação – que pode exercer influência no comportamento das pessoas nela envolvidas em curto, médio ou longo prazos – as pessoas podem trocar experiências, ideias e sentimentos, transformar a realidade em que estão inseridas. Isso possibilita, constantemente, que estejam envolvidas por um campo interacional.

Araújo (2006, p. 87), ao tratar do relacionamento interpessoal e da comunicação, considera que essa interação é a dimensão essencial da experiência humana e da vida, por admitir a existência da pessoa. A autora complementa que, nos relacionamentos, “[...] os seres humanos compartilham elos comuns por entre suas experiências ao longo da vida, sendo que cada uma dessas experiências revela ao homem que somos todos iguais.” Logo, o relacionamento interpessoal é dimensão fundamental da experiência humana, por confirmar a existência do indivíduo, portanto, é essencial para a vida.

No que diz respeito à comunicação interpessoal, convém enfatizar a importância da comunicação entre o enfermeiro e o paciente terminal de maneira autêntica, visto que a situação em que ela se encontra coloca-a em condições, quase sempre, difíceis de compreender, caracterizadas pela dor e pelo sofrimento, que resultam em angústia e

depressão. Destarte, o enfermeiro deve ter conhecimentos e habilidades de comunicação para minimizar a aflição do paciente e interpretar com precisão as informações, com vistas a lhe oferecer um cuidado holístico (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Nas falas apresentadas a seguir, alguns profissionais inseridos no estudo destacam a importância da relação humana e mostram que a comunicação com o paciente que vivencia o processo de terminalidade é considerada a base de um bom relacionamento interpessoal.

A comunicação é uma ferramenta extremamente relevante no processo de cuidar, principalmente quando se trata de paciente terminal, no sentido de fortalecer o vínculo entre paciente/profissional/familiares, estimular o paciente a verbalizar anseios, preocupações e dúvidas acerca da situação clínica, dar oportunidade ao paciente/familiar de verbalizar preferências no atendimento e ajudá-los a tomada de decisões. (Enf.3)

A comunicação é um elemento essencial na relação humana, através dela podemos detectar problemas, facilitar o alívio dos sintomas, estimular e melhorar a autoestima do paciente, conhecer valores, favorecer o bem-estar e detectar as necessidades não só dos pacientes, mas também dos seus familiares. (Enf.17)

[...] a comunicação verbal e não verbal, traz tranquilidade e confiança com a equipe que o está acompanhando, fazendo com que o paciente se sinta a vontade em falar e expressar suas angústias, medos e ansiedades. (Enf.8)

Mesmo que não seja um paciente que verbaliza, que se comunica verbalmente, é importante proporcionar confiança, fazer com que ele saiba que tem um profissional que demonstra atenção, afeto e compromisso com o doente. (Enf.23)

Ao estabelecermos um elo de comunicação com esse paciente e a família podemos avaliar a situação de cada e atender de forma individualizada as demandas de cada um. (Enf.10)

O paciente só permite ser cuidado quando ele sente segurança no profissional que está lhe assistindo, e essa segurança só se dar através da comunicação, conversando com ele. (Enf.20)

Nesses relatos, os enfermeiros destacam a importância da comunicação como uma estratégia eficiente no cuidado com o paciente terminal e referem que deve ser utilizada nas formas verbal e não verbal, o que demonstra a relevância da comunicação entre o enfermeiro e o paciente na terminalidade, visto que a condição em que ele se encontra coloca-o em situações que, às vezes, são difíceis de compreender, por serem caracterizadas pela dor e pelo sofrimento, que geram angústia e depressão. Portanto, a comunicação é uma das habilidades que devem ser empregadas pelo enfermeiro, para que ele possa expandir a habilidade de

apreender as mensagens - implícitas ou explícitas - que permeiam sua relação com o paciente e os familiares.

No contexto dos cuidados paliativos, a comunicação feita de forma adequada é considerada como um pilar fundamental para sua eficaz implementação. Trata-se de um suporte que o paciente pode empregar para expressar seus anseios. Para isso, precisa de um cuidado integral e humanizado, que só é possível quando o profissional recorre às suas habilidades de comunicação, essencialmente, com o paciente em fase terminal, para estabelecer uma relação efetiva com ele e sua família (JACCOBSEN; JACKSON, 2009).

Buisan e Delgado (2007) enunciam que a comunicação é um método terapêutico sobremaneira importante na relação entre o profissional e o paciente. E se for explanada de maneira compreensível, promove uma modificação de mentalidade do paciente sem possibilidades de cura, colabora para que tenha consciência de sua dignidade durante toda a assistência prestada e lhe proporciona autonomia, quando precisa tomar decisões sobre sua vida e seu tratamento. Nessa linha de pensamento, Araújo e Silva (2007) assinalam que, quando o profissional se comunica com o seu paciente terminal de maneira adequada, quase sempre, consegue decifrar informações essenciais e amenizar-lhe a ansiedade e a aflição. Assim, ao mesmo tempo em que lhe proporciona um cuidado eficaz, conquista mais satisfação profissional.

Em estudo realizado pelas referidas autoras, com pacientes com câncer avançado, elas concluíram que a comunicação interpessoal é um atributo essencial aos cuidados paliativos. Contudo, o profissional deve utilizar sinais não verbais para estabelecer um vínculo de confiança entre ele e o paciente e valorizar o sinal verbal alegre, que privilegie o otimismo e o bom humor. Observou-se, ainda, que o paciente terminal anseia por uma comunicação que alcance algo a mais - aquela em que apenas se transmitem informações - e passe a ser transmitida de forma diferenciada, com emprego de palavras e atitudes (comunicação verbal e não verbal) que revelem mensagens de atenção, cuidado e proporcione segurança.

Assim, considerando a importância da utilização da comunicação verbal e da não verbal para emitir e receber mensagens, elas também foram destacadas por alguns enfermeiros do estudo, conforme mostram estes relatos:

Utilizo tanto a verbal, através da fala, como a não verbal por meio do olhar, de gestos, do toque, do carinho e do conforto. (Enf.21)

[...] verbalizando todas as ações realizadas previamente, transmitindo segurança, com empatia e otimismo sempre. Comunicando procedimentos, elogiando a sua contribuição. (Enf.13)

Chegando perto do mesmo, muitas vezes segurando sua mão, conversando, olhando em seus olhos e deixando que ele fique a vontade para expressar seus sentimentos. (Enf.28)

[...] podendo-se estabelecer uma comunicação verbal ou não verbal, no intuito de atender a necessidade do paciente/familiar em todas as suas dimensões. (Enf.26)

Existem duas principais formas de comunicação, a verbal e a não verbal. Tentar usá-las é uma arte. (Enf.14)

Nas falas dos enfermeiros, é nítida a preocupação em atender às necessidades dos pacientes por meio da comunicação verbal e da não verbal. Eles ressaltam a importância do olhar, do toque, do carinho e do conforto inserido no universo do modo não verbal de se comunicar, na relação direta com o paciente terminal.

Pessini (2006) aponta três pilares básicos dos cuidados paliativos: o emprego adequado da comunicação, o controle da dor e dos demais sintomas e a adaptação do organismo. Com base nisso, o enfermeiro que segue a essência da assistência paliativa proporciona um cuidado integral e humanizado ao paciente e contribui para que possa se expressar, satisfazer seus anseios e manifestar sentimentos. Para isso, deve recorrer à comunicação verbal e a não verbal com o paciente.

No que diz respeito à comunicação verbal, os trechos dos depoimentos elucidaram que os enfermeiros utilizam a verbalização quando cuidam do paciente em fase terminal, porquanto ela é essencial para que haja um relacionamento interpessoal efetivo. Suas falas também resgatam a importância da relação humana e expõem que o relacionamento interpessoal, fundamentado na empatia e no otimismo, é o principal subsídio para o bem-estar do paciente.

Convém ressaltar que o emprego apropriado da comunicação verbal é uma medida terapêutica comprovadamente eficaz para os pacientes terminais. É considerado um componente essencial do cuidado no fim da vida, porque minimiza o estresse psicológico do paciente e lhe permite compartilhar o sofrimento (ARAÚJO; SILVA, 2012). Acerca desse fato, Araújo e Silva (2012) apontam que, independentemente da capacidade de comunicação verbal do paciente, é dever do enfermeiro ouvi-lo e percebê-lo, identificando qual o estágio do

processo de morrer em que se encontra e quais são suas necessidades, para orientar e capacitar sua equipe a suprir as demandas.

Foschiera e Piccoli (2004) elucidam que existem algumas estratégias de comunicação terapêutica das quais o enfermeiro pode lançar mão para amenizar o estresse causado pela condição da terminalidade. Ele deve estar atento ao uso adequado das técnicas de comunicação verbal, captá-las e interpretá-las adequadamente, demonstrar confiança e criar um vínculo com o paciente. Dessa forma, a atuação do enfermeiro garante tal suporte e identifica suas necessidades de diálogo, escuta e orientações que melhorem o conhecimento e as habilidades requeridas para manter um comportamento adequado de saúde. Além disso, a comunicação efetiva entre o enfermeiro e o paciente possibilita-lhes uma interação terapêutica, por meio da empatia e da criação de um ambiente saudável, humanizado e sistematizado.

Souza e Saran (2012) citam que um dos aspectos da comunicação que influenciam as estratégias da linguagem verbal pelos enfermeiros é o tom de voz, que deve ser firme e seguro quando necessário, como, por exemplo, para dar um diagnóstico, e doce o suficiente para se expressar numa situação de apoio psicológico ou um gesto de afeto. Portanto, a comunicação verbal é estabelecida por meio de palavras que expressam um pensamento, clarificam um fato ou validam a compreensão de algo, porém não é suficiente para caracterizar a complexa interação do que ocorre no relacionamento humano. Para isso, segundo Araújo e Silva (2012), é essencial ser acompanhada por emoções e sentimentos para que se possa compreender não só o significado bruto da palavra, mas também os sentimentos que vêm implícitos na mensagem. Tais fatos são realizados por meio da comunicação não verbal, através da qual é possível compreender os sentimentos nos relacionamentos interpessoais.

Nesse contexto, relatos dos enfermeiros do estudo ressaltam uma íntima relação de conhecimento e de confiança mútua com o paciente terminal, através do toque, do olhar, do estar atento, da demonstração de ternura, do conforto, de um simples gesto de carinho. Essas são maneiras significativas de expressar interesse pelo outro, mediante a presença verdadeira, interagindo e coexistindo. Essas formas de expressão fazem com que o paciente se sinta melhor e compartilhe suas experiências de maneira autêntica.

A respeito disso, Araújo e Silva (2012) asseguram que a consagração de vínculo que é o objetivo do relacionamento interpessoal, requer a comunicação não verbal, imprescindível na relação entre o cuidador e o ser que é cuidado, que passam a confiar um no outro a partir da

demonstração de empatia e de transmissão de segurança, por meio do olhar, do toque, dos gestos, das posturas corporais, entre outros.

Essa modalidade de comunicação é imprescindível para propiciar um cuidado humanizado com o paciente em fase terminal e com sua família, através de um olhar do profissional que promulgue esperança, de um sorriso que demonstre afetividade, de um toque que expresse um carinho, uma palavra que demonstre a importância de estar verdadeiramente com o paciente nesse período tão individual de sua vida (SILVA et al., 2009).

Assim, a noção de que a comunicação não verbal permeia toda emissão verbal deve estar presente, uma vez que revela sentimentos e intenções, razão por que os sinais devem ser clarificados e questionados a fim de se compreender bem mais o momento vivido (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007).

Ainda acerca da comunicação não verbal, Higuera (2005) assevera que a grandeza da escuta ativa, na prática dos cuidados paliativos é caracterizada pelo modo como o cuidador se concentra no outro, sem interrompê-lo, deixando-o falar, respeitando o silêncio, para que possa escutar suas dúvidas, inseguranças, desconforto e até mesmo o seu medo. Tal fato foi abordado pelos participantes do estudo, como revelam os trechos abaixo:

É importante que o profissional sempre escute as preocupações dos pacientes e de sua família, seus anseios, suas dúvidas, seus desabafos, promovendo um cuidado com qualidade. (Enf.5)

[...] a questão de ouvir o outro é de suma relevância para entender as necessidades e anseios do paciente/cliente. (Enf.7)

Procuro ser empático, interagindo, acolhendo, ouvindo com calma e prudência, respeitando a vontade do paciente. (Enf.12)

[...] é importante acolher o paciente e seus familiares e fazer a escuta. (Enf.27)

As falas mostraram que os enfermeiros, a partir de uma comunicação eficaz, demonstram preocupação e interesse pelos pacientes terminais e por sua família, escutando-os, procurando dirimir dúvidas a respeito do estado de saúde e proporcionando-lhes segurança.

Uma das principais habilidades de comunicação necessária aos profissionais da Saúde é a escuta, que deve ser atenta e reflexiva, para que o profissional possa identificar as reais necessidades dos pacientes. Mostrar-se disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira eficaz de ajudá-lo emocional e espiritualmente (SILVA; ARAÚJO, 2012). Para

Higuera (2005), escutar os pacientes terminais significa concentrar-se no paciente e em suas reais necessidades, em diferentes aspectos. Prestar atenção às suas expressões, manifestadas de forma verbal ou não verbal. Quando o profissional está preparado para a escuta, o paciente e seus familiares se sentem atendidos e satisfeitos em seus anseios e preocupações.

Araújo (2011) assinala que a escuta ativa envolve o uso terapêutico do silêncio, a emissão consciente de sinais faciais não verbais que denotam interesse no que está sendo dito (manutenção de contato visual, meneios positivos de cabeça), a aproximação física e a orientação do corpo com o tronco voltado para a pessoa e o uso de expressões verbais curtas que encorajam a continuidade da fala, tais como: “E então...”, “estou te escutando...”, entre outras.

Para tanto, é imprescindível que o enfermeiro transforme sua forma de assistir, passando do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades, para, só então, planejar ações. Nesse sentido, o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, empregar gestos de afeto e sorriso que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos (ARAÚJO, 2006).

Araújo e Silva (2012) comentam que os enfermeiros que trabalham com pacientes em iminência de morte e com sua família estimam o uso da comunicação verbal e da não verbal, bem como da escuta qualificada como instrumentos terapêuticos efetivos, embora, nem sempre, façam o uso delas. Tal fato corrobora os discursos de dois participantes do estudo: “[...] apesar da importância da comunicação verbal e não verbal estas são pouco praticada no ambiente hospitalar.” (**Enf.19**), “[...] eu sei que é importante utilizar a verbalização com o paciente, utilizar o toque. Mas, é muito difícil eu fazer o uso dessas práticas, pois a rotina não permite.” (**Enf.16**)

Desse modo, o serviço de educação continuada mostra-se de extrema relevância e indispensável para o treinamento e constante aperfeiçoamento dos profissionais, mesmo os que já exercem atividades em instituições hospitalares com pacientes na finitude de vida.

Outro aspecto merecedor de destaque diz respeito à comunicação do enfermeiro com os pacientes inconscientes e com os que não verbalizam. Em seu depoimento, o **Enf.23** adverte que, “[...] mesmo que não seja um paciente que verbaliza, que se comunica verbalmente, mesmo que ele esteja inconsciente, é importante proporcionar confiança, fazer com que ele saiba que tem um profissional que demonstra atenção, afeto e compromisso com o doente.”

Esse relato esclarece que o fato de o paciente não verbalizar não quer dizer que não há mais nada a fazer. Ao contrário, ressalta que é justamente nessa situação que devemos ter mais contato com ele para que se comunique. Destarte, acrescenta que devemos aproveitar o momento em que o paciente está bem e promover a conversa, estabelecendo confiança, atenção, afeto e compromisso. Os depoimentos seguintes ilustram essa colocação, quando referenciam que: “[...] mesmo quando ele não mais se expressa, que está em estado de inconsciência, levo palavras de conforto a este.” **(Enf.26)**, “[...] Cada paciente pode estar vivenciando uma fase diferente da terminalidade. O diálogo muitas vezes é o suficiente para o alívio da angústia, mesmo quando ele não verbaliza mais.” **(Enf.8)**

Araújo (2006) assegura que, mesmo diante da impossibilidade de verbalizar seus anseios, o paciente em fase terminal demonstra sofrimento e ansiedade, de maneira não verbal e fisiológica. Com base nisso, o enfermeiro deve perceber tais sentimentos agindo ao lado da família, com compreensão e dando apoio emocional, escutando, confortando, encorajando e estando presente nesse momento tão singular. Essa percepção de sentimentos é presumível, através do toque e da expressão com gestos de carinho pela família e pelo profissional.

Logo, a comunicação efetiva e compassiva com os pacientes inconscientes minimiza o sofrimento psicológico, no que concerne às questões da terminalidade e do apoio solicitado, e conforta, para que tenham uma morte digna. A comunicação, na terminalidade (momento em que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível), ultrapassa a troca de informações, porque requer, essencialmente, a proteção, o carinho, a atenção e o toque, que têm como finalidade proporcionar uma assistência digna e amenizar as inúmeras necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente (OLIVEIRA et al., 2006).

É oportuno mencionar, também, a importância da comunicação como estratégia, no campo dos cuidados paliativos, direcionada aos familiares de pacientes em fase terminal, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

*É um importante canal entre o paciente/família e a equipe, [...] é essencial para que haja um respeito mútuo e assim promover uma melhor qualidade de vida ao paciente e um melhor processo de luto aos familiares. **(Enf.9)***

*A comunicação é fundamental para que todos da equipe de enfermagem assistam de maneira holística e com maior sensibilidade, carinho e amor ao paciente e aos seus familiares, que são partes essenciais do processo. **(Enf.14)***

Fundamental, fazendo com que o paciente e o familiar ao se comunicar com a equipe tenha segurança e confiança acerca do serviço prestado, essa segurança também é passada para nós profissionais, que acabamos por manter um vínculo com o paciente. (Enf.18)

Durante a visita, sempre comunico ao familiar acerca da assistência de enfermagem prestada e do estado geral do paciente. (Enf.16)

Os depoimentos desses enfermeiros mostraram, de uma maneira geral, a importância da comunicação verbal e não verbal com a família do paciente em fase terminal. Lembraram, ainda, que a família é o elo fundamental no processo de cuidado com o paciente e que, para se adquirir a confiança dele, é imprescindível uma boa interação com a família, que deve oferecer proteção psicossocial ao paciente na finitude de vida, sobretudo durante o processo de adoecimento e hospitalização, condição de se manter uma relação interpessoal e holística com ela, a considerar-se o contexto, a dinâmica e o relacionamento familiar (FRANÇA, 2011).

Observa-se que a comunicação com o paciente e com os membros da família é essencial para que os profissionais da área de Saúde possam oferecer um serviço de qualidade, pois somente através de uma comunicação efetiva com todos os membros é que ele estará apto a incluí-la adequadamente na terapêutica dos cuidados paliativos e a proporcionar, nesse novo contexto, outra forma de equilíbrio para ela (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

Ordahi, Padilha e Souza (2007) asseveram que o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre a tríade enfermeiro-paciente-família é sobremaneira relevante, para se conhecer bem mais o paciente e suas necessidades, com habilidade e compreensão, e proporcionar-lhe uma assistência terapêutica singular. Nesse prisma, o diálogo entre o profissional da Saúde e a família do paciente terminal pode desvendar muitos anseios, medos e dúvidas presentes nessa dimensão e, de tal modo, promover a criação de vínculo, importante e necessário nessa etapa da vida e que, para que seja efetivo, os profissionais precisam ser treinados em comunicação terapêutica e desmitificar a ideia de que a família “só atrapalha” ou que o cuidado é somente para o paciente. Nessa perspectiva, esse profissional deve ser orientado para compreender quando e o que falar, quais posturas deve adotar (compreensão, aceitação e afeto), como calar, escutar e estar acessível às necessidades da família e do paciente.

Destarte, objetivando-se firmar com o paciente e família, uma relação de ajuda efetiva, a comunicação é necessária para que eles possam demonstrar seus medos, angústias e valores (SOUSA et al., 2010).

A questão da segurança e da confiança é explanada nos relatos dos enfermeiros, que referem os seus cuidados consubstanciados em uma abordagem humanizada, que é permeada por uma relação legítima com os familiares, mais próximos deles. Essa relação ocorre pelo fato de os enfermeiros passarem a maior parte do tempo dispensando sua assistência ao paciente e sua família, estabelecendo uma relação de amizade e, conseqüentemente, desenvolvendo um vínculo maior.

Ante o exposto, ressalta-se que a comunicação (verbal e não verbal) foi compreendida pelos enfermeiros envolvidos no estudo como parte essencial do cuidado com o paciente terminal e aos seus familiares. A relevância do tipo de linguagem utilizada depende do grau de comprometimento do paciente, porém é possível se comunicar passando informações que confortam, esclarecem e dignificam a finitude humana. Logo, o relacionamento interpessoal que ocorre entre o enfermeiro e o paciente/familiar, no processo do cuidar, tem sua essência nas habilidades de comunicação, e isso é fundamental para que a assistência de enfermagem seja humanizada.

Por outro lado, Silva e Ferreira (2011) elucidam que os profissionais de Enfermagem que atuam com pacientes que vivenciam o processo de terminalidade não aprenderam, em seu percurso de formação profissional, o valor do relacionamento pessoal e a utilização adequada da comunicação no contexto do cuidado com o paciente e seus familiares. A autora reforça que as instituições formadoras devem investir com urgência na capacitação em habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal dos seus alunos. Quem trabalha com seres humanos em situações de doença, especificamente, com aqueles que vivenciam a ameaça da morte anunciada, precisa ser treinado para saber quando e o que falar, como demonstrar compreensão, aceitação e afeto, como calar e escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades desses pacientes.

Comunicação de notícias difíceis: suporte para os pacientes e familiares sob cuidados paliativos

As notícias difíceis são aquelas que alteram negativamente a expectativa do paciente em relação ao seu futuro. Elas podem ser não somente um diagnóstico terminal, mas também o diagnóstico de qualquer doença. É notório mencionar que a forma com que a má notícia é apresentada pode afetar a compreensão dos pacientes acerca dela e o seu ajustamento a ela (PINHEIRO, 2012).

Silva e Zago (2005) e Pereira (2005) aludem que a comunicação, quando dirigida a pacientes que se confrontam com diagnósticos amedrontadores, passa a ser um dispositivo importante no cuidado em saúde, e os principais protagonistas das “más notícias” são os prestadores de cuidados e, nesse contexto, insere-se a Enfermagem.

De acordo com Geovanini (2011), o médico informa o diagnóstico, contudo parece ser a função do enfermeiro auxiliar o paciente a “digerir” essa informação. E apesar de não ser de seu núcleo a responsabilidade pela comunicação do diagnóstico, assume esse papel importante na integralidade do cuidado ao desenvolver estratégias que auxiliam o paciente a compreender a situação atual e aderir ao tratamento. As falas seguintes confirmam essa assertiva:

Geralmente essas notícias quem dão são os médicos, mas nós sempre acompanhamos os momentos seguintes a essa notícia, principalmente com a família. (Enf.18)

Aos poucos junto com o apoio dos demais profissionais (psicólogos, médicos), vamos inserindo os cuidados paliativos e explicando as suas necessidades, explicando as notícias ruins. (Enf.15)

[...] na consulta de enfermagem em geral os pacientes, eu acabo abordando a situação, todo o processo do tratamento. (Enf.27)

Há que se enfatizar que, como o enfermeiro tem mais contato com os pacientes no cotidiano do seu tratamento, por compartilhar distintos momentos dos seus sofrimentos, medos e angústias, tem condições de identificar e de se aproximar das necessidades sentidas e vividas pelos que estão sob sua responsabilidade. O vínculo estabelecido entre o enfermeiro e o paciente, no momento de uma notícia difícil, é essencial para ajudar o paciente a encarar sua nova realidade. É quando aflora a existência ou não do vínculo entre ambos (GOMES; SILVA; MOTA, 2009).

Nesse contexto, o papel que desempenha o enfermeiro na produção do cuidado inclui o dever de colaborar com o paciente e sua família, esclarecer-lhes e ter ciência de “como” e do “momento” em que deverá informar uma notícia difícil (SILVA, ZAGO, 2005). No que concerne a dar ou não uma notícia difícil, ressalte-se que, por achar que poderão aumentar o sofrimento e a depressão do paciente, os enfermeiros evitam falar sobre terminalidade e morte para preservar o paciente e sua família, a qual, visando proteger suas pessoas queridas, também foge do assunto, como mostram estas falas:

Não acho que o paciente deve receber uma notícia ruim. O paciente já está passando por um momento difícil na sua vida, um momento de doença, no qual emerge sofrimento e dúvidas acerca da sua patologia, receber más-notícias só iria aumentar tudo isso, piorando seu estado biopsicossocial e espiritual. (Enf.16)

Não sou a favor de transmitir uma má notícia, [...] existem determinados momentos que as más-notícias provoca o agravamento da situação de vida do paciente. (Enf.17)

As más-notícias devem ser ditas, apenas, a família, se forem ditas ao paciente ele pode agravar mais ainda o seu estado de saúde. (Enf.20)

Não. Se um paciente que não tem prognóstico, com seus dias contados, não tem porque estar fornecendo notícias ruins a ele, pois dependendo da notícia e da forma como ela é dada poderá acelerar o seu fim e proporcionar tristeza e/ou depressão. (Enf.28)

Os relatos evidenciados revelam que esses profissionais preferem ocultar a verdade a comunicar as notícias difíceis aos pacientes. Geovanini (2011) afirma que o estabelecimento do silêncio desponta as dificuldades do homem frente ao caráter inexorável da morte. Intercalado com o silêncio, encontra-se a ocultação da verdade que, diversas vezes, acompanha uma informação de caráter mentiroso. Esse padrão de comunicação, sustentado pela sociedade, quando diante da proximidade da morte, parece ser uma forte característica da modernidade.

Um fato importante a se relatar é que, nos fins do Século XIX, o Código de Ética Médica dos EUA incentivava a ocultação da verdade ao paciente, revelando que é um dever sagrado guardar-se com cuidado a esse respeito, evitar todas as coisas que têm tendência a desencorajar o paciente e a deprimir seu espírito. Um século depois, a orientação é de que o médico deve lidar honestamente com o paciente e com seus colegas. O paciente tem o direito de saber seu estado clínico, passado e presente, e de ficar livre de quaisquer crenças errôneas relativas à sua condição (FRANCO, 2006).

Kübler-Ross (2008) enfatiza a importância da revelação da verdade, assim como as consequências negativas do predomínio da mentira. A autora reforça que todo paciente sabe a verdade sobre sua doença e percebe a proximidade de sua morte, razão por que os profissionais e a família não devem esconder a verdade.

Vale salientar que, apesar das mudanças ocorridas, a crença generalizada de que a revelação ao paciente da incurabilidade de sua doença pode desencadear um processo depressivo e prejudicar a adesão ao tratamento ainda é uma forte justificativa para a ocultação da verdade: “[...] essas notícias podem levá-lo a depressão e/ou a doenças correlacionadas acelerando ainda mais a terminalidade.” (Enf.18)

Para Geovanini (2011), a omissão de informações e até a mentira podem acontecer na tentativa de minimizar o sofrimento do paciente e, possivelmente, dos profissionais e familiares, porém há consequências que interferirão na qualidade da relação profissional-paciente, principalmente, na forma como o paciente conduzirá seu tratamento e os momentos finais de sua vida.

Atualmente, há uma preocupação constante quanto ao dever de informar, desde que a informação não provoque danos. Nesse caso, a comunicação deve ser feita ao seu responsável legal. Essas recomendações podem ser consideradas dúbias e gerar conflitos e inseguranças, se levar em conta a difícil identificação e previsão do que pode ou não causar danos psíquicos e emocionais ao paciente.

Alguns enfermeiros do estudo relataram tal fato, como evidenciam os trechos dos seguintes depoimentos:

[...] acho que devemos comunicar as notícias difíceis, dependendo de como o paciente apresenta o enfrentamento para este momento. (Enf.14)

[...] dependendo do estado dele, devemos comunicar, pois o paciente mesmo em fase terminal tem o direito de saber da verdade, [...] essa verdade dignifica sua pessoa como ser capaz e o insere no contexto de participação do cuidado. (Enf.13)

A notícia deve ser informada principalmente ao familiar de um paciente terminal deve ter consciência da situação e da possibilidade de morte. (Enf.20)

Em um estudo realizado no Brasil com 363 pacientes, identificou-se que mais de 90% dos entrevistados desejam ser informados sobre suas condições de saúde, incluindo eventuais diagnósticos de doenças graves (GULINELLI, 2004). Outro estudo europeu, efetivado com 128 indivíduos que tiveram o diagnóstico de câncer incurável, revelou que grande parte desses doentes gostaria de ser informada sobre opções de tratamento, efeitos colaterais, sintomas físicos e como e onde encontrar ajuda e aconselhamento a respeito de dietoterapia, cuidados psicossociais e complementares (VOOGT, 2005).

É importante lembrar que, embora muitos pacientes queiram saber sobre sua condição de saúde, eles também têm o direito de não querer receber informações a esse respeito (SILVA; ARAÚJO, 2012). Assim, seu desejo carece ser respeitado. Por isso, é necessário identificar um familiar ou alguém próximo que possa receber as informações, para ser o interlocutor das mensagens. As falas seguintes ilustram esse caso: “Sou a favor da comunicação de uma notícia difícil, dependendo da vontade do paciente.” (Enf.11); “[...]”

dependendo da vontade que o paciente expresse antes de se encontrar naquele estado.”
(Enf.5)

Portanto, a comunicação de má notícia é uma prática comum para os profissionais de Enfermagem que trabalham com pacientes terminais submetidos a cuidados paliativos. Embora essa atividade seja frequente, a literatura indica que a comunicação dessas notícias é uma das tarefas mais difíceis a serem desempenhadas pelos profissionais. Tal fato pode ser visualizado nos trechos dos relatos de alguns enfermeiros participantes da pesquisa.

[...] no início da minha carreira profissional tive grandes dificuldades para realizar esta ação, por falta de maturidade e habilidade para tal; porém a vivência e a busca de melhores estratégias para esta comunicação me possibilitaram realizar estes relatos com mais propriedade, procurando zelar o bem-estar do paciente/familiar. (Enf.3)

[...] é necessário avaliar a situação de forma individualizada para então comunicar, sei que é muito complicado [...] logo depende da notícia a ser dada, se recorrência de uma doença, se metástase, quando não tem possibilidades de tratamento [...]. (Enf.21)

[...] não é nada fácil passar uma notícia ruim, um prognóstico, o diagnóstico de um câncer, um tratamento fracassado. [...] tudo deve ser levado em consideração neste momento, a estrutura mental, o contexto familiar. Até a entonação da nossa voz e nossa postura são importantes nessa hora. (Enf.10)

É muito difícil falar sobre esse assunto, principalmente por não me sentir preparada para esse momento. Essa abordagem é muito subjetiva, vai depender de como o outro percebe esse momento. (Enf.14)

Esses depoimentos demonstram a dificuldade dos entrevistados para falarem acerca das más-notícias, como a recorrência da doença e sua disseminação, do fracasso do tratamento, do prognóstico e da passagem do tratamento curativo para o paliativo. Logo, a transmissão de uma notícia difícil é uma questão complexa e pode estar relacionada ao momento do diagnóstico, às escolhas e aos resultados de tratamentos e ao seu prognóstico, ou seja, ao longo da evolução da doença, é possível haver a emissão de uma má notícia (PINHEIRO et al., 2009). É oportuno destacar que, na passagem do tratamento para os cuidados paliativos e sua comunicação aos pacientes e familiares, evidencia-se o conhecimento de diversas ocasiões de difícil comunicação profissional, conforme ressaltado nos depoimentos dos enfermeiros (BRASIL, 2010).

De acordo com Geovanini (2011), o momento da revelação do diagnóstico de uma doença potencialmente fatal é, indubitavelmente, o de tomada de consciência a respeito da morte. Em diferentes proporções, essa tomada de consciência surge tanto para o profissional,

na maioria das vezes, o médico, quanto para o paciente, o que implica alguma ordem de dificuldade para os envolvidos. Assim, vários fatores são reconhecidos como de difícil manejo para o profissional nessa delicada tarefa de transmitir notícias ruins. Entre eles, observar: vivenciar e compartilhar com o paciente a emoção do momento vivido; informar a ausência de perspectiva curativa; e a preocupação com o sucesso/fracasso terapêutico. Esses fatores atuam no momento de uma difícil notícia, de diferentes formas e intensidades, e estão diretamente relacionados à maneira como o profissional lida com suas emoções, com o sofrimento humano e com as questões da vida e da morte em sua própria vida pessoal.

Diaz (2006) enuncia que as disfunções na comunicação são responsáveis pelos medos, pelas incompreensões, pelos desencontros, pelas queixas e pelos processos judiciais, e a falta de preparo para essa difícil tarefa é fonte geradora de ansiedade. Para Geovanini (2011), as barreiras frequentemente criadas, no encontro entre profissionais e pacientes/familiares durante a comunicação de uma má notícia, precisam ser identificadas e trabalhadas, aplicando-se as habilidades básicas, principalmente no que concerne ao reconhecimento, à empatia e à legitimação.

Os discursos seguintes mencionam algumas estratégias utilizadas pelos enfermeiros para comunicarem más notícias ao paciente/familiar:

Cabe ao profissional utilizar estratégias da comunicação e interação para saber qual o desejo do paciente e se este desejo for o de saber a verdade, deverá ter habilidade para fazê-lo (sabendo que esta é uma habilidade complexa) sem causar maiores danos psicológicos e físicos ao binômio paciente/familiar. (Enf.3)

De forma tranquila, segura, porém mostrando sentimentos acerca da situação que está sendo enfrentada. Mostrando-se solidário com o paciente e com a família, abraçando este paciente. (Enf.1)

Inicialmente ouvir o paciente e a família, investigar o que os pacientes gostariam de saber, observar e perceber reações que lhes dê maior certeza sobre sua decisão de falar ou não naquele momento. (Enf.3)

Respeitando o momento certo, a hora adequada, o local correto, as palavras justas e sempre empaticamente. (Enf.13)

Eu devo avaliar o que, o quanto, quando e quem dar más-notícias, pois nem sempre todos têm condições de ouvir o que temos para dizer [...] (Enf.9)

[...] informando acerca da sua situação, deixando-o expressar seus temores e medos e respondendo suas indagações. Logo, o profissional tem que estar bastante preparado. (Enf.20)

Esses depoimentos expressam que os enfermeiros consideram a comunicação de más notícias como uma tarefa complexa, que exige deles diversas habilidades, como, por exemplo: atenção, empatia e carinho, além de sinais não verbais. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque em mãos, braços ou ombros auxiliam a demonstrar empatia e oferecer apoio e conforto. Portanto, o paciente precisa sentir que, por pior que seja sua situação, ali se encontra alguém que não o abandonará, em quem poderá confiar e que poderá cuidar dele (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Silva e Neman (2010) asseveram que é importante o profissional de Enfermagem compreender o paciente, com uma expressão neutra e, posteriormente, informar as más notícias, (com a equipe ou, apenas, com o médico), de maneira clara e direta, utilizando um tom de voz suave, pausado e uma linguagem franca. Ele deve assegurar-se de que o paciente tenha compreendido a mensagem com clareza e emití-la através de uma linguagem simples, com cautela, nos termos técnicos.

Como estratégia para facilitar uma comunicação efetiva, destaca-se o protocolo de *SPIKES*, que estabelece táticas para uma comunicação eficiente quando for preciso dar más notícias, como: ter cuidado com o ambiente em que será emitido o diagnóstico; perceber as condições emocionais e cognitivas em que o paciente se encontra; ter uma conversa franca, sem ilusões e falsas expectativas; reconhecer as emoções e os sentimentos e sintetizar tudo o que foi dito (BUCKMANN, 1992). Tais técnicas corroboram alguns dos relatos dos participantes dos estudos: “A abordagem deverá ser clara e objetiva para facilitar o entendimento do paciente e familiar, respondendo suas indagações.” (**Enf.16**); “Deve dizer ao paciente apenas o que ele quer saber, tendo o cuidado para não ir além da sua compreensão.” (**Enf.11**); “[...] de forma planejada, gentil e cortês.” (**Enf.10**)

Nesse prisma, evidencia-se que tais habilidades comunicacionais fazem parte da profissão dos enfermeiros, razão por que seus currículos profissionais deveriam prepará-los para ela (TAPAJÓS, 2007). Nesse sentido, Ramos et al.(2005) propõem a inclusão formal de vivências durante a graduação que recorram a outras estratégias de ensino, como, por exemplo, o emprego de técnicas psicodramáticas utilizando-se a comunicação de más notícias. Esse fato foi referido na fala do **Enf.18**: “É sempre complicado porque na graduação não somos preparados para esse tipo de abordagem.”

É importante ressaltar que comunicar más notícias não é um assunto exclusivo dos médicos, mas também dos enfermeiros. Destarte, ao revelar o diagnóstico, tais profissionais não podem esquecer que estão diante de um paciente que experimenta o impacto de saber que

está com uma doença ameaçadora da vida. Assim, destaca-se a importância de se avançar nos estudos acerca do processo de comunicação das más notícias, principalmente nos pacientes em fase terminal.

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

Elizabeth Kübler-Ross

Reflexões Finais

O presente estudo, por meio do qual se abordou, com base na filosofia dos cuidados paliativos, a comunicação entre os enfermeiros e o paciente terminal, ressalta a importância de um cuidar centrado no paciente em sua totalidade, e não, apenas, em sua doença.

Os depoimentos dos enfermeiros participantes da investigação apontaram a valorização dos cuidados paliativos como prática humanística para minimizar o sofrimento desses pacientes, mediante uma assistência humanizada com ênfase na comunicação entre eles o profissional. É notório evidenciar que, com a prática dos cuidados paliativos, o enfermeiro procura proporcionar uma assistência ativa e integral (contemplando as necessidades emocionais, espirituais, sociais e biológicas) em relação aos problemas, às necessidades e ao sofrimento dos pacientes acometidos por uma patologia crônica e incurável, com vistas a exercer um papel relevante nos cuidados no fim da vida. Além disso, contribui para o desenvolvimento de estratégias úteis e adequadas, visando atender às suas necessidades.

Desse modo, da análise qualitativa do material empírico emergiram duas categorias: Cuidados paliativos: aspectos conceituais e estratégias de cuidados com o paciente em fase terminal (com suas respectivas subcategorias: Cuidados paliativos – promoção de qualidade de vida para pacientes sem possibilidades de cura; estratégias utilizadas para a promoção de cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal) e Cuidados paliativos e comunicação (com as subcategorias: Cuidados paliativos e comunicação – relação interpessoal do enfermeiro com o paciente terminal; Comunicação de notícias difíceis – suporte para os pacientes e familiares sob cuidados paliativos).

No que diz respeito à compreensão dos enfermeiros participantes do estudo acerca dos Cuidados paliativos, foi enfatizado o cuidado vinculado às necessidades do paciente em todas as suas dimensões (física, emocional, social e espiritual), mediante o alívio da dor e do sofrimento dos que se encontram acometidos por doenças incuráveis e dos que estão em fase terminal, assinalando, também, a presença do enfermeiro do início até o último momento do cuidado prestado a eles, como um aspecto de fundamental importância, no sentido de promover uma relação mais envolta por atenção e desvelo.

Destaca-se, ainda, a importância que alguns participantes do estudo dão aos familiares, elementos colaboradores no cuidado com o paciente terminal, que é compreendida como fonte de apoio e de estímulo para o doente no enfrentamento do processo da terminalidade. Assim, os cuidados paliativos devem ser estendidos também à família, que também sofre com o paciente que se encontra em processo de terminalidade.

Quanto às estratégias empregadas para promover os cuidados paliativos com o paciente em fase terminal, os profissionais valorizaram não só os aspectos biológicos do paciente, mas também outras dimensões que compõem a totalidade do ser humano e que surgem intensamente diante de um sofrimento e do processo da terminalidade – as dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Por conseguinte, destacaram as seguintes estratégias: farmacologia, espiritualidade, musicoterapia, respeito, conforto e comunicação.

Assim, na concepção dos enfermeiros, os cuidados paliativos extrapolam a técnica e revelam o modo ser do profissional, no campo afetivo, ao cuidar de pacientes em fase terminal e de seus familiares, com as habilidades referidas, com destaque para a comunicação.

A respeito da comunicação e do relacionamento interpessoal do enfermeiro com o paciente em fase terminal e sua família, ficou evidente que eles consideram tal processo como uma ferramenta imprescindível para a promoção dos cuidados paliativos nessa etapa de vida, haja vista que lhes permite dirimir dúvidas, através de uma linguagem verbal e não verbal que seja simples e acessível, de forma que os pacientes exteriorizem suas angústias e seus medos. Nessa perspectiva, o enfermeiro pode compreender o chamado da família e cuidar do paciente com desvelo, responsabilidade, solicitude e apoio.

No que diz respeito à comunicação não verbal com esses pacientes, os enfermeiros informaram, também, que, quando cuidam deles, utilizam gestos e atitudes, porquanto ressaltam a importância do contato relacional entre duas pessoas para emitir a informação. Essa modalidade de comunicação é imprescindível para promover um cuidado humanizado com o paciente em fase terminal, através de um olhar do profissional que expresse esperança, de um sorriso que traduza afetividade, de um toque que promulgue um carinho, uma palavra que demonstre a importância de estar verdadeiramente com o paciente, nesse momento tão singular de sua vida.

Outra questão que merece destaque é a comunicação de notícias difíceis aos pacientes e familiares sob cuidados paliativos, uma vez que abrange a complexidade e a inter-relação do ser humano e de sua família, pelo fato de o momento da comunicação englobar a singularidade de cada pessoa. Foi demonstrado que o enfermeiro assume um papel fundamental na integralidade do cuidado ao desenvolver estratégias que ajudam o paciente a compreender a situação atual e aderir ao tratamento.

Diante do exposto, espera-se que este estudo abra novos horizontes, no campo da assistência, do ensino e da pesquisa em Enfermagem, com ênfase na valorização da comunicação entre enfermeiros e pacientes em fase terminal, devido ao quantitativo incipiente

de estudos direcionados a essa temática, no âmbito da literatura nacional. Portanto, considerando que as pesquisas que abordam a inter-relação dos cuidados paliativos e a comunicação direcionadas ao paciente em fase terminal ainda são incipientes, espera-se que este estudo possa subsidiar novas investigações acerca desse tema, com vistas a inserir esse conteúdo nos currículos dos profissionais da área de Saúde e capacitá-los a aplicar esses cuidados diferenciados nas redes assistenciais de saúde, a fim de minimizar o sofrimento de usuários terminais e familiares envolvidos com o cuidado com seu ente querido.

ARAÚJO, M. M. T. de. **Comunicação em cuidados paliativos**: proposta educacional para profissionais de saúde. 2011. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

ARAÚJO, M. M. T; SILVA, M.J.P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p. 626-32, 2012.

ARAÚJO, M. M. T; SILVA, M.J.P; PUGGINA, A.C.G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 419-25, 2007.

ARAÚJO, M. T. **Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”**: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007.

ASPINAL, F. et al. What is important to measure in the last months and weeks of life?: a modified nominal group study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 4, p. 393-403, 2006.

BAGGIO, M.A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 09-16, 2008.

BALDUINO, A.F.A.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA, M.R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.2, p. 342-51, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRA, D.C.C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.2, p. 203-8, 2010.

BERNADÁ, D. M. Características de una población de niños hospitalizados con condiciones de salud pasibles de cuidados paliativos pediátricos. **Rev Med Urug**, v.27, n.4, p. 220-7, 2011.

BETTENCOURT, A. Cuidar da família que cuida: o papel do enfermeiro no apoio à família cuidadora após a alta. In: CAMARRO, I. **Aprendendo o cuidado de enfermagem**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, 2007. p. 359-81.

BIZARRI, M. **A mente e o câncer**: um cientista explica como a mente sabe e pode enfrentar com sucesso a doença. São Paulo: Summus, 2001.

BONFÁ, L.; VINAGRE, R. C. O.; FIGUEIREDO, N. V. de. Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 58, n. 3, p. 267-79, 2008.

BOULAY, S. **Changing the face of death**: the story of Cicely Saunders. 4. ed. Norfolk: RMEP, 1996.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. 4. ed. Brasília, DF. 2007. Série A. Normas e manuais técnicos.

_____. **Portaria nº 19 GM/MS**. Cria o programa nacional de assistência à dor e cuidados paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria nº 3.535 GM/MS**. Estabelece critérios para Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v.65, n.1, p. 97-103, 2012.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v.65, n.1, p. 97-103, 2012.

BUCKMANN, R. Breaking bad news: a guide for health care professionals. **Baltimore**: johns hopkins university press, 1992. Disponível em:
<<http://www.communityoncology.net/co/journal/articles/0202138.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

BUISÁN, R.; DELGADO, J. C. El cuidado del paciente terminal. **Anales Sis San Navarra**, v.30, supl. 3, p. 103-12, 2007.

CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Educar para paliar**. São Paulo: Sírio Libanês, Instituto de Ensino e Pesquisa, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais**. Brasília, DF, 2011.

CORREIA, F. R.; CARLO, M. M. R. P. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.2, p. 401-10, 2012.

COSTA, I. C. P. **Cuidados paliativos na atenção básica**: depoimentos de profissionais da saúde. 2012. 120f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

COSTA, M. P. F. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado?** humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004.

DIAZ, F.G. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Med. Intensiva**, v.30, n.5, p.452-9, 2006.

DREHER, S. C. **Sobre a dignidade humana no processo do morrer**. 2008. 121f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008.

FERREIRA, N.M.L.A.; CHICO, E.; HAYHASHI, V.D. Buscando compreender a experiência do doente com câncer. **Rev Ciên Méd.**,v.14, n.3, p.239-48, 2005.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Rev. Prática Hospitalar**, v. 8, n.47, p. 36-40, 2006.

FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem emocionais e sociais. **Cienc. cuid. saude**, v.3, n.2, p. 143-51,2004.

FRANÇA, J. R. F. S. **Cuidados paliativos**: relação dialógica entre enfermeiros e crianças com câncer. 2011. 172f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

FRANCO, F. Humanização na saúde: uma questão de comunicação. In: EPSTEIN, I. (org.). **A comunicação também cura na relação médico e paciente**. São Paulo: Angellara, 2006.

FUJIMORI M.; UCHITOMI Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. **Jpn J Clin Oncol**, v.39, n.4, p. 201-16, 2009.

GARCIA, I. A. Aspectos médicos e jurídicos da eutanásia. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v.15, n.67, p. 253-75, 2007.

GEOVANINI, F.C.M. **Notícias que (des) enganam**: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos. 2011. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, C.H.R.; SILVA, P. V.; MOTA, F.F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Rev Bras de Canc**, v.55, n.2, p. 139-43, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/07_artigo4.pdf> Acesso em: 19 nov. 2012.

GRINBERG, M. Comunicação em oncologia e bioética. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.4, p. 376-7, 2010.

GUERRA, M. A T. **Assistência ao paciente em fase terminal**: alternativas para o doente com AIDS. 2001. 155f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

GULINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 1, p. 41-7, 2004.

HIGUERA, J. C. B. La escucha activa em cuidados paliativos. **Revista de Estudios Médico Humanísticos**, v. 11, n. 11, p. 119-136, 2005.

IGNÁCIO, M.G.; FAVARIN, R.N. Más notícias: uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. **Boletim Eletrônico SBPO**, Ano VII, Edição 1, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.org.br/boletins_arquivos/ano_vii_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

JACCOBSEN, J.; JACKSON, V. A. A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. **J Natl Compr Canc Netw**, v.7, n.4, p. 475-80, 2009.

KOVÁCS, M. J. Comunicação em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. Cap.6, p. 86-102.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LIMA, A.C.; SILVA, J.A.S.; SILVA, M.J.P. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enferm**, v.14, n.2, p. 360-7, 2009.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev. Prática Hospitalar**, v. 8, n.47, p. 46-9, 2006.

MATSUMOTO, DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23-41.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006. Cap. 11, p. 167- 180.

MELLO, A. G. C.; FIGUEIREDO, M. T. A. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da associação brasileira de cuidados paliativos e da associação internacional de hospice e cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D.A.L.M.C. (Orgs.). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Editora Manole, 2006. p.16-28.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2010.

MOCHEL, E.G. et al. Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. **Cad. Pesq.**, v. 17, n. 3, 47-56, 2010.

MORAIS, G. S. N. **Relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica**. 2007. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MORAIS, G.S.N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.3, p. 323-27, 2009.

MORAIS, G.S.N.; COSTA, S.F.G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.3, p. 639-46, 2009.

OLIVEIRA R,A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, A.C.; SILVA, M.J.P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 212-7, 2010.

OLIVEIRA, M. E. et al. Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos. **Revista Eletrônica Semestral de Enfermagem**, n.8, may 2006. Disponível em : <<http://www.um.es/eglobal/8/pdf/08e02p.df>>. Acesso em 01 dez. 2012.

OLIVEIRA,V.Z. et al. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, p. 9-17 , 2004.

ORDAHI, L.F.B.; PADILHA, M.I.C.S.; SOUZA, L.N.A.S. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.5, p.85-93, 2007.

PAULA, B. Cuidados paliativos numa perspectiva brasileira: aspectos introdutórios e a contribuição das mulheres. **Revista Caminhando**, v. 16, n. 2, p. 77-87, 2011.

PERDICARIS, A.A.M. A interdisciplinaridade no processo de comunicação na saúde. In: VEIT, M.T. (Org). **Transdisciplinaridade em oncologia**: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.

PEREIRA, M.A.G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto contexto - enferm**, v.14, n.1, p. 33-37, 2005.

PERES, M. F. P.; et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 34, supl. 1, p. 82-7, 2007.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. cap.1, p. 11-29.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

PICHETI, J.S.; DUARTE, V.M. Câncer – a influência dos aspectos psicológicos na adesão ao tratamento. In: HART, C.F.M. et al. **Câncer: uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008.

PIMENTA, C. G. C.; MOTA, D. T. A. F. Educação em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. G. C.; MOTA, D. D. C. F. M.; CRUZ, D.A. L. M. C. (Orgs). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manoly, 2006. Cap.3, p. 29-44.

PINHEIRO, E.M. et al. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p. 77-84, 2009.

PINHEIRO, U.M.S. **Más notícias em oncologia: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

POLASTRINI, R.T.V.; YAMASHITA, C.C.; KURASHIMA, A.Y. Enfermagem e o cuidado paliativos. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 30, p. 277-83.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMOS, A.T.A.C. et al. Era uma vez...contos de fada e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. **Interface Comum Saúde Educ.**, v. 9, n.16, p. 81-9, 2005.

RODRIGUES, I.G.; ZAGO, M.M.F. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Cienc Cuid Saude**, v.11, suplem, p. 31-8, 2012. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17050>>. Acesso em: 19 de nov. de 2012.

RODRIGUES, M.V.C.; FERREIRA, E.D.; MENEZES, T.M.O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.1, p. 86-91, 2010.

SALAMONDE, G. L. F. et al. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.56, p. 602-18, 2006.

SALES, C.A. et al. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.1, p.138-45, 2011.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Centro Universitário São Camilo**, v.3, n.1, p.77-86, 2009.

SANTOS, F. S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos** – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 1, p. 3-15.

SANTOS, M. J. **O cuidado à família do idoso com câncer em cuidados paliativos:** perspectiva da equipe de enfermagem e dos usuários. 2009. Dissertação (mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

SAUNDERS, C. Into the valley of the shadows of death: a personal therapeutic journey. **British Medical Journal**, v.313, p. 1599-601, 1996.

SAUNDERS, C. Preface. In: DAVIES, E.; HIGGINSON, I. J. (Eds.) **The solid facts:** palliative care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

SEKI, N.H.; GALHEIGO, S.M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 33, p. 273-84, 2010.

SILVA, D.I.S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Revista HCPA**, v.31, n.3, p. 353-8, 2011.

SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm.**, v.21, n.3, p. 504-8, 2008.

SILVA, K. L. et al. Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE®. In: NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009. p. 103.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2008.

SILVA, M.J.P.; ARAÚJO, M.M.T. Comunicação em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.75-85.

SILVA, N.H.; NEMAN, F.A. Como comunicar más notícias. **Science in Health**, v.1, n.3, p.111-20, 2010.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-66, 2006.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SILVA, V.C.E.; ZAGO, M.M.F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev. bras. enferm.**, v.58, n.4, p. 476-80, 2005.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 19, n.4, p. 481-4, 2007.

SOUSA, A.T.O. et al. Palliative care: a conceptual analysis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 9, aug. 2010a. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2947>>. Acesso em: 17. nov. 2012.

SOUSA, A.T.O. et al. Cuidados paliativos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.4, n.2, p. 840-849, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

SOUZA, A.S.S.; SARAN, D.S. A comunicação como ferramenta de apoio a pacientes terminais. **Comunicação & Mercado/UNIGRAN**, v. 1, n. 3, p. 8-14, 2012.

STEFANELLI, M.C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Orgs). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

STEINHAUSER, K. E.; et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. **JAMA**, v. 284, n.19, p. 2476-82, 2000.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 144-9, 2006.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino. **Interface (Botucatu)**, v.11, n. 21, p.165-72, 2007.

TAQUEMORI, L.Y.; SERA, C.T.N. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, R.A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 55-7.

TEIXEIRA, M.B.; DIAMANTE, L.M. Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral: um estudo qualitativo do tipo estudo de caso. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.3, 2008.

TRUOG, R.D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the american college [corrected] of critical care medicine. **Crit Care Med.**, v.36, n.3, p. 953-63, 2008.

VICTORINO, A.B. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**, v.10, n.1, p. 53-63, 2007.

VOOGT, E. et al. Information needs of patients with incurable cancer. **Support Care Cancer**, v. 13, n. 11, p. 943-8, 2005.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.2, p. 22-5, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief and palliative care report**. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of palliative care**. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Acesso em: 13 de jul. 2011.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Idade: _____

Estado Civil: _____

Formação acadêmica/ Ano: _____

Instituição: _____

Especialização: _____ área : ano de término:

Mestrado: _____ área : ano de término:

Doutorado: _____ área : ano de término:

Tempo de trabalho na instituição: _____

Clínica que trabalha: _____

Capacitação: _____ área : ano de término:

Curso de atualização: _____ área : ano de término:

II. ROTEIRO DE ENTREVISTA

- ✓ Qual a sua compreensão acerca dos cuidados paliativos?
- ✓ Quais as estratégias você utiliza para promoção de cuidados paliativos direcionadas ao ser paciente em fase terminal?
- ✓ Qual a importância da comunicação na prática dos cuidados paliativos no que concerne a assistência de enfermagem direcionada ao paciente em fase terminal?
- ✓ Como você utiliza a comunicação na prática dos cuidados paliativos para assistir o paciente em fase terminal?

- ✓ Você já teve a oportunidade de relatar más-notícias ao paciente na terminalidade e/ou ao seus familiares? Justifique.
- ✓ Como você acha que o profissional de enfermagem deve abordar as más-notícias ao paciente na terminalidade e aos seus familiares?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO: CUIDADOS PALIATIVOS: COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE TERMINAL

MESTRANDA: Cristiani Garrido de Andrade

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

Prezado (a) profissional,

Eu, Cristiani Garrido de Andrade, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, orientanda da Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa, gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada Cuidados paliativos: comunicação entre os enfermeiros e o paciente terminal. Este estudo tem como objetivos investigar a compreensão de enfermeiros assistenciais no que concerne aos cuidados paliativos; identificar as estratégias que os enfermeiros adotam para promover os cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal; averiguar como os enfermeiros utilizam a comunicação, no âmbito dos cuidados paliativos, ao assistir o paciente em fase terminal; investigar como os enfermeiros empregam a comunicação para abordar as más-notícias ao paciente em fase terminal e a sua família na prática dos cuidados paliativos. Ressalto que esta investigação contribuirá para o direcionamento de uma assistência humanizada, holística, com respeito e dignidade ao paciente em fase terminal, de forma a promover melhoria na qualidade da assistência a ele. Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração participando deste estudo, mediante o preenchimento de um formulário individual. 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. Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado este a um possível desconforto psicológico com relação à entrevista, devido ao tempo de duração e as perguntas relacionadas a fatores que podem estar relacionados à sua prática profissional.

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 qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu trabalho nesta instituição. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará nem dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação consistirá em uma entrevista com a pesquisadora a respeito de tema em destaque.

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 cópia 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, / / 2012.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

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) 8887-3736.

- Endereço residencial: Rua das Acácias, nº100, apto.1801B /Miramar. CEP: 58043-250. João Pessoa – PB.
- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Campus I – Cidade Universitária/João Pessoa- PB. Fone: (83) 3216-7109.
- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW/UFPB. Endereço: Campus I , S/N - Cidade Universitária - João Pessoa- PB. CEP: 58050-000 Fone: (83) 32167964.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



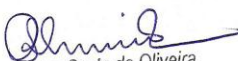
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES
HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 26/06/2012, após análise do parecer do relator, considerou **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CUIDADOS PALIATIVOS: relação intersubjetiva entre Enfermeiros e o paciente terminal**, da pesquisadora CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 02685412.2.0000.5183.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade de no término da pesquisa entregar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 05 de setembro de 2012.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - comitedeetica@hulw.ufpb.br

CARTA DE APROVAÇÃO/APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA-UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS-CEP

Nº 21/CEP-HULW

João Pessoa, 05 de setembro de 2012.

Às: chefias das Clínicas: Médica, Cirúrgica, Pediátrica, DIC, UTI adulto e neonatal

CARTA DE APROVAÇÃO/APRESENTAÇÃO PROJETO DE PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HULW/UFPB, de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, analisou e **APROVOU** em seus aspectos éticos e metodológicos o projeto de pesquisa:

TÍTULO: CUIDADOS PALIATIVOS: relação intersubjetiva entre enfermeiros e o paciente terminal.

CERTIFICADO DE ACEITE E APRECIÇÃO ÉTICA – CAAE: 02685412.2.0000.5183

PESQUISADORA: **Cristiani Garrido de Andrade**

CURSO: Mestrado/UFPB

LOCAL (setor): Unidades de Internação

Participantes: Enfermeiros do HULW

PERÍODO DA COLETA DOS DADOS: 2º. Semestre de 2012

DATA DA APROVAÇÃO CEP-HULW/PLATAFORMABRASIL: 26 de junho de 2012.

Solicitamos o apoio da equipe deste Serviço para assegurar o desenvolvimento da pesquisa.

Informamos que qualquer alteração do Projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável e/ou chefia do setor.

Lembramos que os prontuários não devem ser retirados do setor e/ou âmbito do hospital para fins de pesquisa.

Atenciosamente


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW - 4º andar, Campus I - Cidade Universitária
Bairro: Castelo Branco-CEP: 58059-900 João Pessoa-PB - FAX (083) 32167522 CNPJ: 24098477/007-05
Telefone: (083) 3216-7964 - E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br
Horário Expediente (ao público): 7:00 às 16 horas.