

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

RAYSSA BURITY DE FARIAS SILVA

**COMUNICAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO
ÂMBITO DA SAÚDE**

Cuité – PB

2012

RAYSSA BURITY DE FARIAS SILVA

**COMUNICAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO
ÂMBITO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem, em cumprimento às exigências legais
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem
pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Prof.^a Msc. Glenda Agra

Cuité -PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586c Silva, Rayssa Burity de Farias.

Comunicação e cuidados paliativos: produção científica no âmbito da saúde. / Rayssa Burity de Farias Silva – Cuité: CES, 2012.

52 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Cuidados paliativos. 2. Comunicação. 3. Equipe de enfermagem. I. Título.

CDU

616-083

RAYSSA BURITY DE FARIAS SILVA

**COMUNICAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO
ÂMBITO DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Rayssa Burity de Farias Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Msc. Glenda Agra

Departamento de Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Orientadora

Profª Msc. Rosângela Vidal de Negreiros

Departamento de Enfermagem – CCBS/UAS/UFCG

Membro externo

Profº Msc. Matheus Figueiredo Nogueira

Departamento de Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Membro interno

Cuité - PB

2012

Ao meu esposo, Ailton Silva, que tanto amo, aos meus Pais, e a minha família, que se fizeram presentes durante o curso da minha jornada, **DEDICO.**

AGRADECIMENTOS

Inicialmente à **Deus**, por ter me concedido a graça da sabedoria.

À minha orientadora, **Glenda Agra**, por ter acreditado em minha capacidade.

Aos **meus amigos** que sempre se fizeram presentes e a todos que de alguma maneira contribuíram para o que eu sou hoje e serei futuramente.

"Já entrei contigo em comunicação tão forte que deixei de existir sendo. Tu tornas-te um eu. É tão difícil falar e dizer coisas que nunca podem ser ditas. É tão silencioso. Como traduzir o silêncio do encontro real, entre nós dois. Difícilimo contar: olhei pra você por uns instantes, tais momentos são meu segredo. Houve o que se chama de comunhão perfeita. Eu chamo isso de estado agudo de felicidade."

Clarice Lispector

RESUMO

SILVA, Rayssa Burity de Farias. **Comunicação e cuidados paliativos: produção científica no âmbito da saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2012, 53p.

Cuidados paliativos consistem em um conjunto de ações que buscam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam doenças terminais. Seguindo esse pensamento, a comunicação verbal mostra-se como uma medida terapêutica eficaz e de fácil acesso, para pacientes fora de possibilidade de cura, pois, cria uma ligação entre o paciente e os profissionais de saúde, fazendo com que o paciente sinta-se confiante, e possa manifestar suas dores e angústias, promovendo assim um alívio da sobrecarga de sentimentos e emoções oriundos desse processo. O objetivo deste estudo foi caracterizar a produção científica acerca de cuidados paliativos, comunicação e enfermagem, recorrendo a uma pesquisa integrativa. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados SciELO e LILACS, em periódicos *online*, no âmbito da Saúde, no período de 2000 a 2010, utilizando-se os descritores “cuidados paliativos”, “comunicação” e “enfermagem”. Os critérios de inclusão adotados para a escolha dos artigos foram os seguintes: que retratassem a comunicação da equipe de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos; que estivessem indexados nas bases de dados supracitadas; que fossem publicados em português, entre o período de 2000 e 2010, e cujos resumos e textos estivessem disponíveis *online*, na íntegra. Foram excluídos os artigos escritos em língua estrangeira e com acesso mediante pagamento. Para a análise do material empírico, elegeu-se técnica de análise de conteúdo temática. A amostra do estudo foi constituída por 14 publicações de textos completos difundidos no idioma português, disponibilizados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os resultados apontaram o ano de 2007 com o maior número de publicações (28,57%); o tipo de publicação mais frequente foi pesquisa descritiva, exploratória de natureza qualitativa (57,14%) e área de conhecimento e formação dos autores foi enfermagem (64,28%). Da análise do material, emergiram as seguintes categorias: “**Cuidados paliativos e comunicação**”; “**Comunicação e equipe de enfermagem**”; e “**Comunicação de más notícias**”. Conclui-se que a temática tem merecido atenção por parte de pesquisadores da área da Saúde, tendo em vista ser a finitude humana assunto inquietante. Além disso, a busca por estratégias que proporcionam uma melhora na qualidade de vida de pacientes terminais faz parte do cotidiano de todos os profissionais da saúde que são movidos pelo desejo de fazer o bem ao próximo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Comunicação. Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Rayssa Burity de Farias. **Communication and palliative care: scientific production in health.** Work of Course Completion (Bachelor of Nursing) – Center for Education and Health. University of Campina Grande. Cuité – PB, 2012, 53p.

Palliative care consists of a set of actions that seek to improve the quality of life of patients and their families facing terminal illness. Following this thinking, verbal communication proves to be effective as a therapeutic measure and easy access for patients outside chance of cure therefore creates a link between the patient and health professionals, making the patient feel confident, and emotions from this process. The aim of this study was to characterize the scientific and production about palliative care, communication and nursing, using an integrative research. This is a survey of integrative literature review conducted in the Virtual Health Library, the databases SciELO and LILACS in online journals, under Health, from 2000 to 2010, using the key words “palliative care”, “communication” and “nursing”. Inclusion criteria adopted for the selection of articles were: communication which reflect the nursing staff to patients in palliative care, which were indexed in the databases mentioned above published in Portuguese, between the period 2000 and 2010 and whose abstracts and texts were available online in its entirety. We excluded articles written in a foreign language and access fee. For the analysis of empirical material was chosen technique of thematic content analysis. The study sample consisted of 14 full-text publications disseminated in Portuguese, available in the database of the Virtual Health Library (VHL). The results indicated the year 2007 with the highest number of publications (28,57%), the most common type of publication was descriptive, exploratory qualitative (57,14%) and area of expertise and training of the authors was nursing (64,28%). Our analysis yielded the following categories: **“Palliative care and communication”, “Communication and nursing staff” and “ Communication of bad news”**. We conclude that the issue has received attention from researchers in the field of Health, in the order to be subject to human finitude unsettling. Moreover, the search for strategies that provide a better quality of life for terminally ill patients is part of everyday life for all health care professionals who are driven by a desire to do good for others.

Keywords: Palliative care. Communication. Nursing team.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos artigos referente ao ano de publicação	25
Gráfico 2	Distribuição dos artigos referentes às modalidades dos estudos.....	26
Gráfico 3	Distribuição referente à formação dos autores dos artigos.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos artigos da Categoria I – Cuidados paliativos e comunicação.....	27
Quadro 2	Distribuição dos artigos da Categoria II – Comunicação e equipe de enfermagem.....	32
Quadro 3	Distribuição dos artigos da Categoria III – Comunicação de más notícias.....	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
	2.1 Cuidados paliativos: breve histórico.....	15
	2.2 Comunicação e cuidados paliativos.....	17
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
	3.1 Tipo de pesquisa.....	22
	3.2 Universo.....	22
	3.3 Critérios de inclusão.....	24
	3.4 Critérios de exclusão.....	24
	3.5 Coleta de dados.....	24
	3.6 Amostra.....	24
	3.7 Análise dos dados.....	24
	3.8 Considerações Éticas.....	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
	REFERÊNCIAS.....	44
	APÊNDICE.....	50
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados.....	51

1 INTRODUÇÃO

No passado, o processo de morte/morrer era vivenciado pelo indivíduo e seus familiares no ambiente domiciliar, onde o paciente podia despedir-se e viver seus últimos dias de vida e despedir-se de seus entes queridos e amigos. Com o passar dos tempos, a ciência trouxe consigo novas formas e técnicas de cuidados, os quais determinam um distanciamento do paciente de seu familiar, resultando em situação de isolamento, não atendendo assim, as necessidades psicológicas e espirituais do mesmo (SANTANA *et al.*, 2009).

Em meados do século passado, a evolução tecnológica contribuiu para que o cuidado do paciente passasse a ser internados no ambiente hospitalar, até mesmo daqueles portadores de doenças crônicas e fora de possibilidades terapêuticas de cura. Dessa forma, tem havido um incremento no número de pacientes que morrem em hospitais, cercados apenas dos profissionais de saúde que os assistem (CIAMPONE; GUTIERREZ, 2007).

O processo de morte é caracterizado como a etapa final da vida, e o ser humano como um sujeito biológico está susceptível a enfrentar esse processo. Dessa maneira, entende-se que a morte é uma experiência irrevogável, e, portanto, vivenciada de distintas maneiras. Sendo assim, o paciente deve ser assistido de maneira holística, e sua autonomia deve ser respeitada e validada, considerando que ele é o autor da sua própria história e por isso, deve ser tratado com respeito e atenção (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

As doenças crônicas geralmente desencadeiam intensas sensações de cansaço são físico e emocional, que podem resultar em atos de desespero, com impactos sociais diversos ocasionando mudanças no comportamento dos pacientes até o desfecho final - a morte (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011). Nesse contexto, o ideal é que o paciente tenha uma assistência que priorize o controle dos sintomas físicos e psicológicos, proporcionando a sensação de conforto e bem estar para o mesmo e seus familiares (PERES *et al.*, 2007).

Os conflitos emocionais inerentes ao processo de morrer iniciam-se quando os indivíduos tomam consciência de que, mesmo utilizando todos os recursos vitais disponíveis para sua reabilitação, não possuem perspectiva de cura, e neste caso, a morte é inevitável, e caracteriza o paciente como sujeito em fase terminal (ZOBOLI, 2007).

Considerando então, pacientes que se encontrem em estágio terminal e fora de possibilidades terapêuticas de cura, a equipe de saúde pode optar por uma modalidade terapêutica que proporcione a esse paciente bem estar, minimização dos desconfortos e

melhore sua qualidade de vida. Nesse caso, os cuidados paliativos colocam-se em primeiro lugar como opção de tratamento. Com base nesse pressuposto, é notável a importância dos cuidados paliativos que se caracteriza como uma modalidade terapêutica que promove suporte físico, psicológico e emocional para o paciente (FIGUEIREDO, 2006)

Para tanto, faz-se necessário a atuação de uma equipe interdisciplinar, que esteja preparada e habilitada para utilizar as novas tecnologias oferecidas atualmente, em favor da dignidade do paciente (SANTANA *et al.*, 2009). Com uma equipe multidisciplinar aplicada, percebe-se um envolvimento significativo nas atividades e procedimentos a serem realizados no paciente, cuja troca de informações associadas às experiências vivenciadas, faz com que o paciente seja entendido na interface das mais diversas áreas do conhecimento humano (SOUSA; CARPIGIANI, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2009), os cuidados paliativos promovem melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares frente às doenças crônicas e terminais, cujos objetivos são o controle da dor e alívio dos sintomas, além de oferecerem suporte psicossocial e espiritual desde o diagnóstico até a morte e o luto.

Seguindo esse pensamento, a comunicação se insere nesse cuidado como uma medida terapêutica eficaz e de fácil acesso, para pacientes fora de possibilidades de cura. É importante enfatizar que a comunicação é considerada um valioso instrumento de cuidado para os pacientes terminais, pois, através dela há probabilidade de se estabelecer uma ligação entre o paciente e os profissionais da saúde, fazendo com que aquele se sinta confiante, e possa manifestar suas dores e angústias, promovendo assim um alívio da sobrecarga de sentimentos e emoções oriundos desse processo (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Há, porém, barreiras que necessitam ser dissipadas, quanto à qualidade na comunicação e aos meios utilizados para realizá-la. O tempo é um dos fatores a serem apontados como principal obstáculo para uma comunicação saudável entre os pacientes e os profissionais (ARAÚJO; SILVA, 2007).

A comunicação é uma ferramenta indispensável para um trabalho íntegro e um dos pilares que garantem a sustentação emocional do paciente e da sua família, oferecendo assim subsídios para um tratamento completo, que irá promover conforto e bem estar ao cliente. Ademais, a comunicação abre portas para que possa haver a confiança necessária entre o

cliente e o profissional, estabelecendo laços de afeto que podem trazer uma melhor resposta ao tratamento, mesmo que este seja apenas de caráter paliativo.

O despertar para o desenvolvimento deste estudo reporta-se à magnitude da temática para a prática assistencial de profissionais da saúde, e em particular no âmbito da enfermagem. Considerando que nos últimos dez anos houve um incremento na área de pesquisas no tocante a prática de cuidados paliativos e com o intuito de investigar a contribuição destas pesquisas, optou-se pelo método documental, reconhecido como estratégia eficaz para verificar evidências que fundamentem a prática assistencial na saúde. Desse modo, este estudo norteou-se pelo seguinte questionamento: Qual a caracterização da produção científica acerca da comunicação e de cuidados paliativos em periódicos *online*, no âmbito da Saúde, no período de 2000 a 2010?

Nesta perspectiva, partindo-se de um pressuposto de que a comunicação é instrumento essencial nos cuidados paliativos, o presente estudo teve como objetivo geral: Caracterizar a produção científica acerca de comunicação e de cuidados paliativos no âmbito da Saúde, em periódicos *online* no período de 2000 a 2010.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidados paliativos: breve histórico

Os cuidados paliativos se iniciaram durante a idade média, nas instituições de caráter religioso. Mas, na década de 60, Cecily Saunders passou a trazer essa prática para unidades especializadas, denominadas *hospices*. Nos dias atuais, os cuidados paliativos não refletem o espelho da dor e da morte, mas sim uma nova maneira de prestar uma assistência humanizada ao paciente, onde quer que ele esteja, inclusive no ambiente domiciliar (RABELLO, RODRIGUES; 2010)

Com a criação do primeiro *hospice* em Londres, abriram-se as portas para outras iniciativas da mesma natureza. Ali se observava três princípios básicos: Uma assistência prestada com qualidade, investigação sobre a dor e formação para os profissionais de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Entre os princípios básicos dos cuidados paliativos citados por Pessini e Bertachini (2006) estão: controlar a dor e aliviar os sintomas; afirmar a vida e a morte como processos naturais; não apressar a morte; não reduzir a pessoa humana a um ente biológico; promover uma vida digna e ativa ao paciente, respeitando sua autonomia e ajudar a família a cuidar do enfermo e ampará-la no momento da morte.

O termo cuidados paliativos, é originado do vocabulário latino *pallium*, que possui como significado, coberta ou manta. Essa simbologia traz aos cuidados paliativos um enfoque íntegro e holístico do ser humano. Há registro de práticas paliativas desde o ano 400 por iniciativa de uma discípula de São Jerônimo chamada Fabíola. A partir disso houve a construção de um grande hospital em Roma, que atendia doentes peregrinos de vários países. À maneira que foi se desenvolvendo a ciência médica, e tornando possível a cura de enfermos, os doentes em fase terminal foram ficando à parte nesses esquemas terapêuticos e tornando-se símbolo de pessoas impotentes (REIRIZ *et al.*, 2006).

Os primeiros conceitos acerca dos cuidados paliativos surgiram após a Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra, na década de 40, onde muitos imigrantes foram tentar se reestruturar financeiramente no Reino Unido. Nessa conjuntura, destacou-se a história de um paciente de origem judaica, portador de câncer renal, que havia sido internado em uma clínica cirúrgica, e ali recebia visitas constantes de uma assistente social e amiga por nome de Cicely. Antes de o paciente vir a óbito, ambos conversaram sobre as necessidades que o paciente

sentia e não era atendido ali, pois, precisava de alguém para conversar sobre seus medos e suas necessidades espirituais (FERRAI *et al.*, 2008).

Cicely Saunders foi uma das pioneiras dos cuidados paliativos e defendia que a dor iria além da dimensão física, apresentando dimensões espirituais, sociais emocionais, posteriormente associou-a nos âmbitos financeiros, interpessoais, mental e familiar. Através desse pensamento, Saunders instaurou um movimento denominado *Hospice*, que não se tratava apenas de instituições, mas sim, de uma postura frente ao processo morte/morrer. Essa ideia foi propagada pelas Américas através da psiquiatra Elizabeth Kubler Ross, que determinou os cinco estágios vivenciados pelo paciente terminal: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Contudo, essas etapas não correspondem muitas vezes ao processo de morte/morrer, pois, na maioria das vezes o paciente morre enquanto ainda nega seu estado (SILVA, KRUSE; 2009).

No Brasil, os cuidados paliativos ganharam ênfase a partir de 1997. Foi nesse período que nasceu a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP). Posteriormente, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), onde abrange profissionais da área da saúde que oferecem esse tipo de terapêutica, trabalhando assim na divulgação dos cuidados paliativos para profissionais da saúde e leigos (FERRAI *et al.*, 2008).

Essa terapêutica apresenta-se como uma filosofia de cuidados, pois, reconhece a morte como um processo natural, compondo a etapa final da vida, e assim, busca proporcionar o alívio dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, respeitando a dignidade do paciente, além de aproximá-lo de seus entes queridos. Há um comum acordo entre equipe de saúde, o paciente e/ou seus familiares, fazendo com que todos participem ativamente das decisões relacionadas à conduta terapêutica para o paciente (ROMANO; WATANABE; TROPPEMAIR, 2006).

A filosofia dos cuidados paliativos desde sua ascensão, a partir do cultivo da visão integrada do ser humano em seu meio, propõe uma forma de cuidado humanístico, que vai ao encontro as dimensões física, psíquica, social e espiritual do paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2010).

Essa filosofia propõe tratar da morte como algo da natureza humana; não interferir no momento da morte, nem apressar nem adiar; promover o alívio da dor e de sintomas emocionais; inserir os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente; apoiar o paciente nas decisões, fazendo com que esse seja um ser ativo até o momento da sua morte;

oferecer apoio a família a lidar com a situação do paciente e o enlutamento (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

Os cuidados paliativos objetivam uma assistência com qualidade aos indivíduos e familiares frente às doenças terminais. Esses podem ser oferecidos tanto no ambiente hospitalar quanto na própria residência, desde o primeiro contato com o diagnóstico até o processo terminal e enlutamento (SILVA; HORTALE, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como um conjunto de ações que buscam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam doenças terminais. Os paliativistas trabalham com técnicas de prevenção e alívio do sofrimento, pois, identificam precocemente as possíveis causas dos sintomas físicos, psicossocial e espiritual, e a partir disso traçam um plano de cuidados que contemple essas necessidades. Os cuidados paliativos atuam com enfoque nas necessidades, e não nos diagnósticos desses pacientes. Uma assistência paliativa promove o controle de sintomas, preservando a qualidade até o final da vida (AVANCI *et al.*, 2009).

Em síntese, os cuidados paliativos baseiam-se no tratamento dos sintomas que venham a causar dor física e estresse emocional no paciente portador de doença terminal, e a partir de estratégias tentar minimizar os impactos da terminalidade, tornando seus últimos dias mais qualitativos, oferecendo todos os recursos psicológicos disponíveis, para que esse processo não seja tão desumano. Possuem a finalidade de ajudar ao paciente a tomar decisões sobre sua vida, preservando sua capacidade autônoma, e assim, ter uma “boa morte”, se é que assim pode ser chamado esse momento (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Nesse ínterim entende-se que os cuidados paliativos não estão relacionados a cuidados com foco curativo, os mesmos englobam qualquer ato que promova o bem estar e o otimismo ao paciente, e a partir desse conceito, surge a necessidade de inserir a comunicação como uma proposta eficaz em cuidados paliativos.

2.2 Cuidados paliativos e comunicação

De acordo com Peres e Ciampone (2006), a comunicação é a troca de informações, fatos e vivências. As ferramentas para a comunicação incluem a mensagem, o comunicador, o receptor, e o meio. Fatos como o tom da mensagem a ser descrita, a habilidade de comunicar-

se com o receptor, e a imagem passada pelo comunicador, são sentidas e percebidas durante o ato de comunicação.

Para Almeida (2008), a comunicação é indispensável, seja verbal ou não-verbal, uma vez que fazem parte de um processo simultâneo, e uma completa o sentido da outra. Em algumas ocasiões, dependendo da situação do paciente, a comunicação não verbal se torna imprescindível, da mesma forma que, em outros momentos, o paciente é um sujeito ativo e dispõe da comunicação verbal. Sendo assim, cabe ao profissional saber utilizar os recursos comunicativos disponíveis no momento.

A comunicação como estratégia em cuidados paliativos possui como objetivos: determinar o nível de compreensão do paciente sobre seu estado clínico; promover a participação do paciente nas tomadas de decisões relevantes; respeitar sempre as pessoas significativas para o paciente; promover um melhor entendimento da realidade ao paciente e aos profissionais de saúde; facilitar as decisões que sejam no melhor interesse do paciente; atentar nas necessidades emocionais de todos os envolvidos; estabelecer uma aliança terapêutica com os doentes (ALMEIDA, 2008).

A comunicação verbal quando usada adequadamente como uma técnica de cuidado, mostra-se de grande eficácia para pacientes fora de possibilidades de cura. É notório que a comunicação no fim da vida pode reduzir os medos e ansiosos do paciente, pois, este passa a compartilhar com outros os seus sofrimentos e angústias (ARAÚJO; SILVA, 2007).

O ato de comunicar-se com o outro reflete a criatividade expressiva do pensar, logo, a linguagem oral não é tudo no momento da comunicação. Enquanto duas ou mais pessoas estão conversando, as palavras que são dirigidas umas as outras, acabam tendo sentidos similares ou opostos, isso faz com que os sujeitos sintam-se autônomos de seus próprios pensamentos, construindo assim uma personalidade intrínseca de cada um. Dessa forma, a comunicação passa a marcar o perfil do sujeito, seja verbal ou não verbal, pois a linguagem corporal se expressa nos gestos, nas expressões e nas emoções (FERREIRA, 2006).

Para que a comunicação se torne um método tão eficaz, como já citado anteriormente, faz-se necessário o envolvimento de toda a equipe multiprofissional de saúde, uma vez que, esses profissionais são a chave para o discernimento do paciente em relação a seu estado de saúde. Uma equipe bem integrada oferece uma assistência mais humanizada e sistemática ao paciente.

A equipe multidisciplinar deve ter a concepção que os cuidados paliativos são responsabilidade de todos, sendo assim, devem estar preparados para lidar com as situações de desconforto, tristezas e sofrimentos tanto do paciente quanto dos seus familiares, tendo sempre em foco, o respeito à dignidade e a vida do paciente, e compreendendo que o momento vivenciado por esses, é árduo e difícil de ser enfrentado. Nesse momento entram em contexto as reflexões da bioética, onde o ser humano deve ser tratado e correspondido de acordo com suas necessidades e com o melhor atendimento possível (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Ao tratar-se da comunicação em cuidados paliativos, coloca-se em destaque a equipe de enfermagem, pois, essa é a equipe que mais tem contato com o paciente, e por esse motivo, utiliza-se constantemente da comunicação para se achegar, sem invadir tanto a privacidade do outro.

É indispensável para a equipe de enfermagem, entender que o cuidado ao paciente inclui atitudes de preocupação, responsabilidade sobre seus atos e comentários, e ainda, a criação de vínculos afetivos, para que o mesmo perceba que a sua vida é demasiadamente importante para aquele que cuida. Para tanto, é necessário que o profissional se desprenda um pouco das regras estabelecidas, tais como, os horários de visitas, as datas especiais, desde que isso não prejudique o estado de saúde do paciente. Uma visão direcionada para a singularidade do paciente torna o profissional de saúde mais humanizado e capacitado para ser um verdadeiro cuidador (SANTANA *et al.*, 2009).

A equipe de enfermagem deve ter desenvoltura, e utilizar-se das bases teóricas da comunicação, para adquirir habilidades que reflitam positivamente no relacionamento interpessoal, entre o profissional, o paciente e a família, e dessa maneira, prestar uma assistência holística e humanizada. Mas, para que essa assistência possua um caráter satisfatório, faz-se necessário que a equipe de enfermagem busque ouvir mais e falar quando necessário, abrir espaço para que o paciente possa realizar perguntas, mostrar que são profissionais honestos e responsáveis, e deixar transparecer o seu interesse pela vida do paciente (MOURÃO *et al.*, 2009).

Um dos principais objetivos da assistência prestada pela equipe de enfermagem é dar autonomia ao paciente, para que esse possa participar ativamente das tomadas de decisões, e conseqüentemente dos processos de esquemas terapêuticos. Essa participação só é possível mediante os processos de comunicação que estabelecem a confiança necessária para que o

paciente possa depositar no profissional sua toda sua carga emocional, e assim conseguir suportar a hospitalização e a realidade de sua finitude (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

É a comunicação que possibilita a identificação dos problemas e necessidades do paciente, que traz as informações sobre os procedimentos e estado de saúde do mesmo, que estabelece uma relação entre pacientes, equipe e família, e promove a troca de experiências vivenciadas por estes, entre outros (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Durante os processos comunicativos, é primordial que o profissional conheça o perfil sócio-cultural do paciente e das pessoas que estão envolvidas neste processo. Isso faz com que o profissional utilize a linguagem adequada, para trazer mais clareza e compreensão ao paciente (DIAS; VIEIRA, 2008).

Para Pontes, Leitão e Ramos (2008), uma das teorias que oferecem respaldo para a prática da comunicação, como uma forma de terapia utilizada em cuidados paliativos, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. Essa teoria possui como foco principal o profissional de enfermagem e o paciente. Para Peplau, as relações interpessoais, na prática da enfermagem, são capazes de transformar a simples prática do cuidado em experiências de aprendizagem mútua, para o crescimento pessoal e profissional.

De acordo com Beavan (2007), a comunicação possui vantagens relevantes para a vida do paciente terminal, tais como: a identificação dos problemas com mais precisão; satisfação em relação aos cuidados prestados e melhor compreensão do quadro clínico; uma maior preocupação em seguir o regime terapêutico e o novo estilo de vida; redução dos níveis de estresse e depressão; segurança em relação à qualidade geral dos cuidados; e, finalmente, a diminuição de erros clínicos.

Um estudo realizado pelo *National Institute of Nursing Research* em 2007, analisou os diálogos entre médicos de numa Unidade de Cuidados Intensivos e familiares de pacientes em cuidados paliativos, e o resultado foi que comunicação terapêutica entre membros da família e equipe médica reduziu os níveis de estresse e ansiedade da família, pois houve o espaço necessário para que esses expressassem suas dúvidas e anseios em relação à vida do paciente, tornando a convivência mais fácil de ser compreendida (BINGHAM, 2007).

São muitas as vantagens que a comunicação possui, mas, em contrapartida são muitos os fatores que impedem que esse processo seja realizado com frequência pela equipe de

saúde. A dificuldade de entender o momento ideal para utilizar os recursos verbais e não-verbais está presente no cotidiano dos profissionais de saúde, e conseqüentemente isso desencadeia outros obstáculos que dificultam ainda mais a aproximação da equipe com o paciente e/ou a família.

Observa-se na prática assistencial a dificuldade de estabelecer um diálogo entre a equipe de enfermagem e o paciente terminal desde a comunicação do diagnóstico. A falta de diálogo, muitas vezes, é tida como uma proteção para o paciente, considerando que esse, não sofra mais em saber sobre sua terminalidade, ou ainda, para que não perca a admiração pelo profissional que o assiste, e principalmente para que esse profissional não se envolva emocionalmente com o problema dos outros (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009)

Atualmente, observa-se que a falta de tempo é um dos maiores obstáculos para estabelecimento de vínculos. Nos dias atuais a demanda de pacientes é demasiadamente superior ao número de profissionais, e os próprios cuidados, que são atribuições da enfermagem, acabam sendo prestados de uma maneira técnica, e a comunicação, que é essencial, torna-se insatisfatória.

Outros problemas de comunicação apontados por Silva *et al.* (2007), são: falhas no sistema de comunicação entre a equipe, quando não há afinidade entre estes; erro na transmissão de mensagens, quando há essa afinidade, mas por outros motivos deixa de existir a comunicação; falta de interpretação, mesmo recebendo as informações, esses acabam entendendo de forma equivocada, e acabam não repassando para o paciente.

Estar disposto para ouvir as dores e dilemas do outro não é tão simples, é um processo que requer do profissional muita força de vontade e atitude. A princípio é importante aprender a ouvir, observar, atender o paciente, e após isso traçar o plano de cuidados. Demonstrar afeto através de atos e gestos de carinho, como um abraço, um sorriso estimula o paciente a aceitar seu real estado. Infelizmente muitos profissionais de saúde, durante seu percurso acadêmico, não aprenderam a portar-se diante de pacientes fora de possibilidades de cura, e assim não entenderam o valor crucial da comunicação como estratégia de cuidado paliativo (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Segundo Mourão *et al.* (2009), os profissionais paliativistas devem compreender que é primordial em cuidados paliativos, estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz com os familiares e o paciente, através de diálogos que transmitam confiança e valorizam a

autonomia do mesmo. Da mesma maneira que é fundamental prestar uma assistência sistematizada em cuidados paliativos, é importante investir na educação continuada em saúde, para que o profissional possa capacitar-se para prestar este tipo de cuidado da forma mais correta possível, sem trazer danos psicológicos ao paciente e a família.

A enfermagem está diretamente ligada aos cuidados paliativos, pois, é atribuída a essa equipe o ato de cuidar e procurar estabelecer vínculos que tragam à tona, os sentimentos e percepções do paciente. Dessa forma, é primordial que a comunicação, seja direta, branda, sem obstáculos, respeitando a necessidade e interesse do mesmo.

Finalmente, é importante salientar que o paciente fora de possibilidades de cura, é um ser humano, que antes de tudo, deve ser tratado com respeito e dignidade, que o significado de seu estado terminal não é impotência, mas sim, o fim de uma vida produtiva, que dependendo do espaço dado pela equipe cuidadora, o paciente possa ter autonomia nas decisões até o momento de sua morte, pois é a peça fundamental nesse processo do cuidar.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma revisão da integrativa da literatura referente à produção do conhecimento acerca de cuidados paliativos e comunicação. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI; 2009).

3.2 Universo

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela revisão integrativa de literatura que consiste na análise ampla da literatura tendo em vista discussões sobre métodos, resultados e conclusões gerais de uma área particular de estudo, bem como refletir sobre a realização de pesquisas futuras (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI; 2009).

A abordagem metodológica consiste em seis etapas: estabelecer a hipótese ou a pergunta da revisão; selecionar a amostra a ser revista; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI; 2009).

Para identificar as publicações acerca de cuidados paliativos e comunicação foi utilizada a busca *online* por meio da Biblioteca Virtual em Saúde nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio das seguintes palavras-chave: “cuidados paliativos”, “comunicação” e “enfermagem”. Assim, foram selecionados artigos que respondessem a esta questão norteadora: Qual a caracterização da produção científica acerca da comunicação e de cuidados paliativos no âmbito da saúde, em periódicos *online* no período de 2000 a 2010?

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, foi desenvolvido um formulário de coleta de dados, preenchido para cada artigo da amostra final do estudo. O formulário contempla informações sobre identificação do artigo e autores; objetivos do estudo; procedimentos metodológicos; análise dos dados, resultados e discussão; conclusões e comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes em cuidados paliativos.

3.3 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão adotados para a escolha dos artigos foram os seguintes: que retratassem a comunicação da equipe de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos; que estivessem indexados nas bases de dados citadas anteriormente; que fossem publicados em português, entre o período de 2000 e 2010, e cujos resumos e textos estivessem disponíveis *online*, na íntegra.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos os artigos escritos em língua estrangeira e com acesso mediante pagamento.

3.5 Coleta de dados

Essa etapa ocorreu no período de março de 2012 e obedeceu aos seguintes passos: 1) inicialmente, foi introduzida, no descritor de assunto, a expressão-chave: cuidados paliativos, comunicação e enfermagem; 2) em seguida, o método de busca foi por relevância, daí aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente. Para fazer parte da amostra, considerou-se somente estudos publicados em periódicos nacionais e indexados na base de dados, selecionados para o estudo, no período de 2000 a 2010.

Para selecionar os artigos integrantes da pesquisa, procedeu-se à leitura do título de cada um deles e do seu resumo, com o fim de verificar a pertinência do estudo com a questão norteadora desta investigação.

3.6 Amostra

Ao final da busca, encontraram-se 24 referências, contudo somente 14 se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão deste estudo.

3.7 Análise de dados

Para a análise do material empírico, elegeu-se técnica de análise de conteúdo temática, seguindo as etapas de pré-análise, que se constitui da leitura flutuante, da classificação e da categorização, com respectivas subcategorias e de análise e interpretação dos dados (CAMPOS; TURATO, 2009; DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

3.8 Considerações Éticas

Ressalta-se que foram consideradas as observâncias éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreender a temática investigada, o material empírico obtido através dos estudos inseridos na investigação proposta foi agrupamento e, em seguida, apresentado por meio de representação gráfica, destacando-se ano de publicação, modalidades de publicação, área de conhecimento e formação dos pesquisadores e enfoques contemplados pelos autores do material analisado.

A amostra do estudo foi constituída por 14 publicações de textos completos difundidos no idioma português, disponibilizados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A seguir, o Gráfico 1 apresenta a distribuição dos artigos selecionados para o estudo, no que tange ao ano de publicação.

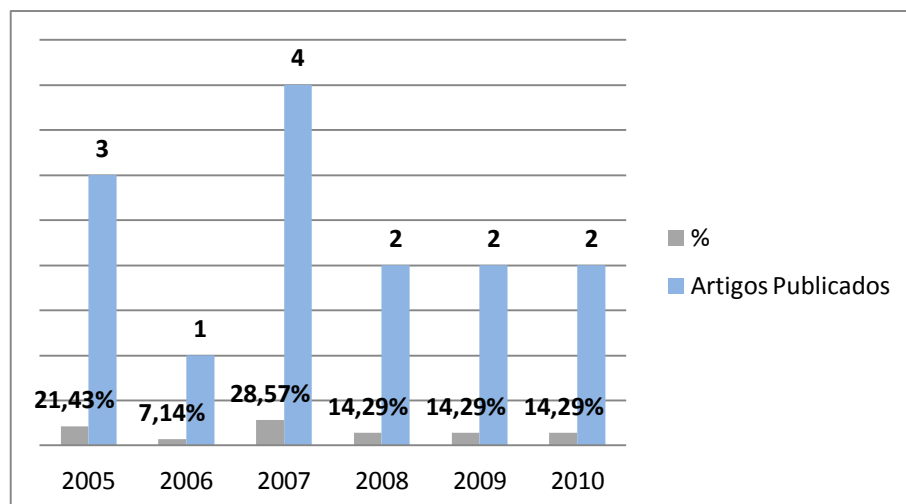


Gráfico 1: Distribuição dos artigos referente ao ano de publicação.

Fonte: Material Empírico, 2012

Os dados expressos no Gráfico 1 evidenciam que os anos de 2000 a 2004 não houve registro de nenhum artigo publicado nas bases pesquisadas e na língua portuguesa. Observa-se que no ano de 2005, houve três (21,43%) artigos publicados, seguidos de um (7,14%) em 2006, de quatro (28,57%) em 2007, representando assim o ano de maior número de publicação sobre o tema em enfoque; já nos anos 2008, 2009 e 2010 houve publicação de dois (14,29%) artigos respectivamente.

Quanto às modalidades de estudos, o Gráfico 2, em seguida, demonstra, um quantitativo expressivo de estudos descritivos, exploratórios de natureza qualitativa.

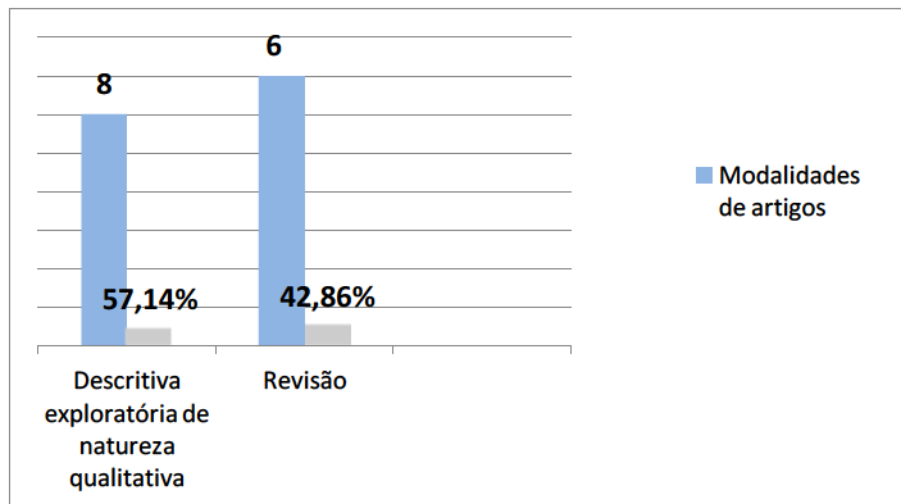


Gráfico 2: Distribuição dos artigos referente as modalidades dos estudos

Fonte: Material Empírico, 2012

Diante dos resultados, ressalta-se que estudos descritivos, exploratórios, de natureza qualitativa apresentaram um quantitativo de oito (57,14%) artigos, e os estudos do tipo revisão de literatura apresentaram seis (42,8%) artigos. Os delineamentos referenciados contribuíram para gerar novos conhecimentos acerca da temática investigada.

Em relação à área de conhecimento das publicações e da formação dos autores, o Gráfico 3, em seguida, revela, que a maioria dos artigos envolvidos foi por profissionais de enfermagem, seguido de profissionais de psicologia e medicina.

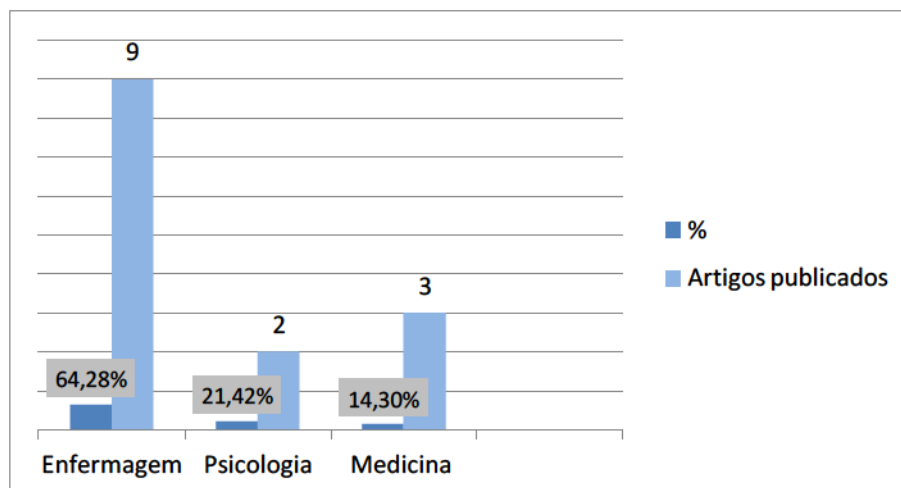


Gráfico 3: Distribuição dos artigos referente a formação dos autores

Fonte: Material Empírico, 2012

Diante dos resultados, ressalta-se a enfermagem com nove (64,28%) publicações, seguido de psicologia e medicina com três (21,42%) e dois (14,30%), respectivamente. Vale

salientar que a classe de enfermagem estavam representados por onze mestres, sete doutores e cinco graduados. Logo, a partir dos dados propostos, fica claro que os profissionais de Enfermagem apresentam interesse representativo para a realização de pesquisas na área de cuidados paliativos e comunicação.

Da análise qualitativa do material empírico emergiram as seguintes categorias: **Categoria I:** *Cuidados Paliativos e comunicação*; **Categoria II:** *Comunicação e equipe de enfermagem*; **Categoria III:** *Comunicação de más notícias*. As abordagens temáticas consideradas nesta pesquisa integrativa serão apresentadas a seguir nos Quadros abaixo.

TÍTULO	CATEGORIA I Cuidados paliativos e comunicação
A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica	<i>A análise discursiva permitiu perceber na subjetividade dos profissionais o desejo de uma comunicação efetiva e eficaz, estratégia necessária importante para re-significar o espaço da clínica na perspectiva da promoção da saúde.</i>
A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo	<i>O foco otimista utiliza o bom humor e promove uma atmosfera mais leve, alegre e agradável, pode mostrar-se uma alternativa para amenizar os problemas de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e pacientes em cuidados paliativo.</i>
Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva	<i>A comunicação entre o paciente e seus familiares deverá ocorrer de forma simples, honesta e humana; em ambiente tranqüilo e reservado, com linguagem clara e apropriada para cada momento.</i>
Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica	<i>A conversa entre o profissional de saúde e a família pode desvendar muitos anseios, medos e dúvidas presentes nesta dimensão e, assim, proporcionar a criação de vínculo efetivo entre eles, exigindo do profissional envolvido habilidade em comunicação terapêutica.</i>

Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos	<i>A convicção de que mais importante do que falar é a forma como falar e escutar deve pautar a construção da relação do profissional com o paciente idoso em final de vida e seus familiares.</i>
Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva	<i>A importância da utilização das técnicas de comunicação terapêutica no estabelecimento do relacionamento terapêutico no CTI, considerando ambiente gerador de sentimentos como medo, tristeza, ansiedade e como parte integrante da assistência, para assim prestar cuidados de qualidade mais próxima da integralidade da assistência visando à recuperação do paciente.</i>
Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos	<i>Se for possível o reconhecimento dos aspectos emocionais envolvidos na relação profissionais-paciente no processo comunicacional, para além do aparato técnico, a equipe pode atingir um nível de comunicação mais maduro, eficaz e efetivo.</i>

Quadro 1- Distribuição dos artigos da Categoria I- Cuidados Paliativos e comunicação

Fonte: Material Empírico, 2012

A Categoria I: *Cuidados paliativos e comunicação*, apresentada no Quadro 1, enfatiza a comunicação como instrumento de cuidado da equipe interdisciplinar com os pacientes em cuidados paliativos. Os estudos agrupados nessa categoria consideram que a comunicação é viável para o processo de promoção a saúde.

A equipe interdisciplinar presta uma assistência direta ao paciente. Nesse contexto, o profissional tende a se ver como o único sujeito do processo e, como tal, sente-se como o proprietário do objeto, assim, as relações hierárquicas e autoritárias passam a ser vistas como normais. A relação equipe-paciente tende a ser prejudicada com a inserção de técnicas e novos métodos na prática do cuidado, que absorvem de tal maneira a atenção dos profissionais e retiram o foco das relações interpessoais (DIAS; VIEIRA, 2008). Revela também que os profissionais precisam ver o paciente não como um objeto, mas sim, como um ser humano capaz de falar, pensar e expressar suas opiniões, que age individualmente, e assim produz também individualmente sua saúde. Dias e Vieira (2008), ainda apontam que muitas

vezes o saber do paciente não tem espaço na evidência científica, dessa maneira sua vontade de influenciar na cura não integra o plano da assistência.

No contexto da saúde, valoriza-se muito a importância da comunicação nas relações entre os profissionais e os pacientes terminais, porém, esse discurso parece ser enfático na teoria. É necessário, pois, a prática para que o processo comunicativo seja aplicado e desenvolvido com qualidade. Desse modo a equipe interdisciplinar deve ser criativa, hábil e, especialmente, capaz de ouvir, permitindo aos pacientes explorar todo seu potencial. Como resultado, percebe-se a clareza da comunicação e conseqüentemente uma melhor resposta ao tratamento (SANTOS; BERNNARDES, 2010).

Nesse sentido, a abordagem colaborativa que temos como perspectiva de cuidar tem seu foco no paciente e sua família. Nesse modelo, o cuidado inclui compreender as preocupações do paciente e sua família, bem como seus valores. É necessário avaliar junto com os membros da família a condição e capacidade para lidar com a situação da doença. O profissional de saúde deve convidar o paciente e a família a participarem na tomada de decisão e implementação de cuidados, acomodando e ajustando suas habilidades para construir um bom relacionamento baseado na confiança (BOUSSO; POLES, 2009).

Para os pacientes em cuidados paliativos, o relacionamento interpessoal é o suporte que os ajudam a suportar situações difíceis. Expressões de afeto e carinho tornam os momentos difíceis, em situações suportáveis e fazem com que os mesmos sintam-se importantes e parte fundamental do cuidar. Uma vez que relacionar-se é estar com o outro, fazendo uso da comunicação verbal e não-verbal para transmitir mensagens (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Pacientes em fase terminal, com dor crônica, são difíceis de tratar. Observa-se que o bem-estar físico e o emocional, assim como as relações interpessoais, são extremamente afetados. Esses pacientes estão conscientes que nada irá mudar seu estado físico, porém há muitas alternativas que irão transformar seu estado emocional; uma delas é valorizar a alegria e o bem estar. A dor é uma construção multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. A comunicação entre a equipe e o paciente terminal pode reduzir as emoções negativas como depressão e ansiedade e promover uma decrescente queda da perceptividade da dor no indivíduo (PERES *et al.*, 2007).

De modo geral, a comunicação tem função importante de aliviar a dor e outros sintomas que possam ocorrer. Independente da gravidade do quadro do paciente, esse necessita sentir-se compreendido, seguro e protegido. A ausência de comunicação pode levar o paciente a sentir solidão, vazio e incerteza. Mostrar-se disponível, compartilhar com o

paciente suas dúvidas, ansiedades, angústias e demonstrar empatia significa ao mesmo tempo saber ouvir (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Não é apenas a equipe de enfermagem que deve melhorar a comunicação com o paciente terminal, mas sim, toda a equipe multidisciplinar e ainda todos aqueles que cercam esse paciente. Se todos os profissionais envolvidos com o tratamento durante o processo de morrer não se sentirem aptos para o enfrentamento da morte e, se não houver transparência entre toda a equipe, haverá, sem dúvidas, um conflito de interesses que irá acarretar problemas de relacionamento e de comunicação (MORITZ, 2007).

De maneira relativa observa-se que os cuidados paliativos obtiveram certo avanço em relação à comunicação, mas, por outro lado, a família muitas vezes acaba adquirindo uma postura passiva diante do processo de morrer de um de seus membros, quer seja pelas rígidas normas hospitalares ou por uma visão arcaica de que somente a equipe de saúde pode tomar decisões sobre condutas terapêuticas (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

Os profissionais de saúde devem entender que a comunicação deve estar voltada para o paciente e a família, pois, quando um membro da família adoece, toda família adoece junto com ele, e que o vínculo adquirido proporciona uma redução do estresse existente entre o contexto família-paciente, produzido pelo momento em que os mesmos estão vivenciando.

O acolhimento e a orientação aos pacientes em fim de vida significam mais do que gestos ou palavras, são atitudes que promovem a comunhão com a equipe de saúde e o paciente. A comunicação possui um poder inimaginável que nem a ausência da fala quebra o vínculo que a comunicação criou. Estar em comunhão é a oportunidade que o profissional tem de ser alguém que acolhe o que vê, que absorve o que ouve, que percebe a expressividade do outro e que se cala, para que o outro possa falar. Além disso, a assistência é prestada para alguém, e não para algo, não significa apenas um procedimento, mas, uma relação de ajuda e o uso do toque de uma forma mais efetiva (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Quando se trata do relacionamento equipe-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para promover uma assistência humanizada e personalizada, de acordo com suas necessidades. Portanto, a interação com o paciente se caracteriza não só por uma relação em que esse é submetido aos cuidados da equipe interdisciplinar, mas, também, por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Nesse sentido, Bousso (2006) ressalta que existem componentes essenciais para a boa comunicação.

Nas palavras da autora, o primeiro passo para se estabelecer um relacionamento interpessoal, é ajudar a família a sentir-se confortável e segura. Os familiares são capazes de

revelar em detalhes o quanto foram bem ou mal tratados ao terem seus entes queridos admitidos nos hospitais anos após terem vivenciado a experiência.

Além disso, entender que os familiares têm suas próprias ideias e crenças sobre a natureza da doença é primordial. As histórias revelam crenças da família sobre a morte, a doença e o corpo e têm implicações nas decisões do paciente e seus familiares. A capacidade da família para uma comunicação interna e a forma como a equipe trabalha essas diferenças podem, ou não, gerar conflitos e devem ser discutidas abertamente. O profissional, quando necessário, deve mediar a conversa aberta em família (BOUSSO, 2006).

Outro aspecto importante é verificar o conhecimento e as informações que a família tem permite que o profissional descubra a compreensão que eles têm da enfermidade, ou seja, trata-se de perguntar antes de “orientar ou falar” (BOUSSO, 2006).

Dar explicações ao paciente e à família é outro fator fundamental, pois é uma habilidade que requer do profissional de saúde uma avaliação das reais necessidades, capacidade de compreensão e nível de ansiedade do paciente e seus familiares (BOUSSO, 2006).

Reconhecer emoções é uma atitude que pode oferecer apoio à família, pois reduz a sensação de isolamento ou choque pela inesperada má notícia. As emoções podem ser trabalhadas ao se pronunciar afirmações empáticas que demonstrem interesse pela pessoa, incluindo seus sentimentos (BOUSSO, 2006).

É recomendável ressaltar as forças e não o déficit, disfunção e deficiências dos integrantes da família. Ao elogiar a competência e as forças do grupo, cria-se um contexto para a mudança, permitindo que as famílias descubram suas próprias soluções para os problemas (BOUSSO, 2006).

Por fim, estabelecer um cuidado colaborativo. Tanto o paciente quanto à família sentem-se mais seguros quando percebem que, de alguma forma, estão contribuindo ou ajudando no cuidado. Nesta conjuntura, é importante abrir espaço para participação do paciente e da família no cuidado. Formar um vínculo com a família pode ajudar em todo o processo terapêutico (BOUSSO, 2006).

Os profissionais de saúde que cuidam de pacientes e familiares em cuidados paliativos têm como objetivo aliviar ou reduzir o sofrimento o quanto for possível. Nessa perspectiva, os erros mais comuns identificados na prática dos cuidados paliativos são: ouvir pouco; falar demais; não ser curioso e acreditar que sabe o que a família e/ou o paciente sentem; não valorizar as diferenças e não se cuidar (BOUSSO; POLES, 2009).

O desafio do trabalho com pacientes e famílias que vivenciam a terminalidade é desenvolver os aspectos emocionais que guiam e desafiam sua própria vida e manter-se atento a ele. Essa atitude exige que a pessoa esteja internamente disponível para se comprometer, arriscando-se a abrir em si mesma, dores e dúvidas que a podem levar a uma transformação pessoal (BOUSSO; POLES, 2009).

O Quadro 2, descrito logo abaixo, enfatiza a Categoria II, que diz respeito à comunicação relacionada à equipe de enfermagem.

TÍTULO	CATEGORIA II Comunicação e equipe de enfermagem
A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem	<i>As interações no cuidado não se estabelecem de maneira puramente técnica, mas também através de uma abordagem expressiva do cuidar abordagem esta que se dá pela comunicação, seja ela verbal ou não verbal.</i>
Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica	<i>Precisa-se trabalhar e desenvolver estratégias de relacionamento interpessoal e com isso efetivar a comunicação entre enfermeiro e paciente, pois o processo de comunicação terapêutica deve ser priorizado como atividade de enfermagem relevante e essencial.</i>
Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado	<i>É preciso reconhecer que ficar ao lado do paciente para ouvi-lo é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde.</i>
Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente	<i>É preciso que a equipe desenvolva a partir da sua prática reflexiva estratégias para aperfeiçoar os cuidados ao doente em fim de vida, sobretudo na gestão pessoal que faz da morte e da aliança terapêutica que estabelece com o doente, convertendo-se no elemento garante da qualidade de vida até ao fim.</i>
Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua	<i>Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita</i>

adequação pela equipe de enfermagem	<i>sua necessidade de conforto.</i>
--	-------------------------------------

Quadro 2- Distribuição dos artigos da Categoria II – Comunicação e Equipe de Enfermagem.

Fonte: Material Empírico, 2102

A **Categoria II Comunicação e equipe de enfermagem**, explicitada no Quadro 2, contempla estudos que retratam a comunicação como um instrumento indispensável no cuidado de enfermagem.

Comunicação interpessoal não se resume apenas em troca de mensagens entre duas ou mais pessoas. Trata-se de um processo complexo que abrange a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

O ato comunicativo compreende um importante fator para a compreensão do cotidiano das pessoas, mostrando-se essencial para um cuidado de enfermagem que contemple uma assistência adequada ao paciente que esteja vivenciando um processo de estresse e ansiedade decorrente do estado clínico da doença (MORAIS *et al.*, 2009).

A comunicação é uma troca de gestos, palavras e sentimentos. As informações compartilhadas nesse momento influenciam no processo de interação humana, e, através dessa comunicação, determinam metas e meios para atingir os objetivos traçados. Sem comunicação, a interação e a transação não podem ocorrer. Por isso, a equipe de enfermagem, deve mostrar-se preocupada com a interação dos pacientes em relação ao seu ambiente, de forma que induza a auto-realização e à manutenção da saúde, promovendo o bem estar desse paciente (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Para Ferreira (2006), essa comunicação se dá através daquilo que nos trás sentido, podendo assim ser entendida de acordo com o seu referencial sócio-cultural. Desta forma, foi possível observar que as interações no cuidado não se dão apenas através de técnicas, mas sim, através da expressividade do cuidar, que se evidencia pela comunicação verbal e não verbal, envolvendo além de tecnologias, a complexidade de lidar diretamente com outro ser humano, o que significa conhecer a sua história de vida, as suas crenças e emoções.

Ainda nesse contexto, percebe-se que a comunicação é um pilar para o tratamento do paciente fora de possibilidades de cura, por trabalhar o seu lado emocional, que se encontra desnorteado pela situação em que está vivenciando.

A equipe de enfermagem deve posicionar-se de uma maneira que recicle a ideia de que a comunicação é indispensável à vida, para tanto, é necessário entender os impactos dessa modalidade de cuidado na vida do paciente. Apesar da comunicação ser um ponto crítico, e um recurso terapêutico importante e efetivo, são inúmeras as dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se a má preparação da equipe de saúde nesse processo (SOUSA; BARROSO, 2009). A equipe de enfermagem é instruída para lidar diretamente com a saúde do paciente, neste ínterim a priorização da comunicação requer do profissional uma mudança de foco e atitude. Perceber constitui não apenas olhar, mas identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade. Contudo, percebe-se, ainda, na prática da enfermagem a ausência da valorização do relacionamento pessoal e da adequação ao uso da comunicação no contexto do cuidado (MOURÃO *et al.*, 2009).

Em decorrência da falta de tempo e da demanda de pacientes e burocracias a serem examinadas e realizadas pela equipe de enfermagem, a comunicação passa a ser regressiva, sendo cada vez mais escassa, e infelizmente a equipe de saúde tenta justificar tal ato, sobre essa ótica: a sobrecarga de trabalho. Isso passou a ser um estigma, designado para aqueles profissionais que de alguma maneira não entendem a real necessidade de um paciente em estado terminal (QUINTANA; SANTOS; LIMA, 2006).

A comunicação é essencial no cuidado, e principalmente se for realizada adequadamente, apropriada a uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido. Nesse sentido, ao pensar em comunicação interpessoal é necessário lembrar que todo o processo de comunicação possui duas dimensões, a verbal e a não verbal. A comunicação verbal diz respeito às palavras expressas por meio da fala ou escrita e a não-verbal ocorre através de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outras (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Assim, pode-se dizer que a comunicação também passou a ser utilizada como instrumento de ajuda terapêutica. Mas, para que haja a efetividade da mesma, a equipe multiprofissional, destacando a classe da enfermagem, deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente. É necessário que a equipe saiba ouvir o paciente, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas, ser honesto,

mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades (PONTES; LEITÃO ; RAMOS, 2008).

A comunicação tem como respaldo a teoria das relações interpessoais de Peplau. Essa teoria foi desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teorista observou o fenômeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na enfermagem e no paciente e, destaca que o processo interpessoal é baseado em quatro estágios, sendo esses, a orientação, identificação, exploração e solução. A orientação corresponde à fase em que o paciente expõe sua necessidade e necessita da ajuda da equipe de saúde; a segunda fase diz respeito à construção da identidade das pessoas que cuidam do paciente, onde reconhece e identifica as mesmas como atores importantes no processo de cuidar; a terceira etapa constitui o processo de exploração da relação interpessoal para o aproveitamento de todos os benefícios que essa proporciona; e por fim, a quarta e última fase compreende a abstinência dos laços afetivos que o mesmo construiu durante o tratamento, e se prepara para voltar para casa. Dessa forma, observa-se que é impossível remover a comunicação do relacionamento interpessoal, pois um é reflexo do outro (MACÊDO *et al.*, 2006).

O ato da comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe e a pacientes, além de influenciar diretamente as atitudes e as ações dos indivíduos. A comunicação verbal é uma habilidade que apenas o ser humano possui. Essa torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente (MOURÃO *et al.*, 2009).

Nesse sentido, vale ressaltar alguns princípios que podem ser seguidos para uma eficaz comunicação com o paciente: perder o medo de falar no nível emocional; permitir que o paciente tome a iniciativa; respeitar os seus direitos; transmitir esperança sempre; não negar ou desprezar as expressões de emoções e o seu impacto e evitar frases que não consolam (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011). Contudo, a comunicação verbal é insuficiente para caracterizar a complexa interação que existe no relacionamento humano.

Nessa perspectiva, para permitir a demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais é fundamental a comunicação não verbal do processo de interação colaborativa. É primordial para o cuidado do paciente, sem possibilidades terapêuticas, que o enfermeiro perceba, compreenda e empregue adequadamente a comunicação não verbal. Isto porque ela permite a percepção e compreensão dos sentimentos,

dúvidas, angústias do paciente, assim como entendimento e clarificação de gestos, expressões, olhares e linguagem simbólica, típicos de quem está morrendo (ARAÚJO, 2009).

Silva apud Araújo (2009) ressalta que a comunicação não verbal é classificada em: paralinguagem, cinésica, proxêmica, características físicas, fatores do meio ambiente e tacêsia. A paralinguagem diz respeito ao modo como falamos, ou seja, são representados pelos ruídos, entonação da voz, ritmo do discurso, a velocidade em que as palavras são ditas, o suspiro, o pigarrear, o riso, o choro. A Cinésica está relacionada à linguagem do corpo, ou seja, é caracterizada por gestos, expressões faciais, olhar, características físicas e postura corporal. O toque é um tipo de linguagem não verbal mais utilizado pela enfermagem, pois o mesmo é utilizado em caráter técnico e instrumental e também como forma de oferecer apoio e demonstrar afeto. A proxêmica se concerne ao uso que o homem faz do espaço físico dentro do processo de comunicação. Nesse sentido, identifica os fatores envolvidos na distância que o indivíduo mantém do outro na interação.

A enfermagem é a equipe que passa mais tempo com o paciente e a comunicação faz parte deste trabalho. Consoante, a comunicação é um acréscimo ao atendimento de pacientes críticos e o enfermeiro pode, através dela, estabelecer um melhor cuidado (BERNIERI; HIRDES, 2007). Essa prática do cuidado contribui para a excelência do tratamento e cria oportunidades de aprendizagem para o paciente, podendo despertar o sentimento de confiança entre paciente e enfermeiro, permitindo que ele experimente a sensação de segurança e satisfação (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Ao cuidar do paciente em processo de morrer, uma das principais habilidades de comunicação necessária ao enfermeiro é a escuta. Sentar-se ao lado do paciente, se interessando pela sua história e estando disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma forma eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia o processo de morte (ARAÚJO, 2009).

Diante do exposto, observa-se que havendo uma real preocupação da equipe de enfermagem, em realizar uma boa comunicação com o paciente, isso irá refletir em uma boa resposta desse paciente ao tratamento, pois a comunicação abre portas para que haja o vínculo necessário para a construção da confiança entre o paciente, a família e a equipe de enfermagem.

O próximo Quadro irá ressaltar a Categoria III, que enfatiza a Comunicação de más notícias.

TÍTULO	CATEGORIA III Comunicação de más notícias
Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica	<i>A fim de diminuir os hiatos existentes entre a formação e a prática clínica, muitos autores têm publicado recomendações que também podem compor parte dos programas estruturados de treinamento de profissionais de saúde para uma melhor comunicação com pacientes e familiares.</i>
A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico	<i>É imperioso que o assunto 'morte' seja abordado de maneira mais competente e contínua nos currículos dos cursos de Medicina, a fim de que possa dotar o médico de habilidade e sentimentos facilitadores do processo de comunicação de eventos dolorosos aos pacientes.</i>

Quadro 3- Distribuição dos artigos da Categoria III- Comunicação de más notícias

Fonte: Material Empírico, 2012

A Categoria III: *Comunicação de más notícias*, apresentada no Quadro 3, aborda o processo de comunicação como uma ferramenta imprescindível para informar aos familiares o real estado do paciente, nesse caso, a finalização de sua vida. Essa categoria expõe as dificuldades que a equipe de saúde enfrenta para comunicar o mal prognóstico do paciente.

Vivenciar o processo de morte é uma experiência nova e única para qualquer ser humano. A maneira como o indivíduo lida com a morte iminente na fase final desse processo é um reflexo de suas vivências, o seu grau de maturidade, seus valores culturais, espirituais e religiosos (ROMANO; WATANABE; TROPPEMAIR, 2006; ARAÚJO, 2009).

Mesmo quando não é mais possível verbalizar seus anseios, o paciente sem possibilidades de cura demonstra, de maneira não verbal e fisiológica, seu sofrimento e ansiedade. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde percebam tais sentimentos e, juntamente com os seus familiares, ofereçam compreensão e um forte apoio emocional (ARAÚJO, 2009).

Ao receber o diagnóstico de uma doença cuja cura não é possível e vivenciar a ameaça ou a concretude das perdas inerentes à condição, o paciente percorre fases ou estados psicológicos. Kübler-Ross (2002) identificou e descreveu cinco estágios vivenciados por pacientes que vivenciam a terminalidade: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Quando o paciente nega sua doença e terminalidade, geralmente seu discurso verbal é intenso e supérfluo, focado em assuntos variados, evitando falar sobre o diagnóstico, sintomas ou qualquer outra coisa relacionada à doença. A fase da raiva é marcada pelo discurso verbal inflamado, ríspido, às vezes grosseiro do paciente, que direciona seu sentimento de raiva e inconformismo a toda e qualquer pessoa que interaja com ele. Na fase da barganha, o paciente assume uma troca com Deus no qual creia, que a esperança de cura ou melhora é negociada em troca de mudanças de hábitos e atitudes. A fase da depressão é diferente da depressão enquanto psicopatologia: trata-se de sentimentos de pesar e angústia, os quais o paciente é obrigado a se submeter ao se deparar com as perdas iminentes e inerentes à sua condição (KÜBLER-ROSS, 2002).

Quando o paciente compreende e aceita sua condição, o discurso verbal torna-se menos intenso. Assim, ele expressa sua compreensão por meio de olhares que demonstram resignação, de expressões faciais típicas, linguagem gestual, e longos períodos de silêncio, nos quais perguntas e respostas são silenciosamente emitidas (KÜBLER-ROSS, 2002).

Comunicar más notícias é uma atribuição extremamente difícil para os profissionais de saúde, pois consiste em um forte impacto psicológico no paciente e em sua família. A frequência com que ocorre esse evento é desproporcional a habilidade de comunicação das equipes de saúde, principalmente na forma de comunicar os resultados negativos da evolução de uma doença (VICTORINO *et al.*, 2007; SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2008).

É considerada uma má notícia, qualquer informação que afete a percepção do indivíduo sobre si mesmo e seu futuro. A comunicação é bidirecional, e a maneira como a família entende a notícia que recebe da equipe de saúde pode tornar a vivência do processo de hospitalização do paciente mais fácil ou mais difícil. A comunicação de algumas notícias ruins pode ser entendida de diferentes formas pelas famílias dependendo dos diferentes contextos culturais em que estas estão inseridas. O conhecimento da família sobre as condições de saúde do paciente pode influenciar na maneira que os profissionais de saúde prestam assistência a esse paciente (PINHEIRO *et al.*, 2009).

Um estudo denominado SUPPORT realizado nos Estados Unidos, em 1995, foi um dos primeiros a atentar para o fato da comunicação de más notícias. Nesse estudo, que envolveu mais de 9.000 pacientes em hospitais universitários americanos, procurou-se avaliar preferências e comunicação entre médicos e pacientes. Foram estudados exclusivamente pacientes internados com doenças graves e avançadas. Nessas condições, somente 39% dos pacientes discutiram o prognóstico com os seus médicos. Dentre os pacientes que não discutiram, 44% gostariam de ter discutido. Discutiu-se sobre reanimação em caso de parada

cardiorrespiratória com 37% dos pacientes, enquanto 41% dos pacientes que não discutiram gostariam de tê-lo feito. Verificou-se que somente 47% dos médicos sabiam das preferências de seus pacientes em caso de parada cardíaca. Desde então, diversos estudos sobre comunicação foram realizados na literatura médica. A relação médico-paciente pode ter vários graus de participação do paciente. As principais são: paternalista, informativa, interpretativa ou deliberativa. Abaixo, são descritas as principais características de cada uma delas (FORTE, 2009).

Na relação paternalista, o médico tem o papel de guardião sobre o paciente. Aqui, o médico sabe o que é melhor para o paciente e esse cabe aceitar o tratamento escolhido pelo médico. Outro tipo de relação é a informativa, onde o paciente é visto como um consumidor da assistência à saúde e o médico, como um especialista que informa os riscos e benefícios dos tratamentos. Cabe ao paciente escolher as suas alternativas e responsabilizar-se com elas. Na relação interpretativa, o médico se comporta como um conselheiro interpretando valores e preferências de pacientes frente aos riscos e benefícios dos tratamentos. E, por fim, a relação deliberativa, em que médico e paciente conversam sobre opções terapêuticas disponíveis e as suas implicações em valores e preferências do paciente (FORTE, 2009).

No âmbito hospitalar percebe-se que a preocupação da equipe de saúde baseia-se na importância de comunicar ao paciente o quanto ele deve saber, mas, por outro lado, não tem sido dada a importância necessária à capacitação da equipe para enfrentar essa situação. Dentre os profissionais que são responsáveis pelo repasse dessa informação observam-se três posturas adotadas pelos mesmos: alguns defendem que a informação deve ser repassada integralmente, sem pausas, independente das percepções ou do estado emocional do paciente e família; outros afirmam justamente ao contrário, em nenhuma hipótese os pacientes devem ser informados de doença letal, para que não haja resistência ao tratamento; a terceira visão é mais flexível, pois, os profissionais recomendam levar em conta os fatores psicológicos e sociais, porém, esses profissionais admitem que nem sempre respeitam essa subjetividade e a forma como essas notícias deveriam ser dadas (PEROSA; RANZANI, 2008).

Diversos fatores podem influenciar o comportamento da equipe de saúde frente ao paciente gravemente enfermo com um mau prognóstico. Entre eles destacam-se a falta de uma formação específica para lidar com esta situação; uma estrutura educacional debilitada e uma soberba intelectual que se recusa a admitir a limitação da ciência médica e a finitude humana (ANDRADE; ANDRADE; 2010).

Para que haja uma comunicação eficaz e um processo de aceitação do mau prognóstico, Victorino *et al.* (2007) estabelecem algumas recomendações para a equipe de

saúde antes de passar as informações ao paciente, são estas: estabelecer uma relação médico, equipe de saúde e paciente adequada; conhecer cuidadosamente a história médica; ver o paciente como pessoa; preparar um local adequado; organizar o tempo; observar os aspectos específicos da comunicação; reconhecer o que e quanto o paciente quer saber; encorajar e validar as emoções; prestar a atenção e o cuidado com a família; planejar o futuro e o seguimento e trabalhar os próprios sentimentos.

O paciente que receberá uma má notícia não é e não pode ser um objeto passivo no processo de informação. Ele é o centro desta informação. No momento da informação, o profissional deve estar atento ao cuidado com a transparência e ao sentimento de solidariedade, que são necessidades do paciente. Em nenhum momento a família deve ser excluída desse processo de comunicação, pois, é imprescindível a presença de alguém mais próximo do paciente para que sirva de apoio emocional e psicológico para o mesmo, lembrando que a notícia deve ser fragmentada, e seu curso deve ir de acordo com o entendimento do paciente, respeitando sua formação e linguagem (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

A comunicação de más notícias ao paciente pode ocorrer tanto de uma maneira adequada ou não, apresentando assim diferentes resultados. Quando a notícia é relatada de uma forma adequada, a mesma auxilia a compreensão e aceitação da situação desfavorável em que o paciente se encontra. Em contrapartida, quando a notícia é transmitida incorretamente, acaba gerando confusão, sofrimento e ressentimento. Nesse contexto, conclui-se que uma verdade desfavorável, transmitida com habilidade e humanidade, tem seu impacto diminuído, e a informação passa a ser aceitável para o paciente. Não é incomum encontrar pacientes que nunca esqueceram o momento em que receberam uma notícia ruim, pela forma desumana que esta foi repassada (BONAMIGO; DESTEFANI, 2010).

Sendo o paciente o centro do tratamento e o principal integrante do processo de cuidado, este, deve ser inteiramente capacitado para compreender sua doença afim de minimizar estresse e ansiedade em situações difíceis. É intrínseco do ser humano, ter medo do que é desconhecido, e angustiante não saber o curso do seu futuro. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde procurem uma maneira ideal de deixar o paciente a par de tudo que está acontecendo em sua vida (LINO *et al.*, 2011).

É importante também que o profissional mostre atenção, empatia e carinho com o comportamento e sinais não verbais. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque nas mãos, braços ou ombros ajudam a demonstrar empatia, oferecer apoio e conforto. O paciente precisa sentir que, por pior que seja sua situação, ali se encontra

alguém que não o irá abandonar à própria sorte, alguém em quem ele pode confiar e que poderá cuidar dele (ARAÚJO, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da comunicação como estratégia de cuidados paliativos tem como finalidade oferecer uma assistência mais holística e sistematizada ao paciente, uma vez que essa aborda os aspectos emocionais e psicossociais do paciente, e proporciona a criação de um vínculo entre a equipe de enfermagem e o paciente terminal, promovendo a saúde através do cuidado humanizado, e acrescentando-lhe uma melhor qualidade de vida. Tal processo cria oportunidades para que o paciente possa se sentir o principal sujeito do processo de cuidados, e dessa maneira, o mesmo pode influenciar na tomada de decisão no que diz respeito a sua terapêutica.

Os cuidados paliativos são amplamente abordados no meio científico, porém, percebe-se certa deficiência quando abordada a comunicação como estratégia nesse tipo de cuidado, como ficou demonstrado neste estudo, no qual se encontrou um quantitativo de 24 artigos relacionados com esse assunto. No entanto, apenas 14 encontravam-se nos critérios de inclusão. Assim, os dados evidenciam que há uma real necessidade de se ampliar a produção científica acerca dessa temática, no tocante a relação da comunicação com a promoção da saúde a pacientes no processo terminal. Isso por entendermos que a discussão acerca do processo de finitude humana, na atualidade, requer a abordagem da comunicação, particularmente, quando relacionados à prestação dos cuidados paliativos.

Na Categoria I, que ressalta a relação **“Comunicação e cuidados paliativos”**, os estudos abordados ofereceram contribuições relevantes. Uma foi o reconhecimento da comunicação como uma estratégia de promoção à saúde, uma vez que, essa proporciona o bem estar do paciente, além disso, essa categoria evidencia a importância do bom humor, e de um ambiente alegre e agradável para amenizar o problema vivenciado pelo paciente. É indispensável que o profissional, tenha em si, o bom senso de ouvir, respeitar, e acreditar que a comunicação terapêutica é eficaz no processo do cuidado, e que o paciente necessita desse vínculo para se sentir mais confiável e capacitado para controlar seus próprios sentimentos.

A Categoria II **“Comunicação e equipe de enfermagem”** apresentou aspectos importantes no tocante a relação equipe-paciente, mostrando-se bastante eficaz, pois, a comunicação abre portas para que haja uma boa convivência e menos resistência ao tratamento por parte dos pacientes e, também da família. Destacou-se a necessidade de estratégias para que haja um bom relacionamento interpessoal, entre paciente, equipe de saúde e família. O profissional deve conversar e orientar a família e o paciente em relação ao seu

estado de saúde, destacando suas dúvidas e repassando as informações necessárias para a continuidade do tratamento. Outra informação de destaque, presente nessa categoria, é que a comunicação é um instrumento que garante a qualidade de vida até o fim da vida.

Seguindo a ideia de que a comunicação é fundamental desde o início do diagnóstico até o resultado do prognóstico, a Categoria III **“Comunicação de más notícias”** foi outro aspecto importantíssimo, ressaltado neste estudo, pois trouxe uma análise da maneira que a equipe multiprofissional aborda esse tipo de situação. Dessa forma, é necessário que o profissional respeite as fases do processo de terminalidade, que consiste em negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Em cada uma dessas etapas o paciente vai expressar sentimentos diferenciados, e vai precisar muito de um suporte emocional. É nesse momento que o profissional torna-se protetor, responsável e conselheiro de seu próprio paciente, e através dos recursos disponíveis, deverá deixar o paciente a par de tudo que o cerca, e não omitir em nenhum momento os dados clínicos, mas sim, procurar transmití-los de uma forma coerente e de acordo com a capacidade de interpretação e aceitação de cada indivíduo.

Nessa conjuntura, observa-se que além dessas informações, os estudos incluíram a abordagem multiprofissional como ferramenta importante nos cuidados paliativos podendo promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas em processo de finitude.

Diante desse cenário, evidencia-se que esse modo diferenciado de tratar vem merecendo atenção por parte de pesquisadores, gestores e profissionais da Saúde. Isso sugere boas perspectivas para a inserção das modalidades terapêuticas em cuidados paliativos em redes assistenciais de Saúde e na formação acadêmica dos diversos profissionais dessa área.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. C. T. **A morte faz falar: otimizar a comunicação em cuidados paliativos para otimizar os cuidados em fim de vida**. Lisboa, 2008, 55 f. Dissertação [Mestrado em Psicologia]- Universidade de Lisboa, Lisboa. 2008.
- ANDRADE, E. O. ANDRADE, E. N. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v.8, n.1, p. 46-52, 2010. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a010.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.
- 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**. São Paulo, v. 41, n.4, p. 668-74, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.
- ARAÚJO, M. M. T. A comunicação no processo de morrer. IN SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- AVANCI, B. S. et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p.708-16, out/dez, 2009. Disponível em:<http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20094/artigo%202.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.
- BEAVAN, J. Communication: the most common clinical procedure. 2007. Disponível em:< <http://www.birminghampalliativecare.com/communication.php>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciar o processo morte-morrer. **Rev Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.16, n.1, p.89-96, jan/mar, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a11v16n1.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.
- BINGHAM, R. Improving communication in the ICU about end of life care in the ICU reduces symptoms of stress, anxiety, and depression in family members. 2007. Disponível em:< <http://www.nih.gov/news/pr/feb2007/ninr01.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- BONAMIGO, E. L. DESTEFANI, A. S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Rev Bioética**. Brasília, v.18, n.3, p. 725 – 42, 2010. Disponível em:<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/596/602.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.
- BOUSSO, R. S. **Um tempo para chorar: a família dando sentido à morte prematuro do filho**. Tese [Livre Docência] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da tanatologia. IN SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínicoqualitativa: aplicação e perspectiva. **Rev Latino-am Enfermagem**. São

Paulo, v.17, n.2, p.124-29, mar/abr, 2009. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHAVES, A. A. B. **Percepção de Enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidade de Terapia Intensiva**. [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2006. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a13.pdf>>. Acesso em: 07 out.2011.

CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. H. O. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.41, n.4, p.660-7, dez, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/16.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2011.

DIAS. M. S. A. ; VIEIRA, N. F. C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 61, n. 1, p.71-77, jan/fev, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/11.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p. 620-62, 2009. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FERRAI, C. M. M. et al. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. Centro Universitário São Camilo. **Rev Bioethikos**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 99-104, 2008. Disponível em:< <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/60/11.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

FERREIRA, M. A. A. comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.59, n.3, p. 327-30, maio/jun, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a14v59n3.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2011.

FIGUEIREDO, M. T. A. Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia. Setor de Cuidados Paliativos da Disciplina de Clínica Médica da Unifesp (Ambulatório de Cuidados Paliativos). São Paulo, 2006, p. 28. Disponível em:
 <<http://www.alexandracaracol.com/Ficheiros/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2011.

FORTE, D. N. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. IN SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

FLORIANI, C. A. SCRHAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.9, p. 2072-80, set, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc Saúde Coletiva**. São Paulo, v.16, n.7, pp.3241- 48, 2011 Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2011.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 856-62, out/dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

INABA, L. S. SILVA, M. J. P. TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.39, n.4, p.423-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

LIMA, A. C. SILVA, J. A. S. SILVA, M. J. P. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enferm.** Santa Catarina, v.14, n.2, p.360-7, abr/jun, 2009. Disponível em: <<http://132.248.9.1:8991/hevila/Cogitareenfermagem/2009/vol14/no2/19.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

LINO, C. A. et al. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Rev Bras Educ Médica.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 52-57, jan/mar, 2011 Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

MACÊDO, K. N. F. et al. Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. **Invest Educ Enferm.** v. 24, n.1, p. 78-85, mar, 2006. Disponível em:< <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2919/2542.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Rev Bioethikos.** São Paulo, v.1, n.1, p.34-42, 2007. Disponível em:<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf> Acesso em: 24 out. 2011.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Rev Diagn Tratamento.** São Paulo, v.15, n.2, p.58-60, 2010. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev SBPH.** Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.151-73, jun, 2009 . Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set, 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a17v10n3.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 3, p.323-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>. Acesso em: 11 Abr. 2012.

MORITZ, R. D. Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intens.** São Paulo, v. 19, n. 4, p.485-89, out/dez, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a14v19n4.pdf> >. Acesso em: 18 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 01 out. 2011.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clín.** São Paulo, v.34, supl 1, p. 82-87, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2011.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Rev Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.15, n.3, p. 492-9, jul/set, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>>. Acesso em: 22 ou. 2011.

PEROSA, G. B. RANZANI, P. M. Capacitação do Médico para Comunicar Más Notícias à Criança. **Rev Bras Educ Médica.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 468–73, out/dez, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a09.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

PESSINI, L. BERTACHINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Rev Bioethikos.** São Paulo, v.4, n.3, p.315-32, 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2011.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde.** São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509, out/dez, 2005. Disponível em:< http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf>. Acesso em: 04 set. 2011.

PINHEIRO, E. M. et al. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 30, n. 1, p.77-84, mar, 2009. Disponível em:< <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5345/6566.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

POLASTRINI, R. T. V.; YAMASHITA, C. C.; KURASHIMA, A. Y. Enfermagem e o cuidado paliativo. IN SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011.

PONTES, L. R.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-8, maio/jun, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2011.

QUINTANA, A. M.; SANTOS, M. S.; LIMA, L. D. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia.** São Paulo, v.16, n.35, p. 415-25, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2011.

RABELLO, C. A. F. G. RODRIGUES, P. H. A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, mar, p. 379-88, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n2/v15n2a13.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

REIRIZ, A. B. et al. Cuidados Paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. **Rev. Prática Hospitalar**. v.6, n.48, p.77- 82, nov/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2048/pdfs/mat%2018.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

ROMANO, B. W.; WATANABE, C. E.; TROPPEMAIR, S. Distanásia: vale a pena? **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.1-16, dez, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a05.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Bioethikos**. São Paulo, 2009, v.3, n.1, p.77-8, 2009. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2011.

SANTOS, M. C, BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.31, n.2, p. 59-66, jun, 2010. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11633/10247.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev Bras Hist Ciênc Sociais**. São Paulo, v.1, n.1, p.1-14, jul, 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2012.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo, v.20, n.3, p. 272-6, 2007. Disponível em:<[53.http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

SILVA, D. C. ALVIM, N. A. T. FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 291 – 8, jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em: 11 Abr. 2012.

SILVA, F. S. PACHEMSHY, L. R. RODRIGUES, I. G. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras. Ter. Int**. São Paulo, v. 21, n.2, p. 148-154, abr/jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n2/06.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2011.

SILVA, K. S. KRUSE, M. H. L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v.30, n.2, pp:183-9, jun, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6874/6674.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

SILVA, R. C. F. HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v.22, n.10, p. 2055-66, out, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2011.

SOUSA, K. C.; CARPIGIANI, B. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. **Psicol Teor. Prat**. São Paulo, v.12, n.1, p. 97-108, 2010. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n1/v12n1a09.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2011.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.181-18, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2011.

VICTORINO, A. B. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.10 n.1, p.53-63, jun, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a05.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

ZOBOLI, E. Limiares da vida na atenção à saúde. **Cogitare Enferm**. Santa Catarina, v.12, n.4, p.508-12, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/10078/6930>>. Acesso em: 28 set. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A –**Instrumento para coleta dos dados****ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS**

Título do periódico/ano:	
Título do artigo	
Autores/Titulação/ Instituição	
Referência	
Objetivos:	

Metodologia	
Considerações Finais/Conclusão	