



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MATEUS VIEIRA SOARES

**COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: ESTUDO COM ENFOQUE NO CONSTRUCIONISMO SOCIAL**

SALVADOR

2020

MATEUS VIEIRA SOARES

**COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: ESTUDO COM ENFOQUE NO CONSTRUCIONISMO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde na Área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR

2020

S676 Soares, Mateus Vieira.

Comunicação em Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: Estudo com enfoque no Construcionismo Social/Mateus Vieira Soares – Salvador, 2020.

83f.: il.

Orientadora: Prof. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2020.

Inclui referências e anexos.

1. Comunicação. 2. Equipe de saúde. 3. Cuidado Paliativo. 4. Unidade de Terapia Intensiva. – Bahia – Brasil. I. Universidade Federal da Bahia.

II. Título.

CDU 616-083:614.253

MATEUS VIEIRA SOARES

**COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: ESTUDO COM ENFOQUE NO CONSTRUCIONISMO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Serviços de Saúde. Linha de Pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Aprovado em 10 de março de 2020

BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de Oliva Menezes



Doutora em Enfermagem e docente da Universidade Federal da Bahia – Brasil

Mônica Lima de Jesus



Pós doutora em Psicologia Social e docente da Universidade Federal da Bahia – Brasil

Adriana Valéria da Silva Freitas



Doutora em Saúde Pública e docente da Universidade Federal da Bahia – Brasil

Claudia Feio da Maia Lima



Doutora em Enfermagem e docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Brasil

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por me dar forças nos momentos que mais precisei, desde o início da minha vida até os desafios atuais. Iluminar minha vida e a minha mente ao longo do mestrado;

À Universidade Federal da Bahia, em especial ao **Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA**, por proporcionar uma formação diferenciada, pautada na humanização, rigor técnico e científico e pelo constante incentivo para qualificação profissional;

Ao Hospital lócus do estudo, por favorecer o desenvolvimento da pesquisa e contribuir para a produção do conhecimento científico;

À **minha querida orientadora Prof^ª. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes**, que despertou em mim o interesse pela docência e que, nos momentos de dificuldade, sempre teve uma palavra amiga de incentivo e apoio. Mostrou que era possível ser exigente, sem perder a empatia. Agradeço de coração todos os ensinamentos e orientações, tanto do mestrado como da vida;

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso – NESPI, pelas discussões sempre ricas que possibilitaram um aprofundamento nas questões relacionadas à saúde da pessoa idosa, de forma multiprofissional e ampliada;

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFBA, pelo apoio e contribuições para o desenvolvimento deste estudo;

Aos meus pais, por me mostrarem através do exemplo a importância do estudo e por sempre me incentivarem às minhas conquistas pessoais e profissionais;

Ao meu irmão Ailton Junior, por ser um grande parceiro da vida e incentivador;

À **minha noiva Jessica Costa**, que sempre com uma palavra de carinho e afeto esteve ao meu lado cada dia do mestrado, nos dias de comemorações, como nas noites perdidas. Você foi um apoio fundamental nessa trajetória.

Aos meus colegas de turma do Mestrado, que compartilharam essa árdua caminhada, principalmente aqueles que se tornaram grandes amigos, Gildasio Pereira e Jéssica Damasceno.

À **colega Nildete Gomes (Dete)**, que sempre se mostrou acessível quando ingressei no Mestrado, e conseguimos produzir artigos científicos, facilitar o grupo NESPI em determinado semestre e também uma grande incentivadora.

Aos professores da banca de qualificação, Dr^a. Juliana Amaral, Dr^a. Adriana Valéria Freitas e Dr^a. Claudia Feio por darem importantes contribuições na construção desse trabalho.
Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS AOS ÓRGÃOS DE FOMENTO

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, pelo apoio financeiro nesses dois anos de mestrado, o que contribuiu para participação em eventos e o desenvolvimento da pesquisa de forma plena.

RESUMO

SOARES, Mateus Vieira. **Comunicação em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: estudo com enfoque no construcionismo social**. 2020 85 f. Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2020.

A comunicação é o elo entre a equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva com o paciente em cuidados paliativos e o seu familiar. Utilizar a comunicação de forma adequada e numa perspectiva ampliada significa promover os princípios e diretrizes dos cuidados paliativos na assistência ao paciente sem possibilidade de cura na unidade de terapia intensiva. A pesquisa teve como objetivo geral: Compreender a comunicação de profissionais de saúde com pacientes em cuidados paliativos e familiares no contexto da Unidade Terapia Intensiva e objetivos específicos: Identificar como se dá a comunicação entre profissionais que atuam em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva; Conhecer como se dá a comunicação entre profissionais e familiares/pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva; Identificar facilidades e dificuldades dos profissionais na comunicação com pacientes e familiares em cuidados paliativos na unidade referida. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital de grande porte, em Salvador-Bahia. Utilizou-se como referencial metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin. Já o referencial teórico foi baseado no Construcionismo Social. Os depoimentos foram coletados entre novembro de 2018 a maio de 2019, sendo utilizada entrevistas semi-estruturadas e a observação participante passiva. Três categorias foram apreendidas: 1. Comunicação da equipe multiprofissional com os pacientes em cuidados paliativos; 2. Comunicação da equipe multiprofissional com a família em cuidados paliativos; 3. A comunicação entre a equipe multiprofissional sobre os pacientes em cuidados paliativos, que gerou 2 subcategorias: 3.1. Dificuldades na comunicação e 3.2. Facilidades na comunicação. A partir da investigação acerca da comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e os pacientes com familiares no contexto referido, foram identificados recursos que a equipe utiliza para realização da comunicação adequada no contexto hospitalar como acolhimento e conforto. Dificuldades foram relatadas, sendo necessário pensar estratégias para superação dos entraves imbricados na comunicação na Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em cuidados paliativos e familiares. Conclui-se que profissionais da Unidade de Terapia Intensiva na assistência a pessoas em cuidados paliativos identificam a comunicação como um recurso imprescindível para a prestação de cuidados, o estabelecimento de metas terapêuticas e um cuidado pautado na dignidade e promoção da qualidade de vida.

Palavras-chave: Comunicação. Equipe de saúde. Cuidado Paliativo. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

SOARES, Mateus Vieira. **Communication in palliative care in the intensive care unit: study focusing on social constructionism.** 2020 85 f.. Dissertation (Master in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2020.

Communication is the link between the health team of the Intensive Care Unit with the patient in palliative care and his family. Using communication properly and in a broader perspective means promoting the principles and guidelines of palliative care in patient care without the possibility of cure in the intensive care unit. The research had as general objective: To understand the communication of health professionals with patients in palliative and family care in the context of the Intensive Care Unit and specific objectives: To identify how communication takes place between professionals working in palliative care in the Intensive Care Unit; Knowing how communication takes place between professionals and family members / patients in palliative care in the Intensive Care Unit; Identify facilities and difficulties of professionals in communicating with patients and family members in palliative care at the referred unit. This is an exploratory, descriptive research, with a qualitative approach, carried out in a large hospital in Salvador-Bahia. Bardin's Content Analysis was used as the methodological framework. The theoretical framework was based on Social Constructionism. The testimonies were collected between November 2018 and May 2019, using semi-structured interviews and passive participant observation. Three categories were apprehended: 1. Communication by the multidisciplinary team with patients in palliative care; 2. Communication of the multidisciplinary team with the family in palliative care; 3. Communication between the multiprofessional team about patients in palliative care, which generated 2 subcategories: 3.1. Communication difficulties and 3.2. Communication facilities. From the investigation about the communication established between health professionals and patients with family members in the referred context, resources were identified that the team uses to carry out adequate communication in the hospital context, such as welcoming and comfort. Difficulties were reported, making it necessary to think of strategies to overcome the obstacles involved in communication in the Intensive Care Unit with patients in palliative and family care. It is concluded that professionals from the Intensive Care Unit in assisting people in palliative care identify communication as an essential resource for the provision of care, the establishment of therapeutic goals and care based on dignity and promotion of quality of life.

Keywords: Communication. Health team. Palliative Care. Intensive care unit.

RESUMEN

SOARES, Mateus Vieira. **Comunicación en cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos: estudio centrado en el construccionismo social.** 2020 85 f. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2020

La comunicación es el nexo entre el equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos con el paciente en cuidados paliativos y su familia. Utilizar la comunicación de forma adecuada y con una perspectiva más amplia significa promover los principios y directrices de los cuidados paliativos en la atención al paciente sin posibilidad de curación en la unidad de cuidados intensivos. La investigación tuvo como objetivo general: Comprender la comunicación de los profesionales de la salud con los pacientes en cuidados paliativos y familiares en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos y objetivos específicos: Identificar cómo se produce la comunicación entre los profesionales que laboran en cuidados paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos; Conocer cómo se produce la comunicación entre profesionales y familiares / pacientes en cuidados paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos; Identificar las facilidades y dificultades de los profesionales para comunicarse con los pacientes y familiares en cuidados paliativos en la unidad referida. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, con abordaje cualitativo, realizada en un gran hospital de Salvador-Bahía. El análisis de contenido de Bardin se utilizó como marco metodológico. El marco teórico se basó en el construccionismo social. Los testimonios fueron recolectados entre noviembre de 2018 y mayo de 2019, mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante pasiva. Se aprehendieron tres categorías: 1. Comunicación del equipo multidisciplinario con pacientes en cuidados paliativos; 2. Comunicación del equipo multidisciplinario con la familia en cuidados paliativos; 3. Comunicación entre el equipo multiprofesional sobre pacientes en cuidados paliativos, que generó 2 subcategorías: 3.1. Dificultades de comunicación y 3.2. Instalaciones de comunicación. A partir de la investigación sobre la comunicación que se establece entre los profesionales de la salud y los pacientes con familiares en el contexto referido, se identificaron recursos que el equipo utiliza para llevar a cabo una adecuada comunicación en el contexto hospitalario, como la acogida y la comodidad. Se reportaron dificultades, por lo que fue necesario pensar en estrategias para superar los obstáculos que implica la comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos con los pacientes en cuidados paliativos y familiares. Se concluye que los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos en la atención a las personas en cuidados paliativos identifican la comunicación como un recurso fundamental para la prestación de cuidados, el establecimiento de metas terapéuticas y cuidados basados en la dignidad y promoción de la calidad de vida.

Palabras-clave: Comunicación. Equipo de salud. Cuidados paliativos. Unidad de terapia intensiva.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NESPI	Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	16
2.2 A COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI	18
2.3 COMUNICAÇÃO DA EQUIPE COM FAMILIARES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	21
2.4 A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DA UTI SOBRE OS PACIENTES EM CP ...	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	26
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	29
4.2 LOCUS DA PESQUISA	29
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE NARRATIVAS	30
4.5. ANÁLISE DAS NARRATIVAS	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	34
5.2 COMUNICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS	36
5.3 COMUNICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM A FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS	41
5.4 A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE OS PACIENTES EM CP.....	47
5.4.1 Dificuldades na comunicação	50
5.4.2 Facilidades na comunicação	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A – Ofício de solicitação de liberação de campo	68
APÊNDICE B – TCLE: 1ª Via participante/2ª Via investigadora	69
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista individual.....	72

APÊNDICE D – Roteiro da observação participante passiva.....	74
ANEXO - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa	76

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são apresentados como uma prática emergente no Brasil, desde o final da década de 1990 (GOMES; OTHERO, 2016). Esse modelo de cuidado é destinado para pessoas com doenças ameaçadoras a vida. Neste sentido, a comunicação configura-se como um ponto chave para que esses cuidados sejam ofertados de forma satisfatória e com qualidade. Quando não realizada de maneira adequada, pode produzir ruídos e dificuldades na relação entre profissionais de saúde, pacientes e família.

Ofertar cuidados às pessoas em final de vida faz parte da história da humanidade. É datado do século IV o primeiro relato de CP, onde existiam locais na Europa que atendiam tanto peregrinos como viajantes e ofertavam alimentação e abrigo aos doentes, até o momento da sua morte (FERRIAN; SANTOS, 2017). Portanto, este olhar sobre o adoecimento e o processo de morte e morrer é antigo, e sofreu mudanças ao longo do processo histórico.

O surgimento oficial dos CP foi em 1960, através do Movimento Hospice Moderno, no Reino Unido, onde a sua criadora foi a médica Cicely Saunders (GOMES; OTHERO, 2016). Esse movimento caracterizou os CP como cuidados ativos e totais, voltados para pacientes cujas doenças não respondem mais a tratamentos curativos e têm o objetivo de proporcionar melhoria da Qualidade de Vida (QV) a indivíduos, bem como de seus familiares, por meio de alívio da dor e de problemas biopsicossociais e espirituais (WHO, 2014).

No cenário internacional e com base na publicação da *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*, as pessoas que necessitam de CP estão concentradas em 34% de pacientes com câncer e as demais com doenças como HIV/AIDS, diabetes, demência e enfermidades degenerativas crônicas (WHPCA, 2014). Estes dados deixam claro que a população que necessita desses cuidados extrapola às demandas oncológicas, abarcando outras enfermidades.

Nesse sentido, buscam promover QV de pacientes e familiares que estejam lidando com uma doença ameaçadora à vida (FERRIAN; SANTOS, 2017). Portanto, para além do paradigma tradicional pautado na cura, há uma valorização daquele que adoecer, englobando os aspectos biológicos, psicossociais e espirituais.

Os CP podem ser implementados a partir de diferentes prismas, dependendo do contexto em que o paciente está inserido. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a característica marcante é o aparato tecnológico e recursos terapêuticos sofisticados (LUIZ et al., 2018). No que tange aos significados atribuídos por profissionais, estudo nacional com nove profissionais de saúde integrantes de uma equipe multiprofissional que atuavam em uma UTI foi identificado que, aliado aos avanços tecnológicos, os conflitos éticos cresceram por

conta de medidas inúteis e prolongamento do sofrimento e da dor. Portanto, atuar na UTI com CP é um desafio, que exige a utilização de recursos não tecnológicos, como a comunicação adequada.

A comunicação em saúde como objeto de investigação pode ser discutida em três perspectivas analíticas, sendo elas: “comunicação e cuidado em saúde; comunicação em saúde e os modelos comunicacionais alternativos; e comunicação e gestão organizacional dos serviços de saúde” (RANGEL-S; BARBOSA; ALMEIDA, 2017, p. 319). Desta forma, o prisma da primeira perspectiva será utilizado no estudo.

A comunicação eficiente é um elemento fundamental em CP, visto que se configura como um componente indispensável do cuidado (ANCP, 2012). Comunicar-se é um recurso importante, pois permite ao paciente expressar seus pensamentos, dúvidas, sofrimentos e angústias. Nesse sentido, ela extrapola a comunicação verbal.

O ato de se comunicar é amplo e pode ser considerado uma comunicação terapêutica, visto que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Destarte, os pacientes que vivenciam a terminalidade esperam uma relação com os profissionais de saúde pautada em características como a compaixão, humildade, respeito e empatia (ANCP, 2012). A implementação do uso adequado de habilidades de comunicação configura-se como uma ferramenta importante para a promoção dos CP.

As dificuldades relacionadas à comunicação dos profissionais de saúde com pacientes e familiares no contexto da UTI foram vivenciadas durante meu percurso profissional. No período que trabalhei como psicólogo residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Idosa, vinculada ao Ministério da Saúde e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 2015 e 2016, desenvolvida no âmbito hospitalar, percebi o quanto a comunicação efetiva pode apresentar-se como uma barreira a ser superada pelos profissionais do serviço. Na comunicação percebida, não existia um diálogo e uma escuta atenta e qualificada daquele que estava vivenciando o processo de adoecimento.

Um dos casos que chamou atenção foi de um paciente acompanhado pelo serviço de Psicologia durante todo seu processo de internação e que, por conta da dificuldade da equipe em comunicá-lo sobre o diagnóstico, prognóstico e promover a escuta deste paciente, ele evoluiu a óbito sem ter informações sobre a sua doença. As informações eram passadas estritamente aos familiares.

Ao realizar levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde, com objetivo de identificar estudos nacionais e internacionais que discutam sobre este fenômeno, entre setembro e dezembro de 2018, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System

Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficos especializada na área de Enfermagem (BDENF) – ENFERMAGEM, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, utilizando os descritores: Cuidados Paliativos, Unidade de Terapia Intensiva e Comunicação, associados ao operador booleano AND foram identificados 34 artigos. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês.

Após a leitura dos resumos, dezessete artigos foram excluídos por não contemplarem o objeto de estudo na qual as temáticas trabalhadas estavam relacionadas aos CP com os custos financeiros da hospitalização, perfil clínico dos pacientes em CP, protocolos utilizados e artigos repetidos (dois). Por fim, foram selecionados dezessete artigos para compor a revisão de literatura.

Do total de artigos, cinco abordaram a dificuldade da comunicação na UTI e doze discutiram sobre a importância da comunicação nesse contexto. Outro dado importante diz respeito ao quantitativo dos artigos selecionados que abordaram a comunicação da equipe de saúde com a família dos pacientes em CP na UTI (sete artigos). Portanto, é relevante estudos que contemplem a utilização da comunicação em CP no contexto da UTI.

O presente estudo tem como questão de pesquisa: Como se dá a comunicação de profissionais de saúde com pacientes e familiares em CP no contexto da UTI? O objeto de estudo foi a comunicação de profissionais de saúde com pacientes e familiares no contexto da UTI. O **objetivo geral**: Compreender a comunicação de profissionais de saúde com pacientes e familiares em CP no contexto da UTI. **Objetivos específicos**: 1. Identificar como se dá a comunicação entre profissionais que atuam em CP na UTI; 2. Conhecer como se dá a comunicação entre profissionais e familiares/pacientes em CP na UTI; 3. Identificar facilidades e dificuldades dos profissionais na comunicação com pacientes e familiares em CP na UTI.

A partir da investigação sobre a comunicação entre os profissionais de saúde com pacientes e familiares na UTI, as contribuições foram da ordem técnico científica, através da produção de artigos científicos com o resultado do trabalho, devolutiva aos profissionais do serviço, no qual ocorreram as entrevistas, visando corroborar com possíveis dificuldades e/ou potencialidades identificadas e propor possíveis estratégias visando reduzir ruídos e barreiras na comunicação, possibilitando melhor QV aos pacientes em palição na UTI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A UTI caracteriza-se como um setor hospitalar que tem como público-alvo pessoas doentes com quadros de saúde considerados graves e de alto risco (ALVES, 2013). Aliado à gravidade do perfil clínico dos pacientes, a UTI exerce um modelo de assistência biologicista, curativista, mecanizado e concentra alto aparato de recursos tecnológicos (SILVEIRA et al., 2016).

Nesta unidade, os profissionais de saúde lidam com técnicas e instrumentos sofisticados, incluindo a necessidade de habilidades e conhecimentos tecnológicos específicos (SILVEIRA et al., 2016). Em contrapartida, torna-se fundamental que a equipe de saúde utilize os recursos tecnológicos aliados com valores humanitários, compreendendo as necessidades emocionais dos pacientes e familiares (PASSOS et al., 2015).

O local de morte mudou progressivamente dos domicílios para os hospitais e, nas últimas décadas do século XXI, para as UTIs (SILVA; ARAÚJO, 2012). A morte passou a ser associada a intervenções agressivas, futilidade terapêutica, um controle equivocado dos sintomas e consequente isolamento social (SOUZA et al., 2016). Nesse aspecto, o processo de morte e morrer também passou por mudanças ao longo da história.

Os avanços tecnológicos, associados ao desenvolvimento da terapêutica contribuíram para que a mortalidade de determinadas doenças, até então consideradas letais, fossem transformadas em condições crônicas (SILVA et al., 2016). Diante deste fato, o perfil de morbidade e mortalidade dos pacientes em CP na UTI tornou-se uma realidade, exigindo dos profissionais habilidades e competências para lidar com pacientes com doenças avançadas ameaçadoras da vida, nos diferentes estágios do adoecimento, como por exemplo, os cuidados ao fim da vida.

Os CP nesse contexto hospitalar têm como objetivo ofertar mais qualidade ao tempo de vida, com medidas que promovam o conforto físico, emocional, social e espiritual (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS, 2016). O papel dos profissionais da UTI frente aos pacientes sem possibilidade de cura consiste em implementar cuidados menos agressivos, empenhando uma mudança dentro do cenário de prática tecnicista (SILVEIRA, 2016).

Ao discutir sobre os CP na UTI emerge diversas questões envolvidas a respeito do tratamento dos pacientes sem possibilidade de cura. Isto porque existem admissões na UTI que não justificam o alto nível de tecnologia e recursos humanos, por se tratar de pacientes

com doença avançada ou sem possibilidade de cura, havendo como desfecho processos distanásicos, no lugar de uma morte digna (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS, 2016; SILVA et. al., 2016).

A compreensão equivocada da assistência ao paciente em CP pode ser uma justificativa para a problemática levantada anteriormente. De acordo com Silveira et. al. (2016) é preciso excluir a ideia curativista, através da mudança de paradigma entre a cura e o CP, sendo este um processo que envolve tanto os profissionais atuantes na área, como àqueles das instituições acadêmicas.

A abordagem dos CP hospitalar apresenta-se como fundamental, seja nas decisões relacionadas à limitação de medidas invasivas, como no controle dos sintomas e nos cuidados de fim de vida (ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014). Portanto, os CP abrangem diferentes momentos do curso do adoecimento e da relação do paciente e família com a doença.

Estabelecer os limites terapêuticos é um ponto crucial para realização da assistência. Comparado com estudos internacionais, no Brasil o tempo de permanência na UTI até a ocorrência do óbito é considerado longo, e uma das justificativas pode estar ancorada na falta de adoção de limites terapêuticos (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS 2016).

A implementação dos CP durante o tratamento de doenças críticas agudas ou crônicas é fundamental para que os pacientes e familiares se preparem para os possíveis desafios dos dias, meses e/ou anos após a alta hospitalar (ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014). Estudo nacional, de coorte retrospectivo, que teve como objetivo estimar a incidência de limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes graves internados na UTI identificou que a integração dos CP à UTI pode ajudar a reduzir o tempo para se alinhar os objetivos do tratamento com os desejos e valores do paciente e a sua família (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS 2016).

Estudo internacional, que teve como desenho o uso de métodos mistos e a participação de trezentos e três enfermeiros, médicos e profissionais da UTI concluiu sobre a importância da integração de especialistas em CP, contudo, a maioria (75%) dos participantes relataram que a consulta de CP foi negligenciada, corroborando com o dado de que apenas 17(6%) estavam satisfeitos com a prática institucional dos CP (NICHOLAS et al., 2017)

Integrar os CP na UTI emerge como um imperativo, através da sua importância e mudança no perfil epidemiológico dos pacientes, no entanto, permeia desafios imbricados na prática dos profissionais de saúde, necessitando reflexão sobre estratégias para melhorar a assistência aos pacientes e familiares.

A comunicação eficaz surge como uma estratégia importante para o sucesso na tomada de decisão; redução na utilização de recursos tecnológicos desnecessários; redução no tempo de permanência na UTI, sem aumento da mortalidade e redução na discordância entre a tomada de decisão para os pacientes em CP na UTI (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS 2016); ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014). Nesse sentido, juntamente com a comunicação eficaz, existem outras possibilidades de recursos para melhorar a assistência a esse público na UTI como identificar a relação das medidas do processo de CP em UTI com os resultados desejados do paciente e da família; estabelecer metas com uma família que esteja apresentando dificuldades ou conflitos internos, ou fornecer continuidade dos cuidados depois que o paciente tiver alta da UTI (ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014).

2.2 A COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI

Com base no que foi exposto no capítulo anterior, a comunicação apresenta-se como um elo importante entre os profissionais de saúde e os pacientes em CP na UTI. Isto porque a comunicação configura-se como um elemento na relação humana e um componente essencial do cuidado (SILVA; ARAÚJO, 2012).

O ato de se comunicar está pautado na forma dos seres humanos se relacionarem, independente do contexto sociocultural. A comunicação permite atingir a subjetividade de alguém, portanto, é uma forma de interagir com os outros, transformar, elaborar e participar das ideias e pressupostos de determinada sociedade (SILVA, 2002).

A comunicação extrapola os limites das palavras e do conteúdo, englobando a escuta atenta, o olhar e a postura (BRITO et. al., 2017). Em uma definição mais ampla, é um ato caracterizado pela recepção e envio de mensagens através de códigos, que tem como objetivo identificar, formar e transformar comportamentos, emoções, ideias, medos e expectativas (SILVA, 2002).

O processo de comunicação é constituído de duas dimensões: a verbal e a não verbal (SILVA; ARAÚJO, 2012). A primeira ocorre através das palavras faladas ou escritas, que possibilita a construção da empatia do profissional de saúde com o paciente em CP; identificar se a mensagem foi compreendida de maneira correta; uso adequado do tom de voz e o uso da linguagem coloquial e adequada. Já a segunda, consiste nos gestos que acompanham o discurso, através das expressões faciais, postura corporal e escuta ativa (BRITO et al., 2017).

Quando os profissionais de saúde utilizam as técnicas e estratégias de comunicação de forma adequada, corrobora para que os pacientes em CP compartilhem seus medos, anseios e sintam-se cuidados, amparados, confortados e compreendidos (SILVA; ARAÚJO, 2012). Portanto, um relacionamento interpessoal positivo favorece a compreensão das vivências de forma idiossincrática, sendo possível desenvolver a assistência de forma plena e de acordo com os fundamentos e princípios dos CP (BRITO et al., 2017).

A comunicação com os pacientes em CP na UTI é realizada desde a implementação do CP como plano de cuidado e esta determinação deverá ser compartilhada pela equipe multiprofissional, em consonância com o paciente (caso esteja consciente), sua família ou representante legal (SILVA et al., 2013). Portanto, o CP na UTI é destinado ao paciente crítico desde a admissão, até os estágios onde não há mais possibilidades de terapias curativas, permitindo uma morte digna e tranquila ao paciente (RIBEIRO E SOUZA et al., 2017).

Apesar da importância que a comunicação de qualidade ocupa entre a equipe de saúde e os pacientes/famílias na UTI, a literatura aponta desafios a serem superados. Dentre os desafios elencados, o despreparo da equipe multiprofissional das UTI's impõe uma longa e sofrida agonia (RIBEIRO E SOUZA et al., 2017).

Estudo internacional realizado em Oregon (Estados Unidos) consistiu na revisão retrospectiva de prontuários eletrônicos de pacientes com idade de 18 a 99 anos, que morreram enquanto hospitalizados na UTI. Foi identificado que apenas 19% dos pacientes tiveram diretrizes antecipadas e 25% obtiveram consulta de CP (WILSON et al., 2017). Esse percentual baixo citado explicita a ausência de uma comunicação efetiva dos profissionais de saúde com aqueles pacientes sem possibilidade de cura.

Nesse sentido, a carta de condolências pode ser uma forma de amenizar o sofrimento dos familiares e melhorar a comunicação da equipe com a família após a morte do paciente. Estudo internacional, randomizado, multicêntrico e controlado com familiares enlutados após a morte de um ente querido na UTI permitiu identificar que o envio de uma carta de condolências pelo médico da equipe da UTI que acompanhou o paciente e família, pode reduzir os riscos de apresentar sintomas de ansiedade e depressão, luto complicado e estresse pós-traumático (KENTISH-BARNES; CHEVRET; AZOULAY, 2016). Com isso, fica claro que, além de amenizar as repercussões psíquicas, corrobora para uma comunicação de forma efetiva.

Em contrapartida, em estudo qualitativo e descritivo, tendo como público-alvo a equipe multiprofissional de nível superior que atuava na UTI de um hospital na cidade de

Petrolina, Pernambuco, Brasil, os participantes mencionaram que os cuidados devem ser voltados à família, buscando respeitar a autonomia do paciente, porém, nenhum dos entrevistados relatou a realização destes cuidados com a família durante a fase do luto (RIBEIRO E SOUZA; ANDRADE E LACERDA; LIRA, 2017). Portanto, há uma distância entre aquilo que a equipe julga importante e o que realmente tem sido realizado.

Outro ponto nefrágico diz respeito às estratégias de comunicação que são utilizadas pelos profissionais de saúde. Estudo nacional, com o quantitativo de 303 participantes, realizado em quatro instituições de saúde, com o objetivo de verificar a relevância e a utilização de estratégias de comunicação por profissionais de saúde, a maioria dos sujeitos (57,7%) não foi capaz de citar ao menos uma estratégia adequada de comunicação verbal com pacientes em CP e tanto com relação as estratégias verbais quanto as não verbais, um grande número de participantes respondeu as questões de maneira incorreta (ARAÚJO; SILVA, 2012).

O processo de comunicação é um elemento eficaz e necessário para realização do cuidado ao paciente sem possibilidades de cura e promoção dos CP (BRITO et al., 2017). Nesse sentido, vale ressaltar que, a depender da demanda de saúde do paciente, o seu quadro clínico pode interferir na comunicação com a equipe, como por exemplo, o paciente impossibilitado de falar.

De acordo com Andrade, Costa e Lopes (2013), mesmo que o paciente não verbalize, é importante proporcionar confiança, fazer com que ele saiba que tem um profissional que demonstra atenção, afeto e compromisso com o doente. Dessa forma, fica claro que um impedimento na comunicação verbal não é impeditivo para o estabelecimento da comunicação.

A comunicação precisa contemplar as necessidades básicas do paciente e da sua família, para que seja considerada de qualidade e eficaz. Dentre os desafios para sua implementação, à formação do profissional de saúde é um ponto salutar, visto que, a partir da sua adequação curricular às necessidades emergentes do campo de saúde, como os CP na UTI, pode colaborar para que esses profissionais consigam estabelecer canais de comunicação de qualidade com o paciente e a rede de apoio formal.

2.3 COMUNICAÇÃO DA EQUIPE COM FAMILIARES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Integrar a família aos CP significa adaptá-las às situações relacionadas ao adoecimento e à terminalidade, corroborando para que possam ofertar suporte adequado a seus doentes (ESPÍNDOLA et al., 2018). Nesse sentido, acompanhar um ente querido em CP na UTI pode suscitar repercussões importantes na saúde dos familiares, impactando seu papel de familiar e na própria saúde.

Estudo nacional apontou que o contexto dos cuidadores familiares de pessoas hospitalizadas em CP é permeado de mudanças e desafios, desde a sobrecarga no cuidado até ausência de condições socioeconômicas (MONTEIRO, 2018). Quando nos referimos à UTI, os familiares podem apresentar sintomas como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (PASSOS et al., 2015), sendo a comunicação necessária para auxiliar a redução desses sintomas.

A UTI provoca repercussões emocionais na estrutura da família do paciente, sendo importante que a equipe de saúde esteja atenta aos efeitos disfuncionais. Isto porque, os recursos emocionais e sociais do familiar podem predizer como este perceberá o cuidado, atribuindo um valor positivo ou negativo, afetando diretamente na sua maneira de desempenhar a tarefa de cuidado (ESPÍNDOLA et al., 2018) e a comunicação se configura como importante recurso relacionado ao cuidado.

De acordo com Furtado e Leite (2017), a comunicação é pedra angular, no sentido de favorecer ou dificultar a relação da equipe de saúde com a família. Desta forma, torna-se fundamental que a equipe estabeleça um canal de comunicação favorável com a família e a perceba como parte integrante do cuidado em CP.

Uma estratégia que pode ser utilizada é o rompimento do silêncio entre equipe, paciente e família. Isto porque a conspiração do silêncio tende a esconder ou minimizar a gravidade do adoecimento e prognóstico do paciente, indo desta forma na contramão da comunicação direta e honesta (ESPÍNDOLA et al., 2018). A conspiração supracitada, além de construir barreiras na compreensão do paciente sobre o seu adoecimento, revela dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde.

A dificuldade da equipe em comunicar adequadamente o significado do termo CP para os familiares deriva do fato de que se trata de novidade também para os profissionais, que devem, primeiro, incorporá-lo ao seu conhecimento. (FURTADO; LEITE, 2017). Dessa forma, o CP na UTI é destinado ao paciente crítico desde o início da sua admissão, até os

estágios em que não há mais possibilidades de terapia curativas (RIBEIRO E SOUZA; ANDRADE E LACERCA; LIRA, 2017).

No processo de adoecimento em CP, os familiares vivenciam diversas perdas simbólicas e reais, como a dos papéis sociais, e a perda real, através do óbito do ente querido. Desta forma, torna-se fundamental que os familiares sejam fortalecidos e instrumentalizados, para compreender que a morte não é a única perda relacionada ao fim de vida (ESPÍNDOLA et al., 2018). No entanto, esta articulação só será possível se houver uma aproximação do mundo subjetivo e da singularidade de cada família (MONTEIRO, 2018).

Devido às repercussões apresentadas pelos familiares como estresse e sintomas ansiosos, pode ocorrer um desequilíbrio importante no sistema familiar (MONTEIRO, 2018). Portanto, diante dos impactos da internação em uma UTI, uma comunicação adequada é um diferencial no cuidado, desde o diagnóstico, até o processo de finitude.

A boa comunicação é um atributo necessário à equipe profissional, tendo em vista que promove o conhecimento e a conscientização de todos os envolvidos no processo (FURTADO; LEITE, 2017). Para alcançá-la, requer do profissional a utilização de estratégias que corroborem para a qualidade na comunicação.

O CP contempla desde o momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora a vida, até o processo de morte e morrer. Levando em consideração as dificuldades apresentadas pelos profissionais para se comunicarem com pacientes e familiares, criou-se um protocolo para auxiliar a comunicação entre o médico com o paciente e a sua rede familiar, o Protocolo Spikes.

Este protocolo foi criado com o intuito de organizar o momento da comunicação nesse contexto, auxiliando a manter uma comunicação com o mínimo de ruídos e interferências. Os seus principais objetivos consistem em: saber o que o paciente e seus familiares estão compreendendo à situação atual de saúde e tratamento; fornecer informações de acordo com o que o paciente e a sua família suportam ouvir, portanto, além de informar é necessário manter uma postura empática; acolher as reações que podem vir a acontecer e o profissional precisa ter um plano de cuidado (CRUZ; RIERA, 2016).

Mesmo com as estratégias de comunicação verbal, não-verbal e o uso do protocolo, a comunicação com familiares na realidade do CP se mostra ainda desafiadora e permeada por dificuldades e desafios. A utilização de recursos comunicacionais inadequados para a realidade da assistência aos pacientes sem possibilidade de cura foi explicitada como: a utilização da mentira piedosa; evitar o contato visual; expressões subjetivas como compaixão,

carinho, solidariedade, contudo, não se caracterizam como estratégias de comunicação (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Uma estratégia não normativa que pode estar sendo utilizada é considerar a complexidade imbricada no processo de comunicação. Nesse sentido, é considerar que a ação comunicativa permite a troca de informações e considera o conhecimento do outro válido (FURTADO; LEITE, 2017).

2.4 A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DA UTI SOBRE OS PACIENTES EM CP

As características norteadoras da assistência em CP são: prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; assistência ao paciente e família e a promoção da autonomia e independência (GOMES; OTHERO, 2016). Desta forma, fica clara a necessidade em se discutir a comunicação da equipe interdisciplinar na UTI e a importância de uma assistência integral que contemple os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente em CP.

É datado dos anos 1990 discussões acerca do trabalho em equipe, na qual se valoriza a integração e colaboração entre as diferentes equipes de um serviço, e também, entre as equipes dos diversos serviços vinculados à rede de atenção à saúde (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016). Chama atenção que neste mesmo período, os CP passam por transformações na sua conceituação, abrangendo aspectos do sujeito que adoece que exigem uma atuação que extrapole a dimensão estritamente biológica, contemplando os aspectos psicossociais e espirituais no ato de cuidar e, desta forma, excluindo a ideia curativista (SILVEIRA et al., 2016).

Com base em Luiz et al. (2018), a associação entre o trabalho em equipe interdisciplinar, aliado ao controle da dor, o uso adequado de habilidades de comunicação e o relacionamento representam a base dos CP, portanto, é preciso valorizar e compreender como se dá este trabalho.

A atuação interdisciplinar nas equipes de saúde ocorre necessariamente através da construção de um conhecimento compartilhado, seja através da aquisição de competências, prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas (CARPES et al., 2012). Para tanto, essa atuação envolve diversos desafios e dificuldades para sua concretização.

É necessária uma superação da fragmentação e linearidade do saber disciplinar, para uma abordagem interdisciplinar (CARPES et al., 2012). Isto porque, para que exista uma atuação que contemple a participação de toda a equipe, a comunicação configura-se como

uma condição indispensável nesta assistência, no entanto, as dificuldades interpessoais e obstáculos são uma realidade (CONSOLIM, 2012).

Estudo nacional desenvolvido na UTI de um Hospital, com o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de saúde de UTI acerca do CP foi identificado que há falta de consenso entre os profissionais de saúde sobre a fase da vida dirigida para CP. Para que exista uma uniformização das condutas, é preciso melhorar a comunicação. Portanto, o consenso almejado diz respeito a condutas que sejam compartilhadas por todos da equipe, de forma que esteja alinhada à proposta do CP (GULINI et al., 2017).

Nesse sentido, estudo internacional realizado com 22 participantes no Canadá, demonstrou sobre a importância da tomada de decisão compartilhada interprofissional em uma UTI neonatal, e o consenso foi a estratégia mais utilizada pelos participantes para chegar a uma decisão. Para isso, uma das estratégias seria a interação dos profissionais presencialmente, ou através de outros recursos, para que cada caso fosse analisado de forma conjunta. (DUNN et al., 2018).

Em consonância com os achados nos estudos citados, cabe revisitar o significado da interdisciplinaridade. De acordo com Carpes et al. (2012), só há interdisciplinaridade quando os sujeitos envolvidos conseguem partilhar o domínio do saber, abandonando a linguagem técnica profissional e vivenciando um conhecimento de todos e para todos.

Os profissionais da UTI se deparam com diversos desafios na assistência ao paciente em CP, dentre eles, a colaboração interdisciplinar. Segundo Gulini et al., (2017), os desafios para colaboração envolvem visões diferentes sobre as possibilidades de recuperação do paciente, problemas de comunicação na equipe interdisciplinar e a falta de participação da enfermagem no processo de tomada de decisão.

Outro desafio diz respeito a noção de trabalho em equipe que é difundido, na qual o mesmo é compreendido como a coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016).

Diante do cenário apresentado, as equipes das UTI têm apresentado estratégias visando dirimir as dificuldades na atuação interdisciplinar e favorecer o fortalecimento de práticas em conjunto. Um exemplo é a utilização do prontuário.

De acordo com Souza et al. (2016), o prontuário tem relevância no que tange a segurança do paciente, pois é uma fonte de dados que subsidia a tomada de medidas diante do quadro do paciente relatado neste instrumento. Outra funcionalidade é favorecer que seja do conhecimento de todos da equipe as condutas individuais. Contudo, reunir para discutir

questões comuns pode ocorrer sem que se configure em um trabalho em equipe (PEDUZZI; CIAMPONE; LEONELLO, 2016).

A funcionalidade do prontuário extrapola o caráter informativo e prescritivo, sendo também um importante recurso de comunicação dentro da equipe da UTI. O Conselho Federal de Medicina (CFM) define-o como “documento único, constituído por informações, sinais e imagens registrados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, com caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar a comunicação entre os membros de uma equipe multiprofissional como a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (Resolução CFM nº 1638/2002).

Outras profissões que compõem a equipe de saúde também produziram marcos legais no que tange ao registro em prontuário, como por exemplo a Psicologia. A Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 001/2009 dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Há uma ressalva no art. 6º, quando em serviço multiprofissional o registro deve ser realizado em prontuário único, contendo apenas informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho (Resolução CFP nº 001/2009).

Apesar dos marcos regulatórios referentes ao registro em prontuário, a comunicação entre os membros da equipe ainda se mostra frágil e com pontos a serem superados. A hierarquia dos saberes, as relações de poder e os ruídos na comunicação podem ser identificados como as principais causas para que a comunicação entre os membros da equipe não ocorra da forma esperada (MÉLLO et. al., 2007; FOUCAULT, 1989; PEDUZZI, CIAMPONE, LEONELLO, 2016).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscando compreender o processo de comunicação entre profissionais da UTI com a família e pacientes em CP, e a partir da vivência profissional com a abordagem da Psicologia Social, aproximei-me do referencial teórico construcionismo social, com a intenção de reconhecer nesta abordagem uma possibilidade de aprofundar a investigação de forma a considerar o processo sócio histórico da comunicação, tendo como consequência emergir elucidaciones para a questão do estudo.

“A psicologia social contribui para o estudo da comunicação, ao sinalizar que a forma como os indivíduos interpretam determinada interação influencia diretamente o seu comportamento, aliada a escuta qualificada, que considera a subjetividade do ser humano, incluindo a comunicação não-verbal, como olhares, posturas, silêncios e gestos” (RANGEL-S; BARBOSA; ALMEIDA, 2017, p. 320). Nesse sentido, o construcionismo social configura como um arcabouço teórico-metodológico de grande valia.

O construcionismo social caracteriza-se como uma abordagem teórica da Psicologia Social (CASTAÑON, 2004). No entanto, diversos autores nacionais e internacionais apontam dificuldades para definir o construcionismo social, isto porque não há uma definição única e amplamente aceita (SANCHES-JUSTO et. al., 2010; CASTAÑON, 2004; MÉLLO et. al., 2007).

O termo construcionismo não é utilizado de forma inédita e única pela Psicologia Social, podendo ser observada em outros contextos, tanto da Psicologia, como em outras áreas do saber. Nesse sentido, é salutar pontuar que o foco do trabalho será a partir do prisma da Psicologia Social e da Sociologia do Conhecimento, que possui como expoentes os autores: Peter Berger; Thomas Luckmann; Kenneth Gergen e Tomás Ibáñez (SPINK; FREZZA, 2013).

As origens da perspectiva construcionista são resultantes de três movimentos, sendo eles: Filosofia, Sociologia do Conhecimento e na Política, através de *empowerment* de grupos socialmente marginalizados (SPINK; FREZZA, 2013). Nesse cenário, cabe ressaltar a sua contribuição na Psicologia Social.

O construcionismo social corrobora com uma gama de contribuições dentro da Psicologia, dentre elas, o fato do social ganhar uma nova força, sendo definido como uma prática simbólica compartilhada e contextual (REY, 2012). Para além da valorização da perspectiva social, entendem-se os fenômenos a partir de uma construção histórica.

Para o presente estudo, o construcionismo será utilizado a partir das suas contribuições através dos questionamentos feitos à tradição que considerava a linguagem como representante da realidade e passa a compreendê-la como uma forma de ação no mundo (MÉLLO et. al., 2007). Esta perspectiva busca o estudo da produção de sentido a partir das práticas discursivas (SPINK; FREZZA, 2013).

As perspectivas construcionistas constroem um arcabouço teórico que se propõe uma mudança de paradigma dentro da Psicologia. Nesse sentido, estas são definidas como:

Uma mudança paradigmática em relação às perspectivas representacionais ou cognitivistas, que afirmam de modo essencial e universal a existência de realidades psicológicas e processos internos, tais como pensamento, memória, atenção, motivação e emoção [...]. [Diferenciam-se das] teorias psicológicas hegemônicas [que] buscam explicar, por meio desses processos, o comportamento e os relacionamentos humanos. (GUANAES, 2006, p.22)

Outro ponto que a abordagem construcionista se debruça diz respeito à produção de verdades cristalizadas que são postas no cotidiano da vida. Nesse sentido, utiliza-se como conceito chave o de desfamiliarização, que é caracterizado por criar espaços para novas construções, contudo, sem desconsiderar as anteriores, que estão presentes na cultura e influenciam diretamente o sentido dado ao mundo (SPINK; FREZZA, 2013).

Nesse cenário, a linguagem assume um papel central no construcionismo, pois as práticas discursivas representam a interação social e a produção de sentidos sobre o mundo (SANCHES-JUSTO et. al., 2010).

A crítica utilizada ao processo comunicacional nas práticas de saúde diz respeito aos significados dados a uma “boa comunicação”, onde é dada ênfase a uma competência do profissional referente ao uso de uma linguagem adequada e na clareza dos enunciados (informativos e prescritivos) (BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013). Destarte, é necessário refletir sobre a importância da comunicação, mas que a depender do modo em que é utilizada, pode facilitar ou criar barreiras na convivência com o outro (SANTOS; TANAKA; CARMAGNANI, 2015).

No momento em que a comunicação é utilizada como uma competência estritamente informativa e prescritiva afasta-se da relação dialógica e impacta diretamente no cuidado ao paciente. É de suma importância que os profissionais de saúde estejam alinhados com uma comunicação oportuna e sensível sobre os objetivos apropriados de tratamento, prognóstico e valores do paciente (ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014).

A comunicação como mera transmissão de mensagens está ancorada no paradigma do processamento da informação, onde os processos cognitivos são analisados de forma análoga a um computador, dessa forma, o fluxo da informação se dá de forma que o profissional

formula e transmite enunciados, enquanto o paciente assimila, processa as mensagens recebidas e as converte em comportamentos (BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013).

A investigação construcionista difere do enfoque tradicional, pois transfere o foco da explicação dos processos do conhecimento internos à mente para uma exterioridade dos processos e estruturas da interação humana (SPINK; FREZZA, 2013). Com isso, se debruça sobre os processos de produção de sentido na vida cotidiana.

Uma crítica fundamental realizada pelos construcionistas está relacionada ao significado como objeto, ou seja, diferentemente da concepção do significado como uma entidade física, este é entendido como uma construção social (BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013). Dessa forma, valida-se uma análise que considere como dialógico e mutável de acordo com os processos sócio históricos.

Nesse sentido, esta perspectiva valoriza que tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas (SPINK; FREEZA, 2013). No que tange a desfamiliarização, vale ressaltar que a mesma difere de desconstrução pois na concepção construcionista é difícil “des-construir” aquilo que foi construído.

Estudo nacional apontou que os principais desafios para a comunicação efetiva no trabalho permeiam a diversidade na formação dos profissionais; hierarquia entre as classes profissionais e a falta de treinamento para comunicação (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). É possível perceber que esses desafios incorporam características relacionadas as habilidades técnicas de se comunicar, em comparação com a comunicação dialógica.

As conversas dialógicas representam uma importância ao se falar em comunicação com pacientes em CP na UTI, visto que possibilitam a multiplicidade de vozes, ao contrário das monológicas, em que se impõe uma voz permeada pela tradição e/ou discurso dominante, assim como se faz o discurso técnico-científico, médico, religioso, psicológico, dentre outros (BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital de grande porte, em Salvador-Bahia, no período de novembro 2018 a maio 2019. De acordo com Minayo (2013), as pesquisas qualitativas se ocupam com a realidade investigada por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e possuem uma gama de técnicas voltadas para o trabalho empírico.

O tratamento dos dados qualitativos pode ser dividido em três etapas que estão interligadas, sendo a descrição, análise e interpretação. Trabalha-se com os depoimentos dos participantes de forma a preservá-los de maneira mais fidedigna; posteriormente, busca-se analisar para além do explícito e a interpretação pode ser uma sequência da análise (TAQUETTE, 2016).

4.2 LOCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em UTI Geral de um hospital de grande porte do município de Salvador, Bahia. É um hospital geral, que oferece serviços especializados de média e alta complexidade, em diversas especialidades, sendo referência em áreas como Oncologia, Neurologia, Nefrologia, Transplante de Medula Óssea, pesquisa com células-tronco, entre outras. O Hospital possui atualmente 356 leitos totais, com 68 leitos de unidades fechadas de UTI e semi-UTI. A escolha do local se deu pela grande concentração da população alvo, viabilidade da investigação e por fim, acessibilidade. Este Hospital contribui com a formação de recursos humanos em diversas especialidades da área de saúde desde a sua fundação, mantendo convênio com instituições de ensino e pesquisa universitária. A equipe é composta de profissionais das áreas médica, enfermagem, psicologia, fisioterapia, técnico em enfermagem, nutrição e serviço social.

O presente estudo está vinculado ao projeto matriz “Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria do final de vida pacífico”, aprovado no Comitê de Ética nº 2.890.509, sendo a orientadora uma das pesquisadoras.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 44 (quarenta e quatro) profissionais que compõem a equipe da UTI do hospital, quais sejam: médicos plantonistas e diarista, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas assistenciais e diarista, nutricionistas, psicólogo e assistentes sociais. A escolha destas categorias profissionais se justificou por serem as mais próximas à abordagem dos CP, uma vez que estão em contato direto com os pacientes e seus familiares.

Foram incluídos os profissionais que: 1. Já cuidaram e/ou cuidam de paciente em cuidados paliativos na UTI, 2. Possuía tempo de experiência maior que um ano em UTI, por proporcionar tempo suficiente de contato com a rotina de pacientes com necessidades de CP; 3. Pertencentes ao quadro permanente da unidade estudada. Os critérios para exclusão foram os profissionais que estiverem de licença de qualquer natureza durante a coleta do estudo.

O primeiro contato foi realizado com os profissionais em seu local de trabalho, no final, o pesquisador se apresentou informando os objetivos da pesquisa e fazendo o convite para participação do projeto. Após a aceitação, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE NARRATIVAS

Para a coleta de narrativas foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e entrevista com roteiro semi-estruturado, com questões relacionadas ao objeto de estudo (APÊNDICE C) e a observação participante passiva.

As entrevistas foram agendadas previamente pelo pesquisador, de acordo com a disponibilidade do profissional e realizadas na própria instituição de coleta, em sala reservada. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, durando em média 1h e transcritas na íntegra para posterior análise.

Posteriormente, foi utilizado o roteiro da observação participante passiva, visando obter através da observação sistemática uma perspectiva holística do fenômeno em estudo (APÊNDICE D). Nesse sentido, este recurso metodológico é adequado no contexto da pesquisa, pois permite ao observador apreender, compreender e intervir nos contextos dinâmicos (MÓNICO et. al., 2017). Enquanto o registro das informações ocorria no diário de campo, através de palavras-chave que representavam acontecimentos importantes observados.

A observação ocorria em média 3h por turno, havendo a ressalva em caso de necessidade, esse horário era dilatado. Foi utilizado diário de campo, com o intuito de registrar informações observadas acerca de aspectos da comunicação verbal e não verbal. No período da observação, buscou-se explorar momentos distintos, como o início do plantão, o horário do final da manhã e também horários em que ocorriam discussão interdisciplinar, boletim médico e visita dos familiares. Este horário de observação flexível foi de suma importância pois favoreceu a apreensão da comunicação em diferentes momentos e formas. No período da atividade, foi possível observar a comunicação dos médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas. No que tange a frequência dessas comunicações, àquela entre os membros da equipe médica foi vista com uma frequência maior, seguida da comunicação das enfermeiras com os demais profissionais.

4.5. ANÁLISE DAS NARRATIVAS

As narrativas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), que tem como objeto de estudo a linguagem, através da qual é possível a descrição objetiva e sistemática do conteúdo existente nos depoimentos escritos dos participantes.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (BARDIN, 2016).

Os dados foram organizados respeitando os passos da análise de conteúdo proposta por Bardin: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. Desse modo, a partir de exaustivas leituras das respostas das (os) entrevistadas (os) foram definidas as seguintes categorias temáticas: Comunicação da equipe multiprofissional com os pacientes em CP; Comunicação da equipe multiprofissional com a família em CP e A comunicação entre a equipe multiprofissional sobre os pacientes em CP.

Já a observação participante possui como pressuposto fundamental que a convivência do investigador com a pessoa ou grupo em estudo corrobora para o entendimento dos fatos, de forma única que de outra forma não seria possível (MÓNICO et. al., 2017). Nesse sentido, para a análise dos dados levantados na observação participante foi realizada “leitura panorâmica, categorização e interpretação” (RANGEL-S, BARBOSA, ALMEIDA, p. 325, 2017). Portanto, consistiu na análise dos

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou todos os aspectos éticos, de acordo com as exigências dispostas na Resolução Nº 466, sancionada em 12 de dezembro de 2012, pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, com base nos referenciais básicos da bioética, como autonomia, justiça, beneficência, não maleficência e equidade. Além da resolução 510, de 07 de abril de 2016 e resolução 554, de 15 de setembro de 2017.

Os princípios éticos da autonomia foram preservados, sendo incluídos apenas os profissionais de saúde que aceitaram participar do estudo, após apresentação dos objetivos, relevância e riscos. Os participantes foram informados sobre o seu direito de participar ou não do estudo, bem como de desistir em qualquer fase, devendo os mesmos expressar esta intenção ao pesquisador a qualquer momento da pesquisa, ou através do telefone disponibilizado, sem que houvesse prejuízo na utilização do serviço.

Foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética, antes da coleta de dados, conforme regulação. Portanto, para respeitar o direito dos participantes e garantir o sigilo das informações obtidas, suas identidades foram mantidas em anonimato, sendo os participantes identificados pelas três letras iniciais da categoria (Enf, Med, Fis, Psi, Nut, Ass, Tec. Enf), seguida do número de ordem da entrega dos questionários (Enf1, Enf2, Med1, Med2, Fis1...).

O princípio da beneficência foi observado, no que diz respeito às contribuições do estudo para prática profissional e subsídio para uma assistência de saúde baseada em evidências. Os benefícios aos participantes são exclusivamente indiretos, pois poderá estimular a reflexão do processo de trabalho de cada participante e, após conclusão dos resultados da pesquisa, poderá fornecer subsídios para protocolos de implementação de protocolos de comunicação mais efetiva sobre CP nas unidades da pesquisa.

Quanto aos princípios da não-maleficência e justiça foram atentados para os riscos durante a participação da pesquisa. Os participantes poderiam apresentar desgaste físico e constrangimento durante as entrevistas, por se tratar de uma temática que remete a reflexões pessoais e da prática profissional, no entanto, não aconteceu. Quanto ao desgaste físico, o agendamento das entrevistas ocorreu respeitando a jornada de trabalho de cada profissional, bem como o recolhimento dos questionários. Caso o tempo das entrevistas fosse percebido como exaustivo, era reagendado um segundo encontro para finalizar as perguntas do

questionário semi-estruturado, de acordo com o consentimento do participante. O Comitê de Ética e Pesquisa foi informado de todos os fatos relevantes que pudessem alterar o curso normal do estudo e dos efeitos adversos.

No primeiro contato com os informantes, foram expostos o título e os objetivos da pesquisa e explicado que seria garantida total confidencialidade das informações fornecidas por eles, em consonância com as normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após a solicitação e a autorização para o uso do gravador, as entrevistas foram gravadas em aparelhos de áudio e posteriormente transcritas. Os áudios foram arquivados no diretório do grupo de pesquisa onde esta pesquisa encontra-se vinculada por cinco anos (NESPI/UFBA – Núcleo de Ensino e Pesquisa do Idoso).

Antes da entrevista foi realizada apresentação, leitura e assinatura do TCLE. Os participantes ficaram com uma via original do TCLE, devidamente assinado pelo pesquisador. A outra via ficou em posse do pesquisador, assinada pelo participante. A pesquisa não prevê pagamento pela participação e respeitou os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos participantes. Também não houve remuneração para os pesquisadores. Os resultados serão divulgados no espaço do hospital que foi realizado, em eventos científicos, bem como publicados na dissertação e em revistas indexadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa teve 44 participantes, sendo 34 (trinta e quatro mulheres) e 10 (dez homens). O quadro 1 apresenta a caracterização das participantes.

Quadro 1. Características dos participantes da pesquisa. Salvador, BA, 2020.

	Codinome	Sexo	Idade	Abordou CP na graduação	Tempo de atuação em UTI	Religião
1	AS 01	F	29	Não	8	Espírita
2	AS 02	F	40	Sim	6	Testemunha de Jeová
3	ENF 01	F	53	Não	28	Católica
4	ENF 02	F	36	Sim	1	Não possui
5	ENF 03	F	45	Não	22	Católica
6	ENF 04	F	38	Sim	12	Católica
7	ENF 05	F	28	Não	03	Católica/Espírita
8	ENF 06	F	29	Sim	01	Católica
9	ENF 07	F	37	Não	14	Espírita
10	ENF 08	F	36	Não	13	Espírita
11	ENF 09	F	31	Sim	08	Católica
12	ENF 10	F	39	Sim	12	Católica
13	FISIO 01	F	39	Não	13	Católica
14	FISIO 02	F	43	Não	18	Católica

15	FISIO 03	F	29	Não	05	Evangélica
16	FISIO 04	F	44	Não	19	Espírita
17	FISIO 05	M	38	Não	06	Não possui
18	FISIO 06	F	35	Não	08	Católica
19	FISIO 07	M	41	Não	17	Católica
20	FISIO 08	M	33	Não	10	Católica
21	FISIO 09	M	29	Não	05	Não possui
22	MED 01	M	43	Não	15	Católica
23	MED 02	M	47	Não	23	Católica
24	MED 03	F	40	Não	15	Católica
25	MED 04	F	38	Não	16	Católica
26	MED 05	F	45	Não	18	Espírita
27	MED 06	F	49	Não	15	Espírita
28	MED 07	F	44	Não	+10	Católica
29	MED 08	F	43	Não	10	Não possui
30	MED 09	M	36	Não	10	Espírita
31	MED 10	F	51	Sim	15	Católica
32	NUT 01	F	26	Sim	04	Não possui
33	NUT 02	F	52	Não	24	Católica
34	NUT 03	M	31	Não	3	Evangélica
35	PSI	F	36	Não	08	Espírita
36	TE 01	M	33	Não se aplica	01	Não possui

37	TE 02	F	43	Não se aplica	17	Não possui
38	TE 03	F	37	Não se aplica	06	Não possui
39	TE 04	F	44	Não se aplica	12	Não possui
40	TE 05	M	33	Não se aplica	7	Não possui
41	TE 06	F	36	Não se aplica	13	Católica
42	TE 07	F	38	Não se aplica	11	Evangélica
43	TE 08	F	36	Não se aplica	09	Testemunha de Jeová
44	TE 09	F	23	Não se aplica	04	Evangélica

Fonte: Elaboração própria, (2020).

Assim, de acordo com essas informações observou-se a predominância de profissionais do sexo feminino, com 34 (trinta e quatro) participantes. As idades variaram entre 23 e 52 anos. Vale ressaltar que a participação de apenas uma psicóloga ocorreu devido ao quadro atual da Psicologia no serviço, que consiste em apenas uma profissional da área da Psicologia.

A maioria relata não ter abordado o tema CP na graduação 27 (vinte e sete) participantes e quanto à religião, 20 (vinte) são católicos, 9 (nove) são espíritas, 4 (quatro) evangélicos, 1 (um) Testemunha de Jeová e 6 (seis) não possuem religião.

Após a leitura das narrativas foram apreendidas 3 categorias: 1. Comunicação da equipe multiprofissional com os pacientes em cuidados paliativos; 2. Comunicação da equipe multiprofissional com a família em cuidados paliativos; 3. Comunicação entre a equipe multiprofissional sobre os pacientes em cuidados paliativos, que apresentou as subcategorias: 3.1. Dificuldades na comunicação; 3.2 Facilidades na comunicação, que serão discutidas a seguir.

5.2 COMUNICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nesta categoria discute como os profissionais que atuam na UTI se comunicam com os pacientes em CP, levando em consideração os aspectos técnicos dessa comunicação e as peculiaridades envolvidas neste processo.

O ponto de partida é o início da comunicação no plantão, chamando atenção para diferença entre falar com o paciente e se comunicar com ele, é possível perceber nas seguintes narrativas:

É um paciente especial, específico, dar uma atenção dobrada, mas não difere dos outros. Eu acho que todos os pacientes devem ser vistos de uma forma total, não é? Você não pode ver só um braço, uma perna, um pulmão, tem que ver a totalidade do paciente. Eu procuro sempre me apresentar bem para o paciente, procuro saber o que ele quer, o que interessa a ele naquele momento. Por que não adianta eu chegar e obrigar ele a fazer uma coisa que ele não está afim. **(FISIO 09, 29 anos)**

Eu chego sempre me apresento a ele, cumprimento inicialmente desejando um bom dia, boa tarde ou boa noite, claro de acordo ao período, estarei hoje contigo para passamos o dia e estaremos juntos. Espero que o senhor ou senhora tenha um ótimo dia, coloco-me a disposição para o que ele precisar pode contar comigo, chego de uma forma bem entusiasmada. **(TE 07, 38 anos)**

Independentemente do nível de consciência, eu sempre converso com o paciente, seja ela sedado, seja ele não sedado, seja ele responsivo ou não, alerta ou não, eu sempre falo, bom dia, boa tarde, boa noite, falo com o paciente, sempre. **(ENF 06, 29 anos)**

Eu não falo em diminutivos. Eu não falo com voz melancólica. Eu sou muito assim, eu tento trazê-lo para a realidade, mostrar a realidade e tentar animá-lo de alguma forma, entendeu? **(ENF 04, 38 anos)**

No que tange a diferenciação entre falar e comunicar-se, a perspectiva construcionista não define a linguagem como meio passivo de expressão e transmissão de informações, mas consideram seus aspectos performáticos, através de uma construção ativa do mundo (RASERA; JAPUR, 2005). Portanto, o ato de se comunicar com o paciente em CP precisa ser visto numa perspectiva sócio-histórica e que considere os múltiplos sentidos e significados nesse processo.

O contato inicial do profissional da UTI com o paciente em CP é permeado pelos aspectos iniciais da comunicação, como relatado por **FISIO 09**, **TE 07** e **ENF 06**. Contudo, ao discutirmos sobre o ato de comunicar-se, esse é representado pela superação de um contato estritamente técnico e formal, para um movimento de escutar. E quando consideramos o paciente em CP, essa escuta apresenta-se como fundamental.

É sabido que a história dos CP surgiu com uma proposta principal de alívio da dor física, portanto, a analgesia por muito tempo caracterizou-se como principal foco dos profissionais que atuavam com pacientes em CP. Ao longo desse processo, a concepção de conforto e dor foi sendo modificados, sendo criado o conceito de dor total pela precursora

Cicely Saunders e diz respeito à compreensão da dor englobando as dimensões físicas, mentais, sociais e espirituais (CARDOSO, 2012). Desta forma, os participantes relataram:

Hoje em dia, depois que comecei a estudar mais sobre CP, eu busco me aproximar um pouco mais, tentar criar um vínculo com o paciente para que eu consiga adentrar nas questões psicológicas dele e consiga entender o que ele está sentindo, dar um pouco mais de conforto [...] então, eu sinto que o paciente aos poucos vai se abrindo mais e eu consigo trabalhar essas questões, trazer a família para perto. Hoje em dia, eu vejo que é algo que ajuda muito esses pacientes. **(ENF 05, 28 anos)**

Eu tento tranquiliza-lo, dizer que tudo que está sendo feito é para o bem dele, para ele ter conforto, para ele não se sentir com medo, porque nós estamos nesse momento ajudando ele no que a gente pode. **(FISIO 09, 41 anos)**

Eu procuro me comunicar primeiro como expectador, saber que tipo de dialogo como abordar. Depois, se o paciente que está consciente, que sabe que já é terminalidade, final de vida, eu gosto de conversar abertamente com ele. **(MED 10, 51 anos)**

ENF 05, FISIO 09 e MED 10 retratam como a equipe tem valorizado aspectos intrinsecamente ligados a perspectiva da dor total, que foi um conceito formulado em 1960 e assegurou aos enfermos uma abordagem multidisciplinar, considerando elementos emocionais, psicológicos, sociais e espirituais da dor (AMARAL et al., 2019). Vale ressaltar que, para ofertar o conforto necessário aos pacientes, primeiramente é preciso construir o vínculo terapêutico, conforme relatado por **ENF 05**.

A mudança no sentido que a dor ocupou no processo de saúde-doença desvela um dos interesses da perspectiva construcionista, justamente por considerar que numa visão histórica, os saberes dialogam, se articulam e substituem verdades consideradas oficiais e que vão determinar o funcionamento universal do mundo (SANCHES-JUSTO et al., 2010). Cabe ressaltar que essa mudança se deu numa perspectiva relacional, ou seja, tanto o profissional envolvido no cuidado como o paciente apresentaram demandas que favoreceram a construção de uma compreensão ampliada da dor.

Para perceber o paciente em CP, considerando os aspectos emocionais, psicológicos e físicos, é preciso a utilização da comunicação dialógica, pautada principalmente na escuta. Nesse sentido, chama atenção as seguintes narrativas:

Ele é um paciente, ele não é o paciente em CP, ele é um paciente, a comunicação é igual como qualquer paciente [...] obviamente uma conduta de respeito, uma conduta com responsabilidade, profissionalismo, mas até onde você vai depende do que o paciente lhe passa. Tem paciente que deixa você ir mais, tem paciente que não deixa. **(MED 07, 44 anos)**

Procuro sempre ficar como expectante. Eu prefiro sentir o que a paciente precisa nesse momento. A gente tem que ver qual a real necessidade dele, atender o que eles precisam, então, eu procuro me comunicar primeiro como expectador, saber que tipo de diálogo como abordar. Depois, se o paciente

que está consciente, que sabe que já é terminalidade, final de vida, eu gosto de conversar abertamente com ele. **(MED 10, 51 anos)**

A gente tem que ter muito cuidado com que a gente fala e com as informações que a gente vai passar, e ser mais ouvinte [...] você percebe que ele está sufocado de informação, mas ele não quer te passar, então, através da conversa tenta absorver alguma informação, claro se ele quiser passar, desabafar, mas vendo tudo o que vai ser passado, pois é muito complicado. **(TE 06, 36 anos)**

Ao se discutir sobre comunicação com pacientes em CP, um dos aspectos que é destacado diz respeito às informações que precisam ser trazidas para os pacientes. Nesse sentido, surgem determinadas dificuldades, que serão aprofundadas posteriormente na subcategoria das “Dificuldades na comunicação”. Contudo, os depoimentos de **MED 07**, **MED 10** e **TE 06** chamam atenção que em CP a informação não pode ser apenas transmitida ao paciente de forma verticalizada, mas há necessidade de se saber até onde o paciente sabe e até onde ele quer saber.

Hoje é direito do paciente saber todo o seu quadro, então, a gente vai ter que saber e contar para ele. Ele estando lúcido e orientado, vamos ter que contar diretamente para ele. Vai ouvir ele sobre o que ele vai dizer e se vai aceitar. Então tem que tratar direto com ele, ele estando lúcido e orientado não tem problema nenhum. Eu trato direto com ele, junto com ele, com a psicologia, equipe de enfermagem, equipe médica. **(AS 01, 29 anos)**

Se o paciente estiver lúcido e desejar saber, ele tem que saber a verdade. Eu não sou a favor de esconder, claro que é uma escolha da família e de todo mundo, mas, eu acho que o outro tem o direito de saber até para que ele possa fazer as despedidas, agradeça, peça o perdão. **(AS 02, 40 anos)**

Na seara do direito de saber sobre o seu prognóstico, o paciente pode apresentar mecanismos de defesa que o protegem de repercussões psíquicas importantes e caso a equipe desconsidere esse aspecto, a informação pode se tornar iatrogênica. Quanto aos mecanismos de defesa possíveis, **ENF 05** e **AS 02** relatam:

Quando o paciente está lúcido, orientado, é mais fácil, eu acho que como a gente fica muito tempo com o paciente, está sempre ali a beira do leito, não é tão difícil criar um vínculo, a depender também da fase que ele esteja vivendo. Muitos pacientes que estão na fase de negação, às vezes são complicados, porque eles não conseguem se abrir com a equipe e eles, às vezes, são até rudes, e se a gente não tiver uma forma de levar, a gente acaba criando até um distanciamento desse paciente, se a gente não tenta entender o lado dele. [...] É o que eu falei, ouvir mais do que falar, escutar as demandas dele **(ENF 05, 28 anos)**

E tem pacientes que já avisam que não querem saber, então nesse caso não temos muito o que fazer, então vamos perguntar coisas que ele sabe no inconsciente, mas não precisamos estar dizendo diretamente. **(AS 02, 40 anos)**

A partir de estudos sistemáticos e aprofundados sobre o processo de morte e morrer, Elisabeth Kubler-Ross elaborou os cinco estágios relacionados à experiência de morte, seja esta, real ou simbólica:

“Negação – o sujeito utilizar-se-á de mecanismos de defesa temporários do Ego contra a dor psíquica diante da morte e/ou possibilidade desta; Raiva – que é expressa através da hostilidade e revolta; Barganha – o paciente manifesta acordos, diante de uma tentativa de restabelecer uma condição de vida anterior ao adoecimento; Tristeza – caracteriza-se por um sofrimento profundo, tristeza, desolamento, culpa e desesperança e a Aceitação – O sujeito já não experimenta o desespero e não nega sua realidade” (KLUBER-ROSS, 2008, p.43)

Contudo, apesar da explanação acerca de uma comunicação dialógica, foi possível identificar que a comunicação prescritiva também faz parte no processo de comunicação dos profissionais com os pacientes em CP na UTI:

O Serviço Social trata do paciente com base na orientação [...] A gente trata do paciente e da família nessa questão das orientações dos encaminhamentos, dos direitos e deveres, dos benefícios. Então, a gente vai viabilizando outras orientações junto com esse paciente e familiares, para que eles tenham um entendimento melhor sobre o seu tratamento. **(AS 01, 29 anos)**

Se for lúcido e orientado, eu tento ser o mais direto possível. Nunca faço algo sem explicar para ele o que vou fazer, que vai ser feito, qual o meu objetivo e o que eu espero do meu atendimento com ele. Se o paciente for intubado, eu vou tentar pegar nele de forma bem leve, suave, pretendo não atingir o máximo de amplitude de movimento, para não causar nenhuma dor. **(FISIO 05, 38 anos)**

Eu procuro tratar o mais normal possível, aquela coisa, a mesma coisa que eu faço com a família de não trazer aquela coisa da esperança. Eu tento conversar com ele de forma normal. Se ele falar da doença, eu vou trazendo informações que são pertinentes, e se a gente for falar de outra coisa, eu vou conversar normal, como se fosse qualquer outro paciente [...] Eu tento tratar como se aquele dia fosse um dia normal da vida dele. **(ENF 07, 37 anos)**

Salienta-se que a discussão sobre as diferentes formas de comunicação não pode ser analisada a partir do prisma dicotômico e de juízo de valor, ou seja, ambos modos de se comunicar possuem valor no contexto hospitalar. O depoimento da **AS 01** demonstra uma comunicação prescritiva, mas de extrema importância, pois no momento em que o paciente e família compreendem seus direitos, deveres e benefícios, seja no hospital ou para um momento pós-hospitalar, favorece a redução de dúvidas e, conseqüentemente, de possíveis sintomas que venham a surgir devido ao desconhecimento dessas informações.

No momento da observação participante passiva, foi possível identificar a presença da comunicação prescritiva em diferentes momentos, desde a admissão do paciente na UTI, através da utilização de protocolos e questionários específicos, como após retorno de exames. Principalmente a figura do médico representava a comunicação informativa, trazendo estritamente ao paciente dados sobre o quadro de saúde e exames realizados. Porém, a comunicação dialógica também esteve presente na atuação da equipe junto ao paciente.

Outro aspecto observado foi o estímulo de estratégias de enfrentamento pelos participantes na comunicação com o paciente, como por exemplo a espiritualidade. Com isso, podemos identificar no relato:

Existe um olhar especial para eles, mas não gosto de demonstrar diferença na comunicação, pois, já estão fragilizados e ainda percebem que estou com diferença entre ele e outros pode gerar tristeza, depressão [...] Falo do conforto de Deus, para que eles peçam força, mas a espiritualidade, não é? Que nesses casos é bem importante, para que os pacientes se apeguem a Deus, não é? Que eles se apeguem ao espiritualismo. **(TE 08, 36 anos)**

Como trazido por **TE 08**, torna-se fundamental a diferenciação entre espiritualidade e religiosidade, visto que, apesar de serem conceitos relacionados e utilizados erroneamente como sinônimos, não possuem o mesmo significado (CERVELIN; KRUSE, 2015). A espiritualidade é considerada subjetiva e refere-se à busca pelo sentido, portanto, está relacionada ao autoconhecimento e uma conexão pessoal a uma força maior e propósito de vida (BARBOSA et al., 2017). Nesse sentido, diversos autores sinalizam para a necessidade da dimensão espiritual como recurso interno de enfrentamento relacionado ao processo de saúde-doença, principalmente por pacientes com doenças ameaçadoras a vida e familiares (CERVELIN & KRUSE, 2015; EVANGELISTA et al., 2016; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

5.3 COMUNICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM A FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

O adoecimento no contexto hospitalar provoca repercussões, tanto no paciente como na dinâmica familiar, podendo gerar sobrecarga, adoecimento e estresse no núcleo familiar. Desta forma, vale destacar que a UTI é o cotidiano dos profissionais que ali estão e não o das famílias e pacientes (BIONDO; TROVO; SILVA, 2019). Com isso, a comunicação que a equipe multiprofissional estabelece com a família do paciente em CP é um ponto imprescindível no exercício do cuidado.

Nem sempre é fácil a comunicação com o familiar de um paciente que está a morrer. Nesse sentido, a equipe tem um papel na investigação da compreensão da família sobre a terminalidade do seu ente querido, conforme ENF 10:

Tentar conversar com se for o caso, sempre no limite do que a gente pode deixar ser abordada. **(ENF 10, 39 anos)**

Em estudo de revisão sistemática sobre a família no contexto da hospitalização foram construídas categorias como: família e criança hospitalizada, família e adulto hospitalizado e família e idoso hospitalizado (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016). No tocante à segunda categoria foram encontrados poucos estudos e as principais temáticas foram o sofrimento

vivenciado pelas famílias, as repercussões psicológicas relacionadas ao processo da hospitalização e a necessidade da comunicação com a equipe de saúde. Visando dirimir essa lacuna, determinadas profissões já incluem a família como foco do cuidado no hospital.

A Resolução nº 013/2007, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), reconhece a atuação do psicólogo no contexto hospitalar e especifica algumas das suas atribuições:

[...] Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação [...] Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. [...] No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação.

Em acordo com as atribuições da Resolução, a participante **PSI** relata:

Eu atendo as famílias de um modo geral, então, quando eu atendo a família, eu entendo qual é a demanda dela e qual é a demanda do paciente. Às vezes, eu faço atendimento junto, paciente e família, eu medio alguns conflitos entre eles, eu crio um espaço de comunicação de uma forma que eles possam falar de um ponto de maior intimidade, quando eles me permitem. Quando essa família vai vivendo esse processo de morrer junto com o paciente, ela vai se preparando para esse desfecho. Então, quando a gente tem a possibilidade de acompanhar um familiar e um paciente que foi indicado para os CP, a gente tem um tempo para trabalhar com essa família. A tendência é que esse desfecho seja muito mais positivo. Primeiro, que a família aceite os CP e que ela não claudique durante ele. (**PSI, 36 anos**)

A partir do relato da participante **PSI**, podemos perceber que a família no contexto da UTI e acompanhando o paciente em CP apresenta também demandas singulares que precisam ser escutadas, além de dar um direcionamento terapêutico adequado. Ao se falar em claudicação familiar, torna-se necessária uma explanação acerca dos sintomas familiares frente à pessoa com um adoecimento que não responde à terapia modificadora da doença.

Os sintomas podem ser relacionados à: alteração do funcionamento familiar; sintomas do cuidador, como a conspiração do silêncio; sintomas emocionais na família, representados pela negação, medo, raiva e ambivalência afetiva; isolamento social; claudicação familiar e os sintomas familiares no luto. A claudicação familiar é caracterizada pela incapacidade de ser ofertada uma resposta adequada às diversas demandas e necessidades do paciente, havendo importante sofrimento individual e coletivo na família (MUÑOZ COBOS et al., 2002)

Os CP exigem que o psicólogo trabalhe demandas que extrapolam as repercussões do adoecimento/hospitalização do ente querido, envolvendo questões relacionadas ao processo de morte e morrer do paciente. Sendo o hospital ainda visto como o local de cura, as inter-relações no processo de morrer precisam ser pautadas tanto no diálogo como no cuidado

(SCHAFER VASQUES et al., 2017). Desta forma, identificar o que o familiar compreende sobre o processo saúde-doença do paciente torna-se necessário, conforme relatos:

Então, eu tento no meu dia a dia conduzir toda a minha programação nutricional para o cuidador entender todo o processo que está acontecendo com o paciente. Então, os cuidadores ficam mais tranquilos quando o paciente está comendo, e às vezes, a condição clínica do paciente naquele momento, ele não tem condições de comer, devido a um desconforto respiratório, ou tem risco de broncoaspiração. Então, a gente conversa com ele que nesse momento não vai ter benefício, mas sim prejuízo, e que é melhor aguardar melhorar esse quadro respiratório para retornar com a alimentação via oral. Então, a gente procura dentro das nossas ações, tanto um desfecho de quem estiver com ele, seja um familiar ou amigo, vamos esclarecer porque estamos ali, o que estamos fazendo e o que pretendemos melhorar nele. **(NUT 02, 52 anos)**

Assim, a gente tenta confortar a família, tentar explicar por que está com aquele padrão, explicar o porquê tem que ficar naquela posição. Mas sempre peço ajuda a psicóloga. Quando não tem psicólogo, a gente se vira. **(FISIO 04, 44 anos)**

O principal é evitar sofrimento do paciente, havendo a necessidade de uma certa analgesia mais ajustada ao paciente, evitar realizar exames desnecessários, evitar realizar procedimentos invasivos desnecessários, evitar condutas médicas que não vão trazer melhora ou mudança no prognóstico do paciente e está sempre deixando a família a par de tudo e ciente do que vai ser feito com o paciente e a programação do que está determinado para ser feito com ele. **(MED 01, 43 anos)**

A gente aqui na UTI como plantonista é difícil você cuidar dos aspectos emocionais da família. Acho que, como plantonista, nossa função é informar às possibilidades que aquele paciente tem e o que a gente pode oferecer para ele, mas, essa questão de trabalhar o medo e a ansiedade tanto da família frente a esse cuidado teria que ter um acompanhamento mais horizontal dessa família **(MED 04, 38 anos)**

Os relatos de **NUT 02, FISIO 04, MED 01 e 04** explicitam como a equipe multiprofissional se responsabiliza de forma transversal em identificar a compreensão da família, exemplificando as condutas terapêuticas, metas e limites destas práticas. No momento em que os familiares são informados acerca das normas e rotinas da unidade, este processo contribui para a familiarização com o ambiente físico da UTI, favorece o acolhimento e auxilia na construção do vínculo (RIBEIRO; SANTOS, 2008). Além disso, compreender o que está ocorrendo e por quê configura-se como terapêutico, pois favorece a verbalização de emoções, facilita a comunicação e previne alterações importantes no futuro desses familiares (MUÑOZ COBOS et al., 2002).

Nesse aspecto, na observação participante passiva foi possível perceber que em todos os plantões acompanhados, houve comunicação dos profissionais com a família. Esta se deu tanto à beira leito, como no espaço externo à UTI. Identificou-se prioritariamente a comunicação dialógica, havendo um momento de escuta por parte dos profissionais acerca das dúvidas, medos e entendimento do familiar.

Outra profissão que exerce papel essencial na comunicação com a família é o Serviço Social. Podemos perceber nos relatos de **AS 01 e AS 02**:

Hoje recebemos mais pacientes na sala do Serviço Social, do que atendimentos na UTI, ou em outra unidade. Então, os familiares acabam vindo para a nossa sala e nós acabamos registrando mais. Mas, se eu tiver necessidade, subo para a unidade e vou conversar com a equipe. Ligo para o médico, a gente marca uma reunião com a família e nós definimos qual será a situação. Discute o caso e então conclui. **(AS 01, 29 anos)**

A família busca porque quer saber, por exemplo, quando o paciente morrer o que eles vão fazer, dúvidas de ordem prática, como saber de previdência social, dos seus direitos, até o momento pós-morte, nós atendemos, porque é o seguro de vida, é o direito a um benefício, é uma declaração que ela precisa [...] a nossa comunicação, a gente vai e faz a busca, mas, na maioria das vezes é muito espontânea, a família vem e nos procura pela demanda espontânea. No caso do Serviço Social, eu sempre digo que no hospital o nosso maior foco será a família do que o paciente, porque é a família que traz mais demanda social do que ele em si. **(AS 02, 40 anos)**

Em acordo com as falas supracitadas, a atuação do Serviço Social em CP caracteriza-se em conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, tendo como objetivo oferecer informações, orientações legais, burocráticas e de direitos (ANDRADE, 2012). Portanto, busca construir ações e estratégias junto ao núcleo de cuidado: paciente/família, garantindo acesso aos direitos e qualidade de vida (CINTRA, 2019).

A transmissão de informações sobre o quadro do paciente é importante, contudo, não é a única forma de comunicação com a família. Fazendo um paralelo com o construcionismo social, este se afasta de uma perspectiva dicotômica de certo ou errado, e ancora seus pressupostos na ideia de que a narrativa se mostra parte indissociável da construção social, portanto, os saberes e as experiências de vida são transformados em linguagem (SANCHES-JUSTO et al., 2010). Desta forma, é imperativo que a comunicação prescritiva tem a sua importância, mas precisa ser permeada também pela escuta, acolhimento e identificação das necessidades da família, conforme depoimentos abaixo:

Tem que chamar a família, fazer esse acolhimento e mostrar para ela a realidade, não é? Tentar mostrar para ela que aquilo que estamos fazendo não é acelerar o processo de morte, e sim, dar uma morte digna para eles. **(ENF 02, 36 anos)**

Eu acho que é um momento que a gente precisa dar um conforto para o paciente, naquela fase terminal dele de vida, só que não vai ser feito mais nada que possa causar distanásia, mas também, ser um momento de conforto, tanto para ele, quanto para família, não é? **(FISIO 01, 39 anos)**

A palavra é escutar. É escutar muito o que eles querem e tentar ali, em um grau de sensibilidade oferecer uma forma, oferecer assim, um limite no que eu vou falar, até na forma de conforto. **(FISIO 03, 29 anos)**

Acolher bem a família que não é o paciente, mas você tem que ter o acolhimento ideal dessa família, para que ela tenha em comum acordo e esteja entendendo todo o processo de palição do seu ente querido que está ali naquele momento necessitando disso. **(MED 01, 43 anos)**

A fala de **ENF 02, FISIO 01 e MED 01** chamam atenção para uma comunicação que está alinhada com a proposta dos CP, que é considerar o paciente e a família para além da dor física, legitimando os conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos da UTI não podem suprir (SILVA; ARAÚJO, 2012). Portanto, exige que os profissionais se relacionem com a família numa perspectiva outra, extrapolando um cuidar mecânico e positivista.

Ao tratar o conhecimento não como algo que se possui, mas como uma construção coletiva, rompe com a lógica de um saber estático e identifica-o como mutável. Um exemplo é o conceito dos CP que sofreu transformações, e hoje valoriza além do controle da dor, o alívio do sofrimento, através do tratamento da dor, mas também, dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002). Desta forma, as falas dos participantes **ENF 02, FISIO 01 e MED 01** corroboram com a ideia de que a comunicação envolve características essenciais como o acolhimento, conforto e cuidado ofertado numa perspectiva ampliada.

Vale ressaltar que, apesar das transformações que ocorrem relacionadas ao conhecimento, o fator tempo é variável, de acordo com as construções sociais que são diretamente ligadas ao fenômeno analisado. Na fala de **PSI**, podemos perceber essa peculiaridade:

Então, hoje em dia a gente vê muito nos hospitais, os CP chegar no momento em que o paciente está morrendo, e aí é mais difícil para família lidar com isso e para a gente trabalhar algumas questões e essa família aceitar esses CP, porque a gente vive hoje em uma sociedade onde a morte é um tabu. **(PSI, 36 anos)**

Ao se falar da morte como um tabu, há dificuldade do familiar lidar com as questões do processo de morte e morrer do ente querido. Esta dificuldade também é compartilhada pela equipe de saúde, conforme será abordado na categoria sobre as dificuldades na comunicação na UTI com os pacientes em CP. Visando reduzir os ruídos e interferências na comunicação com a família, surgem algumas estratégias, conforme relato a seguir:

Eu acho que, quando fazemos as reuniões familiares, primeiro discutir a realidade do paciente. Aqui a gente percebe que tem aquela pessoa da família. Então, a gente tenta fazer o alinhamento com a equipe e a gente começa a descobrir quem é a outra pessoa desse grupo que pode nos ajudar. Então, é uma das coisas que a gente trabalha muito, é identificar quem poderia ser o melhor porta-voz para essa família. **(AS 2, 40 anos)**

Estudo internacional sobre os benefícios das reuniões com familiares de pacientes em CP hospitalizados, que tem como objetivo discutir questões psicossociais e planejamento de cuidados com a família e se possível o paciente, identificou que, ao comparar o grupo de familiares que participavam das reuniões com foco no apoio informacional e emocional com aqueles que não participaram desta proposta, o primeiro não reduziu a ansiedade e/ou

sintomas de depressão (CARSON et al., 2016). Apesar deste achado, vale ressaltar a importância das reuniões familiares, pois representam um espaço de escuta e acolhimento para esses familiares e a possibilidade de elaborar conteúdos relacionados ao processo de adoecimento do paciente.

A comunicação com o familiar também se dá em termos de orientação para aproximar a família do paciente, conforme relatos:

Então eu acho que quando você chega para família e explica: “Não, pode chegar mais próximo, pode conversar, pode tocar!” Eu acho que isso aí facilita a interação do paciente com o familiar. **(FISIO 09, 29 anos)**

Então, acho que uma necessidade básica é mais medidas de conforto, deixar ele mais aconchegado com a família, deixar o ambiente mais acomodado. Acho que é mais essa questão dele estar mais próximo da família e de um ambiente que ele consiga estar mais familiarizado para não sentir aquela questão de estar dentro de uma UTI **(AS 01, 29 anos)**

Sinalizo para a pessoa que está visitando: “Você conhece tal pessoa? Pois o paciente menciona muito esse nome. A senhora poderia pedir que ele venha visita-lo, dá uma passada aqui? Eu acho que isso é uma forma de fazer alívio, geralmente faz efeito. **(TE 09, 23 anos)**

Aqui na UTI tem as regras institucionais de acesso de crianças, contudo, há uns dois meses atrás fizemos a despedida de uma criança com a mãe. A criança não entra na UTI, então tivemos que trabalhar com ela. Ela se vestiu de doutora brinquedo, que é um desenho, e tivemos que colocar um biombo para ela não ver os outros pacientes. Então foi toda uma estratégia que eu acho extremamente importante e que precisamos ter esse olhar. **(AS 02, 40 anos)**

A partir dos depoimentos de **FISIO 09, AS 01 e 02**, é possível identificar como promover a aproximação. A maior comunicação entre a família e o paciente em CP na UTI é necessária, seja no momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, ou no processo de morte e morrer. Além disso, dentre os cuidados da equipe ao familiar, integrá-los no processo de tomada de decisões e fomentar a intimidade e o diálogo para resolver problemas pendentes faz parte do rol de intervenções da equipe para com a família (COSTA et al., 2019).

O médico ainda é um entrave porque o médico ele não gosta de perder paciente, então na cabeça dele, o paciente dizer que não quer, ou o olhar do paliativista como a gente está tendo no hospital é muito complexo, porque primeiro o médico tem que entender. Tem especialidades que acham que o paciente é dele, então fazer palição com o paciente é complexo. Fazer palição com a criança, para a equipe médica é muito complexo. E é muito de como essa família lide com isso. **(AS 02, 40 anos)**

Muitas vezes o plantonista, ao conversar com a família, percebe alguma necessidade dessa família de um investimento pleno nesse paciente. O que acontece é se conversar com o familiar que se existe a possibilidade de paliar um paciente, o familiar parece compreender, e no outro dia o familiar chega aqui, digamos assim, com outro olhar, com outra visão. Para gente fica meio aberto, é CP ou não é, a gente fica meio assim, perdido. **(ENF 09, 31 anos)**

A aproximação da equipe com a família é vista como fundamental para reduzir ruídos na comunicação e favorecer uma participação ativa da família no momento do tratamento. Em observação participante, o boletim médico foi visto como um recurso importante nessa comunicação. Sendo este diário, favoreceu tanto a explanação do quadro clínico do paciente para a família, como ser um momento de escuta e acolhimento do familiar.

5.4 A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE OS PACIENTES EM CP

Essa categoria envolve o lugar dado à comunicação, a forma que ela é estabelecida entre os membros da equipe multiprofissional da UTI sobre os pacientes em CP, os meios que os profissionais utilizam para se comunicar, os aspectos favoráveis para uma comunicação adequada e aqueles que causam ruídos e interferências para a realização desta.

A comunicação é vista como um elo fundamental, conforme relatos a seguir:

Comunicação é feita e tem que ser feita de forma eficiente, não é? De forma que fique claro tudo o que é passado, e assim é uma comunicação que acredito que é a mais fidedigna possível. **(TE 01, 36 anos)**

A ideia é que eu tento trazer para equipe que estou ali para ser um suporte para a equipe também. Eu estou ali para instrumentalizar a equipe para lidar melhor com o paciente e com aquela família. **(PSI, 36 anos)**

A gente atende isso, isso não é nosso, isso é seu, é de outro profissional. A gente atende até aqui e a gente foi fazendo esse trabalho e fluiu muito bem, então, passamos a ter uma repercussão bem legal, resultados bem interessantes com relação a esse processo de comunicação. **(AS 02, 40 anos)**

Então, tento ver com a equipe a real necessidade de certas condutas que possam trazer mais transtornos ou não para o paciente, com o objetivo de trazer menos conforto e dor. **(ENF 06, 29 anos)**

A gente sempre conversa nos momentos de pequenas folgas que a gente tem em relação a conforto, a condutas, a família **(ENF 10, 39 anos)**

Conforme relatos de **TE 01, PSI, AS 02 e ENF 06 e ENF 10** é possível perceber a legitimação pelos profissionais acerca da comunicação, através do efeito gerado na assistência ao paciente e família. A comunicação representa uma modalidade de CP e apresenta-se como um dos instrumentos mais relevantes para promoção da assistência humanizada ao paciente sem possibilidade de cura (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Desta forma, é relevante que a equipe de antemão considere o seu lugar, e a partir desta compreensão, valorizá-la como instrumento de trabalho.

De acordo com Araújo e Silva (2012), é de suma importância que o profissional de saúde perceba, compreenda e empregue de forma adequada a comunicação verbal e não-verbal com aquele que está vivenciando o processo de morte e morrer. Vale ressaltar que, ao

tratarmos sobre os CP, a comunicação precisa ser utilizada de forma adequada, desde antes do momento final de vida do paciente.

Para se estabelecer uma comunicação adequada utilizam-se instrumentos formais, a exemplo do prontuário. Com relação a esse recurso, **ENF 01** e **AS 01** relataram:

Existe uma comunicação escrita, não é? Eles colocam em prontuário, tem a visita multidisciplinar e na visita já se fala quantos pacientes são, ou que já estão pensando, estão evoluindo para uma... assistência, para um cuidado paliativo e também a oncologia sempre prescreve. (**ENF 01, 53 anos**)

Então, a gente senta junto com a equipe e discute cada paciente, quais são as medidas, a programação desse paciente, o prognóstico, tudo sendo definido junto com a equipe. O prontuário tem dizendo cada evolução, de acordo com a categoria profissional. Então, tudo que a gente discute em reunião, acaba colocando em prontuário algumas vezes. (**AS 01, 29 anos**)

Um aspecto que chamou atenção no momento da observação participante passiva foi à comunicação entre os membros da equipe. Conforme depoimentos de **ENF 01** e **AS 01**, a equipe utiliza diversos recursos para manter essa coesão nas condutas terapêuticas e foi percebido no campo a utilização frequente da discussão de caso a caso, a visita multidisciplinar e a participação de todos os membros no que diz respeito às metas terapêuticas.

O prontuário contém informações escritas que favorecem o entendimento das terapêuticas que estão sendo utilizadas durante a internação e representa uma fonte de dados que subsidiará a prática profissional no contexto hospitalar (SOUZA et al., 2016). Nesse sentido, este recurso documental favorece a comunicação entre os envolvidos no cuidado.

O uso do prontuário pode ser um apoio na comunicação da equipe, mas é indispensável à utilização das visitas multiprofissionais como uma via de comunicação entre os membros da equipe. Isto porque as conversas dialógicas favorecem a multiplicidade de vozes, contrapondo as monológicas, na qual se impõe apenas uma voz ou discurso dominante ((BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013).

Outro recurso que a equipe da UTI utiliza para se comunicar sobre os pacientes em CP é a visita multiprofissional, que consiste em uma discussão diária sobre todos os pacientes que estão hospitalizados na unidade. Discutir diariamente aproxima cada membro da equipe sobre o quadro de saúde do paciente, seu prognóstico e intervenções já realizadas e aquelas programadas no plano terapêutico, conforme relatos:

Durante a visita multiprofissional, esse é o momento que nós temos diariamente para definir quais são as condutas, que por vezes a gente não possa ter no momento. Porque a visita é normalmente pela manhã, mas define paliativismo à tarde, então, o médico plantonista, não nesse momento com a visita multiprofissional, discute com o enfermeiro que está assistindo

o paciente, e no outro dia, isso é reforçado na visita multiprofissional diariamente. **(ENF 02, 36 anos)**

Diariamente, isso é a rotina diária da unidade. Eu trabalho há 24 anos na UTI, então, diariamente todos os pacientes, independentemente de ser CP ou não, eles são discutidos. A parte da nutrição, a parte médica, a parte da enfermagem, da psicologia, qual a conduta. Então, todos os dias, diariamente temos essa discussão sobre os pacientes **(NUT 02, 52 anos)**

Nas visitas, nas passagens, passa o quadro do paciente e tenta entrar em consenso, não é? O que é que o paciente necessita, quais os cuidados que devem ser tomados, se o paciente é realmente palição ou não [...]. Então, há uma comunicação na passagem de plantão sim. Aqui sim, nesse hospital sim. **(FISIO 02, 43 anos)**

A fala da participante **FISIO 02** sinaliza a importância da visita multiprofissional, demonstrando como através deste recurso institucional favorece a equipe alcançar um consenso para as condutas profissionais, ou seja, permite que as decisões sejam tomadas de forma dialógica.

A perspectiva dialógica está diretamente ligada ao construcionismo social na Psicologia Social, pois a investigação teórica e metodológica transfere a perspectiva do enfoque tradicional para a exterioridade dos processos e estruturas da interação humana (SPINK; FREZZA, 2013). Desta forma, a interação comunicacional entre os membros da equipe é favorável a um cuidado adequado ao paciente em CP. Os participantes relataram que:

[...] no final é tudo muito fechado, é tudo muito de comum acordo, se existe a dúvida de um dos membros da equipe se é palição ou não, essa palição não é fechada, tem que ter um comum acordo. **(MED 03, 40 anos)**

As equipes multidisciplinares sim, acho que vem sendo, principalmente aqui no hospital, vem tendo uma interação grande, uma troca de informações grande entre a equipe multidisciplinar. **(MED 01, 43 anos)**

Como Nutrição é uma profissão que está em interação com os diversos profissionais, como médico, enfermeiro, fisioterapeuta, então a interação já faz parte da nossa profissão. Então o nutricionista não vai ter condutas isoladas. **(NUT 03, 31 anos)**

Com base no construcionismo social, a linguagem extrapola a dimensão da interação social, sendo representada pela produção de sentidos sobre o mundo (SANCHES-JUSTO et al., 2010). Portanto, no contexto da comunicação entre a equipe da UTI sobre os pacientes em CP, ao se discutir sobre as condutas voltadas a estes sujeitos contribui para direcionar e dar sentidos as ações em saúde. Desta forma, é possível identificar este direcionamento a partir da fala da **NUT 01**:

[...] a gente não tem como ter uma conduta sem conversar com o médico que está acompanhando ele. Da mesma forma é um paciente que tem um sério desconforto respiratório. Eu vou conversar com a fisioterapeuta até que ponto eu consigo fazer alguma coisa, ou então, tem algum engasgo, vou falar com a fonoaudióloga [...] já teve casos, assim tecnicamente, o paciente não tem condições de dieta oral, mas a médica assistente quer deixar ele mais

confortável, porque ele deseja comer alguma coisa, então, a gente entra em consenso junto com a fonoaudióloga, com a médica assistente para dizer, que, apesar dele ter um grau de disfagia, nesse momento o foco é esse. **(NUT 01, 26 anos)**

Considerando as produções de discurso, a narrativa mostra-se como indissociável da construção social (SANCHES-JUSTO et. al., 2010). A linguagem desvela, através das práticas discursivas, que as relações são mutáveis, reforçado através do caráter sócio-histórico dos fenômenos. Esse caráter foi exposto pelas profissionais do Serviço Social:

O Serviço Social antes brigava muito com a equipe e isso mudou, mas não é mérito meu, é mérito do meu grupo. A gente teve que trabalhar essa conquista. Então eu trabalhei a conquista com a equipe médica, de me apresentar, me disponibilizar, dizer literalmente que eu queria estar na sua reunião para você entender o que eu faço, então foi uma conquista. [...] então, antes a gente não era chamada e passamos a ser chamados para participar das visitas e isso foi um ganho muito grande para o Hospital, porque a gente começou a conversar com o médico que não nos procurava, então, hoje o médico procura o assistente social. **(AS 02, 40 anos)**

Apesar das transformações nas relações profissionais no âmbito hospitalar, a comunicação ainda se mostra como um desafio, atravessada tanto por dificuldades como facilidades. A próxima categoria abordará as diferentes dificuldades percebidas pelos participantes para efetivação da comunicação interprofissional e dos profissionais da UTI com pacientes e familiares em CP.

5.4.1 Dificuldades na comunicação

O trabalho em CP é uma construção cultural, que envolve os valores, conhecimento, crença religiosa e as emoções dos profissionais envolvidos nessa modalidade de cuidado (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2019). Levando em consideração o aspecto cultural e histórico, identificamos:

Trabalhar com palição não é uma coisa tão simples, até porque a nossa cultura não fala de morrer, a gente não fala de morte em casa, a gente não discute sobre a morte em casa [...] Então, a gente vem de um grupo de pessoas na sociedade que não discute esse assunto e é por isso que vamos ter dificuldades, não é algo fácil de se trabalhar. **(AS 02, 40 anos)**

A gente não sabe, a equipe como todo, a equipe multiprofissional não está preparada para cuidar do paciente em CP, na nossa formação ela foi toda voltada para o modelo curativista, então, a gente acha que o paciente tem que sair daqui bem, curado daquilo que ele entrou. Então, acaba que a gente não consegue fazer isso, e isso acaba gerando muita dificuldade. **(ENF 05, 28 anos)**

A partir dos depoimentos de **AS 02** e **ENF 05**, identificamos duas dificuldades que estão relacionadas ao processo histórico. Uma delas é o lugar da morte na sociedade brasileira e a outra remete ao lugar do CP na formação profissional, havendo uma valorização

sobremaneira de uma intervenção pautada na perspectiva biomédica e curativista. Vale ressaltar como o CP emergiu de uma necessidade de deslocar o paradigma da cura para o cuidado (COSTA et al., 2019).

Apesar da importância que a comunicação de qualidade configura no contexto dos CP, dificuldades são encontradas e impõem um desafio a ser superado pela equipe de saúde na UTI. Dentre os diversos motivos que acarretam ruídos na comunicação, é possível identificar a percepção equivocada dos profissionais sobre o que são os CP, como nas seguintes falas:

Acho que, quando começar a fechar isso, ele é CP, então vamos tentar ajustar toda uma assistência voltada justamente para aquele paciente, para que tudo que seja feito denote um tratamento especial. Acho que falta isso para gente, a conotação que se tem é justamente o contrário, que aquele que está em palição fica de lado, como se nada fosse. Não, não é tão claro.

A coisa não é tão bem construída não, é um processo, estamos evoluindo ainda, mas, as coisas fragmentam ainda [...] Isso é uma dificuldade e algumas coisas se perdem por ainda estarem se construindo. (**MED 02, 47 anos**)

Eu creio que seja diferenciado, porque como ele está ali no CP no fim de vida, ele não vai entender muita coisa, entendeu? (**TE 02, 43 anos**)

As narrativas evidenciam no imaginário dos profissionais de saúde a ideia equivocada de que CP é sinônimo de desinvestimento, como relatado por **MED 02**. Pode-se elencar possíveis motivos para a compreensão parcial relatada sobre os CP. Uma delas diz respeito aos CP se apresentarem como uma forma inovadora de assistência na área da saúde, diferenciando-se fundamentalmente da medicina curativa, por propor um cuidado integral (GOMES; OTHERO, 2016). Portanto, o aumento da demanda em CP não implica uma mudança no olhar e na prática assistencial dos profissionais de saúde por si só. É preciso um trabalho permanente de qualificação, capacitação e discussões, para favorecer a incorporação dos CP na prática em saúde.

Corroborando com o achado sobre a percepção dos profissionais, em estudo nacional realizado com 37 (trinta e sete) profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas) que atuavam em uma UTI de um hospital universitário, os resultados apontam que há uma falta de consenso entre os profissionais de saúde sobre a fase da vida dirigida para CP, havendo uma alusão dos CP estritamente ao período final de vida (GULINI et al., 2017).

A compreensão parcial sobre os CP pode provocar impactos no paciente que interferem no respeito a princípios bioéticos, como o da não-maleficência e também pode caracterizar-se como uma obstinação terapêutica:

Você ter um paciente grave de terapia intensiva que você consiga uma interação, geralmente é um paciente muito complexo, que já passou por várias terapêuticas sem sucesso, refratário ao tratamento administrado, mas,

até se chegar a essa conclusão, até da própria equipe em si entrar em um consenso de colocar aquele paciente em palição, aquele paciente já passou por várias agressões fruto do próprio tratamento, e muitas vezes, ele não tem condições clínicas de interagir com a gente. (**MED 03, 40 anos**)

Eu acho que a grande dificuldade é essa definição do CP. A grande questão é aquele paciente que não vai continuar com determinadas terapias invasivas, mas, ele já tem determinados cuidados intensivos, mas a gente só não vai evoluir com esses cuidados. Então, se o paciente parar, reanima ou não reanima? Precisa dialisar, dialisa ou não dialisa? Dar sangue ou não dar sangue? Então, é aquele que ainda não existe uma definição total da palição, mas que a gente já não faz algumas medidas. Então, essa fase intermediária, que eu acho desconfortável para a gente que está lidando com o paciente e com essa família, quando não existe a definição total da palição, mas é um paciente que não é mais investimento pleno, não é? Então, até onde a gente vai agir em relação ao cuidado desse paciente, isso para mim é o mais difícil. (**MED 05, 45 anos**)

Os relatos de **MED 03** e **MED 05** demonstram que uma das dificuldades da equipe diz respeito ao consenso para definir a palição. Este achado desvela que há um despreparo da equipe multiprofissional em indicar a abordagem paliativa (SILVA et al., 2013). Destarte, quando não há consenso, o risco de práticas como a obstinação terapêutica e medidas fúteis de cuidado tornam-se realidade.

A distanásia é um processo de obstinação terapêutica em que procedimentos protocolares são aplicados sem uma reflexão acerca da sua necessidade e o malefício excede o benefício do procedimento aplicado (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018). Conforme **MED 03**, fica evidente como as agressões que o paciente sofreu no processo de internação geraram impactos na sua condição clínica e se afastam de um dos pilares dos CP que é o de ofertar conforto, tanto ao paciente, como aos seus familiares.

Em se tratando de comunicação em saúde e dificuldades, é fundamental valorizar como os pacientes a percebem. Estudo internacional com 124 pessoas e um total de 180 narrativas, para compreender a percepção acerca da comunicação em saúde e de que forma os pacientes sentiam que seus aspectos emocionais e psicológicos foram contemplados na comunicação com os profissionais de saúde, entre as emoções negativas e positivas investigadas chama atenção que as primeiras foram relatadas pela posição passiva dos pacientes no momento da comunicação com os profissionais, desvalorização da opinião dos pacientes e emoções não muito bem resolvidas (DENNISTON; MOLLOY; REES, 2018).

Para além de uma práxis inovadora, os CP representam um novo modo epistemológico de cuidado, desta forma, não se baseia em protocolos, mas sim, em princípios (MATSUMOTO, 2012). Esta mudança pode ser refletida em intervenções centradas no paciente, se afastando de um modelo biomédico de cuidado centrado na doença. Nesse

sentido, cabe ressaltar que o perfil de elegibilidade dos pacientes para os CP é muito bem descrito e variado.

O conceito de CP passou por mudanças ao longo do seu processo de consolidação, sendo conceituado atualmente como:

Abordagem que promove a QV de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2000, p. 5).

Contudo, quando se discute sobre o paciente em CP na UTI, muitas vezes trata-se de pessoas com condições clínicas que interferem diretamente na sua comunicação com a equipe:

Se ele for lúcido e orientado, a gente conversa com ele, mas se não for, já fica mais complicado, então, conversamos com a família (**AS 01, 29 anos**)
 Às vezes, você não tem como se comunicar com paciente de palição na UTI. Dentro de UTI, é um paciente que não permite que você tenha essa interface, que você consiga interagir com ele. (**MED 01, 43 anos**)
 Bom, esse é um ponto muito importante, porque geralmente o paciente em UTI, seja ele crítico ou usando drogas vasoativas, é um paciente que está sedado, não tem uma comunicação efetiva porque o paciente não responde, embora a minha atitude sempre é de respeito, do máximo de cuidado possível, sabendo que ele está vivo, apesar de não interagir com o profissional. (**NUT 03, 31 anos**)

A partir das falas de **AS 01**, **MED 01** e **NUT 03**, fica claro que o quadro clínico do paciente em CP influenciará sobremaneira na viabilidade da comunicação no contexto da UTI. Contudo, vale ressaltar que há diferenças entre o paciente que não se comunica, devido a um quadro neurológico ou rebaixamento de consciência, e aquele que apresenta um comprometimento na fala, pois com o segundo é possível a utilização de repertório que favoreça uma comunicação não-verbal. Outro aspecto que chama atenção é a caracterização do paciente em CP na UTI:

Geralmente, um paciente em CP é um paciente que ele não tem muito o que você comunicar com ele não, (risos) [...] Aí minha comunicação maior é com a família, não com o paciente, que geralmente são pacientes que estão sem nível de consciência adequada, são pacientes que estão em ventilação mecânica, já sem prognóstico. (**MED 01, 43 anos**)

O depoimento de **MED 01** chama atenção para um perfil de pacientes em CP na UTI que, por conta do quadro clínico, inviabiliza a comunicação da equipe com eles, seja através da comunicação verbal ou não-verbal. No entanto, é preciso cuidado ao se referir à pessoa em CP, devido a sua heterogeneidade de demandas clínicas, sociais e subjetivas.

Com o crescimento da demanda de pacientes em CP na UTI urge discutir sobre as idiossincrasias dessa população que, apesar de sua condição de saúde indicar CP, há necessidade de cuidados específicos e subjetividade que exige um cuidado individualizado,

além de repensar o lugar da comunicação verbal e não-verbal frente esses pacientes impossibilitados de fala. Sendo assim, no depoimento de **MED 01** é exposto um perfil clínico específico de um paciente em CP na UTI, não sendo possível generalizar e homogeneizar essa população assistida.

Como dito anteriormente, os CP apresentam desafios importantes e podem trazer impactos biopsicossociais e espirituais, tanto no paciente, familiares, como nos profissionais. Não podemos esquecer que, o profissional de saúde que está diretamente envolvido no cuidado, também pode apresentar repercussões diante do processo de adoecimento. Com base nesse aspecto, a **FISIO 01** relata:

Eu acho que a gente fica mais emotiva. Eu acho que você termina ficando com uma conversa mais emocional, com certeza. A gente tenta separar, mas nesse momento é bem difícil, porque a gente sente todas as dores, todos medos. A gente consegue sentir com aquele paciente que está lúcido (**FISIO 01, 39 anos**)

No momento em que **FISIO 01** pontua sobre as repercussões emocionais que o cuidado provoca, demonstra como o ato de cuidar de uma pessoa em CP envolve questões que, para além da prática profissional, podem impactar na saúde mental dos profissionais envolvidos no cuidado. Sendo assim, é salutar se discutir sobre a capacitação dos profissionais e que englobe o fortalecimento das estratégias de enfrentamento e autocuidado, visando reduzir adoecimentos como causa ocupacional.

Nesse sentido, Magalhães e Melo (2015) sinalizam que a confrontação regular que os profissionais de saúde vivenciam com os processos de morte e luto caracteriza-se como um sistema difícil de conduzir, sendo justificado pela falta de preparo desses profissionais para lidar com perdas e lutos, sendo estes formados para curar doenças e não lidar com pessoas doentes.

Diante da dificuldade em estabelecer uma comunicação com paciente em CP e as repercussões emocionais provocadas nos profissionais, estes podem apresentar defesas e posturas diante do paciente, que podem ser funcionais ou disfuncionais (MAGALHÃES; MELO, 2015). Um exemplo de recurso disfuncional e que interfere na comunicação entre paciente-profissional-família é a conspiração do silêncio.

A conspiração do silêncio é uma barreira em torno da verdade, ou seja, é uma ação que elimina toda a possibilidade de analisar a origem e o desenvolvimento de uma doença ameaçadora a vida. Com base na origem, a conspiração pode ser adaptativa, quando o paciente não quer saber o diagnóstico, por necessitar de um tempo para elaborar o seu processo de saúde-doença, e desadaptativa, quando a família e o profissional de saúde não

informam o paciente, apesar dele desejar saber as informações (ESPINOZA-SUAREZ; ZAPATA DEL MAR; MEJIA PEREZ, 2017).

Em revisão integrativa sobre o fenômeno da conspiração de silêncio em pacientes em CP os resultados revelaram alta incidência da conspiração do silêncio e como uma comunicação ineficaz corrobora para a falta de informação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares sobre o diagnóstico e prognóstico (MACHADO et al., 2019).

Font-Ritort e colaboradores (2016) destacaram em sua pesquisa sobre a qualidade da informação acerca do diagnóstico de pacientes oncológicos com doença ameaçadora à vida, a partir da análise de registros da equipe de CP de um Hospital Espanhol, que 77,87% apresentavam informações sobre o diagnóstico para o paciente, contudo, chama atenção às palavras que foram utilizadas, sendo uma porcentagem de: câncer (26%), tumor (51,59%) e inflamação (10,65%). Desta forma, os pesquisadores identificaram que, ao se ter informações sobre o diagnóstico, a conspiração do silêncio se dá em uma escala menor e que há presença de eufemismos no ato da comunicação.

Outra dificuldade identificada diz respeito à comunicação entre os membros da equipe da UTI. Nesse sentido, pesquisas mostram que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Os desafios apresentados pelos participantes também desvelam questões diretamente ligadas à hierarquização de saberes no hospital e o paradigma comunicacional assimétrico:

Existe essa comunicação multiprofissional, mas eu acho que ela deixa a desejar no momento da visita do diarista, não é? Porque nós técnicos acabamos não participando dessa visita, e aí eu acho que deveríamos participar, porque quem está diretamente na assistência com o paciente é o técnico de enfermagem. Então, algumas decisões tomadas referentes aos nossos pacientes naquele momento, a gente só fica sabendo posteriormente pela enfermeira [...] então, a única parte que eu acho que quebra essa comunicação multiprofissional é exatamente essa parte da visita, onde são tomadas as decisões dos cuidados e que a gente não está presente no momento. **(TE 03, 37 anos)**

Então, antes o Serviço Social brigava muito com a equipe e isso mudou, mas não é mérito meu, é mérito do meu grupo. A gente teve que trabalhar essa conquista. Então, eu trabalhei a conquista com a equipe médica, de me apresentar, me disponibilizar, dizer literalmente que eu queria estar na sua reunião para você entender o que eu faço. Então foi uma conquista. **(AS 02, 40 anos)**

Pois se existe uma equipe multidisciplinar, não é? E porque as informações iniciais sobre o paciente só são passadas para os médicos, as enfermeiras e a fisioterapeuta, não sendo permitido ao profissional técnico de enfermagem, se prestamos assistência ao paciente? **(TE 06, 36 anos)**

Nos relatos da **TE 03**, **AS 02** e **TE 06** fica claro que, mesmo com a utilização de recursos que favoreçam uma comunicação adequada entre os membros da equipe, existe uma marginalização de determinadas profissões e uma consequente hierarquização. Para favorecer uma compreensão acerca da hierarquização citada, é preciso compreender o processo de construção histórica da instituição hospitalar e as relações profissionais estabelecidas.

Desta forma, revisitando o nascimento do hospital e as suas transformações históricas, Foucault (1989, pg. 63) aponta que “a partir do século XVIII, o hospital passa a ser concebido como um instrumento de cura. Portanto, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”. Com isso, para o autor referido, não há produção de discursos que não seja regulada por relações de poder e o fato da medicalização do hospital perpassar pela centralidade no papel do médico, esse fato histórico corrobora para que as relações profissionais no contexto hospitalar ainda se apresentem assimétricas e hierárquicas.

Apesar das dificuldades relatadas pelos profissionais, alguns participantes percebem facilidades na comunicação que estabelecem com pacientes, familiares e a própria equipe multiprofissional, que será discutida na subcategoria a seguir.

5.4.2 Facilidades na comunicação

Diferentemente da subcategoria discutida anteriormente, os participantes apresentaram um repertório escasso no que tange as facilidades na comunicação, como trazido por **ENF 07**:

E as facilidades (sorrir, reflète e responde) [...] Difícil encontrar facilidade (sorriso e silêncio). (**ENF 07, 37 anos**)

Através de uma análise à luz do construcionismo social e suas contribuições sobre o reconhecimento da imersão cultural dos conhecimentos científicos, na afirmação de **ENF 07** é possível perceber como o CP por tratar de temas que ainda representam um tabu na sociedade, isso vai reverberar nas relações profissionais diante do paciente nessa condição.

Nesse aspecto, cabe salientar que sendo o CP uma proposta diferenciada de cuidado a pacientes com doenças ameaçadoras a vida, as dificuldades para sua compreensão e implementação podem aparecer de forma mais clara para os envolvidos, em comparação com as facilidades para a comunicação. Contudo, a unidade hospitalar em que foram realizadas as entrevistas apresenta uma equipe especializada em CP:

Nós temos uma UTI mais nova, que é a UTI Imuno daqui e já tem um médico que faz parte da equipe de CP. Então, ele já tem esse olhar mais preparado para equipe do paliativismo. Então, não temos nenhuma dificuldade referente a isso. (**AS 01, 29 anos**)

Aqui a gente tem a equipe da palição, aqui a gente só executa o que vem já orientado para que seja feito depois que a equipe de palição já fez abordagem com a família junto com o médico assistente. (**MED 05, 45 anos**)

Na verdade, a gente tenta respeitar o que o paliativista orienta. Se o paliativista orienta que faça analgesia, é [...] A gente aqui da UTI, na verdade, a gente é um instrumento do paliativista. Eu fico muito confortável quando tem um paliativista, que diga: olhe, realmente está em CP, não deve ser investido. Eu acho que a gente fica muito mais confortável, por que aí já foi abordado com a família, já foi conversado, já não tem mais estresse de não haver entendimento entre a gente e a família (**MED 08, 43 anos**)

Os depoimentos de **AS 01**, **MED 05** e **MED 08** desvelam como ter uma equipe especializada em CP favorece a atuação diante dos pacientes e familiares na realidade da UTI. Com isso, corrobora com a afirmação que o processo de cuidado a pacientes em CP na UTI requer habilidades específicas, visando tanto à satisfação das necessidades do paciente quanto a segurança dos profissionais diante da tomada de decisões (BIONDO, TROVO, da SILVA, 2019).

Fazendo um paralelo com o que foi discutido anteriormente, uma das dificuldades relatadas foi com relação à definição do CP e como isso impacta tanto na equipe como no assistido. Desta forma, no momento em que **MED 08** sinaliza sobre o conforto que possui quando se tem um paliativista na equipe, reitera a importância de se ter profissionais capacitados e qualificados junto ao paciente em CP e familiares.

Outra facilidade identificada diz respeito à comunicação entre os membros da equipe:

Dentro da UTI que é o ambiente que você está conversando comigo, posso lhe assegurar que sim, todos se comunicam, sabem do tipo da assistência, qual a problemática, se está em palição ou não. Eles se comunicam e sabem disso, não é por isso que deixa de ter algum tipo de assistência nesse sentido não. A assistência é oferecida de forma completa. (**MED 06, 49 anos**)

Em relação à fisioterapia e nutrição, sempre informo minhas observações, tais como: se alguma posição incomoda o paciente e interfere no padrão respiratório e se tratando da nutrição informo aceitação da dieta. Existe uma facilidade comunicação da equipe multiprofissional. (**TE 07, 38 anos**)

Todos os dias pela manhã tem uma visita multidisciplinar e a gente define que tipo de cuidados o paciente precisa ter. (**MED 10, 51 anos**)

O cuidar paliativamente implica trabalhar de forma interdisciplinar, tendo como principal objetivo favorecer acolhimento, segurança e cuidados ao paciente e sua família (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2019). A partir da observação participante, um aspecto percebido foi como a equipe da UTI mantém uma comunicação dialógica com os seus membros, e também, com profissionais de outros setores do hospital, mas que se direcionavam até a unidade citada. A comunicação também ocorria através de outros meios, como o telefônico. Em dias de observação diferentes, houve presença da comunicação da

equipe de enfermagem com o serviço de nutrição do hospital, visando tirar dúvidas e discutir determinadas condutas terapêuticas.

Com base nas narrativas selecionadas, percebe-se que as facilidades hoje identificadas, outrora representavam uma significação distinta para os depoentes. Portanto, houve uma mudança de perspectiva para que hoje essas características na comunicação sejam percebidas como uma forma mais acessível e presente na equipe. Nesse sentido, foram relatadas:

Às vezes, a gente fica meio em dúvida assim, quando não está muito definido. Se está em palição ou não, é uma questão médica. A gente às vezes olha e imagina que aquele paciente já está em palição e que a gente não vai conseguir fazer muito por ele, mas, dificuldade não! Quando está bem definido fica mais fácil de definir as condutas. **(FISIO 06, 35 anos)**

Então hoje em dia a gente já encontra muito mais pessoas conscientes desse perfil de pacientes que vão estar mostrando a gente uma nova perspectiva [...] hoje a gente já tem uma equipe multidisciplinar já consegue ter uma visão muito mais aberta sobre esses conceitos de terminalidade. **(FISIO 08, 33 anos)**

A gente tem profissionais aqui, como por exemplo, a oncologia é uma área que o profissional é um médico que já trabalhou CP nele. A gente tem, por exemplo, famílias hoje que já discutem sobre a doação de órgãos. Hoje dizemos para que se converse com a família e então a gente já está vendo que a conversa com a família vai estar permeando o morrer. **(AS 02, 40 anos)**

Levando em consideração os depoimentos de **FISIO 06, FISIO 08, AS 02**, fica claro como o entendimento acerca do CP passou por transformações, favorecendo uma melhor compreensão. Essa perspectiva corrobora com o olhar construcionista, pois este último não descreve o que as coisas são, mas o processo pelo qual são ativa e continuamente construídas entre as pessoas (RASERA; JAPUR, 2005).

A mudança de compreensão sobre o fenômeno do CP e o processo de morte e morrer pode ser entendida numa perspectiva construcionista, através do conceito da desfamiliarização, que significa a criação de espaços para novas construções, contudo as anteriores permanecem impregnadas nos artefatos da cultura, o que constitui o acervo de repertórios interpretativos que dão sentido ao mundo (SPINK; FREZZA, 2013).

Por fim, em observação participante identificou-se como facilidade na comunicação a estrutura física da UTI e também a acessibilidade dos membros da equipe para discutir sobre os pacientes e as condutas terapêuticas. No que diz respeito à tomada de decisão, foi percebido, também, a comunicação com profissionais de outras unidades, como por exemplo oncologistas, cardiologistas e paliativistas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que os profissionais da UTI na assistência a pessoas em CP, identificam a comunicação como um recurso imprescindível para a prestação de cuidados, o estabelecimento de metas terapêuticas e um cuidado pautado na dignidade e promoção de QV.

A comunicação com o paciente foi vista como essencial e alguns participantes sinalizaram tratar os pacientes em CP como os demais, no entanto, emergiram depoimentos que valorizaram a necessidade de uma escuta sensível e um acolhimento diante das demandas relacionadas ao entendimento dos pacientes e familiares acerca do CP, seu prognóstico e também questões relacionadas a tratamento da dor numa perspectiva ampliada, conforme preconizado por *Cicely Saunders*.

A família foi relatada como um ente a ser cuidado e que precisava do suporte da equipe da UTI. Foi desvelada a necessidade da comunicação com a família para além de características prescritivas e informativas, ou seja, reconhecer que esta rede de apoio também apresentava repercussões psicológicas, emocionais e físicas diante do adoecimento do paciente. Portanto, está de acordo com os pressupostos filosóficos e éticos do movimento CP.

No tocante à assistência voltada ao familiar, vale a pena citar as características da UTI, como unidade hospitalar fechada e de alta complexidade tecnológica. Portanto, exige que o profissional que atua nesta realidade reinvente suas práticas e reconheça que a presença do familiar e o cuidado prestado a eles é necessária. Caso contrário, pode existir repercussões emocionais e adoecimentos em toda rede de apoio familiar.

A comunicação entre os membros da equipe foi percebida como um ponto a ser melhorado, para tanto, foi sinalizado que técnicos de enfermagem não participavam das discussões e tomada de decisão, quando de responsabilidade da equipe. Este exemplo demonstra como a hierarquização dos saberes e relações de poder ainda perduram nas equipes de saúde, inclusive no âmbito da UTI.

Outro aspecto diz respeito aos recursos institucionais que os profissionais utilizam como o prontuário, discussões multiprofissionais, visita à beira leito e a constante comunicação ao longo do plantão. A observação participante passiva possibilitou a percepção destes recursos como um diferencial na assistência, favorecendo maior coesão entre a equipe e redução dos ruídos na comunicação.

As dificuldades para alcançar uma boa comunicação foi um ponto nefrálgico para os participantes, sendo relatadas dificuldades de diferentes ordens, desde a formação superior

deficitária, até as limitações de cada profissional para lidar com o paciente em CP e os aspectos relacionados à finitude e o processo de morte e morrer.

Ao remeter sobre as dificuldades na comunicação, a formação superior do profissional de saúde implica a responsabilidade das instituições de ensino superior em inserir a discussão sobre os CP de forma gradativa e perene nas matrizes curriculares e outros espaços acadêmicos, como a promoção de eventos na área e incentivo de estágios e pesquisas. Desta forma, fomentará no estudante a aproximação com a temática.

Outras dificuldades que emergiram foram em definir o protocolo de CP, o entendimento da equipe sobre o que são os CP, ruídos na comunicação entre membros da equipe e por fim, o estado de saúde do paciente, que devido comprometimento importante de consciência, inviabilizava um canal de comunicação com os profissionais.

Já as facilidades identificadas apontam para a importância de se ter profissionais especializados e qualificados para atuar com pacientes em CP e seus familiares, pois esse aporte teórico e técnico favoreceu que os demais profissionais se sentissem mais seguros e confortáveis diante das demandas emergentes no contexto da UTI. Conforme relatos, a condução de profissionais da equipe de CP favorecia condução mais adequada dos casos, além da redução de ruídos na comunicação, tanto entre membros da equipe, como com os próprios pacientes e família.

O estudo apresenta como limitações o fato de ter como participantes apenas os profissionais da UTI, sendo necessário estudos futuros que investiguem a compreensão dos pacientes e também da família sobre a comunicação com a equipe. Desta forma, recomenda-se estudos que contemplem a percepção do paciente e familiar sobre a comunicação.

Recomenda-se estudos sobre a comunicação de profissionais de saúde com pacientes em CP em outros contextos de cuidado, como por exemplo, em serviços ambulatoriais e unidades pertencentes à Atenção Primária em Saúde, visto a crescente demanda desse tipo de assistência no cenário nacional e internacional.

Diante dos resultados encontrados, o estudo desvelou que a comunicação é um elo primordial no cuidado direcionado aos pacientes em palição e família na UTI, contemplando, assim, o objetivo do estudo. Apesar do reconhecimento da comunicação como um importante pilar no CP, as dificuldades figuraram como um entrave para a realização da boa comunicação, sendo necessário pensar em estratégias para superá-los.

O estudo traz contribuições para revisão da comunicação dos profissionais da UTI com pacientes em CP e familiares, através da análise das práticas discursivas. Portanto, favorece discutir sobre barreiras na comunicação e formas para sua superação. Desta forma, a

Psicologia tem um papel estratégico para a consolidação desta comunicação mais eficiente e eficaz, devendo integrar a equipe de CP na UTI nos hospitais.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Everton Fernando. O cuidador de Enfermagem e o cuidar em uma Unidade de Terapia Intensiva. **UNOPAR Ciênc. Biol. Saúde**, 15(2): 115-22. 2013.
- AMARAL, Juliana Bezerra do et al. As dimensões da dor na pessoa em cuidados paliativos. In: **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2º ed. Editora Martinari. 2019
- ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, Sept. 2013.
- ANDRADE, Letícia. O papel do assistente social na equipe. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.
- ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-632, June 2012.
- ASLAKSON, Rebecca A.; CURTIS, J. Randall.; NELSON, Judith E. The Changing role of palliative care in the ICU. **Concise Definitive Review**. 2014.
- AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. A Família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 772-799, set. 2016
- BARBOSA, Roberta Maria de Melo et al. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, vol. 20, nº 1. 2017.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELLENZANI, Renata; NEMES, Maria Ines Baptistella; PAIVA, Vera. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 803-834, Dez. 2013.
- BIONDO, Chaiane Amorim; TROVO, Mônica Martins; SILVA, Maria Júlia Paes da. Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva: Diretrizes para Atenção aos pacientes e familiares sob a ótica da Bioética. In: **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2º ed. Editora Martinari. 2019
- BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. **Prontuário Médico do Paciente: guia para uso prático**. Distrito Federal- Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

BRITO, Fabiana Medeiros. et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.1], v. 9, n. 1, p. 215-221, jan. 2017.

CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

CARPES, Adriana Dornelles et al. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. *Disciplinarum Scientia*. **Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

CARSON, Shannon S. et al. Effect of Palliative Care-Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**. Jul. 5; 316(1):51-62. 2016.

CASTAÑON, Gustavo Arja. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 67-81, jun. 2004.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e Religiosidade nos Cuidados Paliativos: Produzindo uma boa morte. **Rev enferm UFPE online**. 2015.

CINTRA, Aline Camara. Papel do Assistente Social na Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos. In: **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2º ed. Editora Martinari. 2019

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFP nº 1638/2002**. Brasília-DF. 2002
_____. **Resolução CFP nº 013/2007**. Brasília-DF. 2007

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 001/2009**. Brasília-DF. 2009

CONSOLIM, Leonardo de Oliveira. A equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

COSTA, Laura Emmanuela Lima et al. A família no contexto dos Cuidados Paliativos. In: **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2º ed. Editora Martinari. 2019

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. **Diagn Tratamento**. 21 (3): 106-8. 2016.

DENNISTON, Charlotte; MOLLOY, Elizabeth; REES, Charlotte E. 'I will never ever go back': patients' written narratives of health care communication. **Medical Education**. 2018.

DUNN, Sandra et al. Roles, processes, and outcomes of interprofessional shared decision-making in a neonatal intensive care unit: a qualitative study. **Journal of Interprofessional Care**. 2018.

- ESPINDOLA, Amanda Valério et al. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 371-377, Dez. 2018.
- EVANGELISTA, Carla Braz et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 176-182. 2016
- ESPINOZA-SUAREZ, Nataly R.; ZAPATA DEL MAR, Carla Milagros; MEJIA PEREZ, Lina Andrea. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. **Rev Neuropsiquiatr**, Lima, v. 80, n. 2, p. 125-136, abr. 2017
- FERREIRA, Julia Messina Gonzaga; NASCIMENTO, Juliana Luporini; SA, Flávio César de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 87-96, set. 2018.
- FERRIAN, Andréa Malta.; SANTOS, André Filipe Junqueira dos. Conceitos e princípios. In.: Manual de Oncologia Clínica do Brasil: Cuidados Paliativos. **Dendrix**, 2017.
- FONT-RITORT, Sergi et al. Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal. **Enferm Clin**. 2016.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FURTADO, Maria Edilania Matos Ferreira; LEITE, Darla Moreira Carneiro. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 969-980, Dec. 2017
- GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estud. av.** São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.
- GUANAES, Carla. A construção da mudança em Terapia de Grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: **Vetor**, 2006.
- GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros et al. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 51, e03221, 2017.
- KENTISH-BARNES, Nancy; CHEVRET, Sylvie.; AZOULAY, Elie. Impact of the condolence letter on the experience of bereaved families after a death in intensive care: study protocol for a randomized controlled trial. **Journal List**. v. 17, 2016.
- KLUBER-ROSS, Elizabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. **Editora WMF Martins Fontes**. 9º ed. 2008
- LUIZ, Marina Mendes. et al. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. **Rev. Onl. De. Pes. Cuidado é fundamental**, v. 10, n. 2, p. 585-592 abr./jun. 2018.

MACHADO, Juliana Costa. et al. El fenómeno de lá conspiración del silêncio en pacientes en cuidados paliativos: una revisión integrativa. **Enfermería Actual en Costa Rica**. Edición Semestral nº 36. Enero. 2019.

MAGALHÃES, Marília Vieira; MELO, Sara Cristina de Assunção. Morte e Luto: O sofrimento do profissional de saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 1, n. 1. Abril, 2015

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

MAZUTTI, Sandra Regina Gonzaga; NASCIMENTO, Andréia de Fátima; FUMIS, Renata Rego Lins. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, 28, n. 3, p. 294-300, Sept. 2016.

MELLO, Ricardo Pimentel. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, Dec. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

MÓNICO, L. et. al. A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Investigação qualitativa em Ciências Sociais**. 2017.

MONTEIRO, Andressa Maria Alves Bezerra. A família na atenção aos idosos em cuidados paliativos: desafios na contemporaneidade. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 16, n. 1, p. 81-98, jan. 2018. ISSN 1676-6806.

MUÑOZ COBOS, Francisca et al. Atención a la família. **Aten. Primaria**, v. 9, nov. 2002

NICHOLAS G. Wysham. et al. Improving ICU-Based Palliative Care Delivery: A Multicenter, Multidisciplinary Survey of Critical Care Clinician Attitudes and Beliefs. **Online Clinical Investigations**. 2017.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015.

PASSOS, Silva Silva Santos. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 368-374, jul. 2015. ISSN 0104-3552.

PEDUZZI, Marina; CIAMPONE, Maria Helena Trench; LEONELLO, Valeria Marli. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

RANGEL-S, Maria Lúgia; BARBOSA, Ana de Oliveira; ALMEIDA, A. O. **Interações comunicativas no cuidado à saúde em um hospital público de Salvador-BA**. p. 319-340. In: Comunicação e Saúde: Perspectivas contemporâneas. EDUFBA. 2017.

RASERA, Emerson Fernando; JAPUR, Marisa. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 15, n. 30, p. 21-29, Apr. 2005.

REY, Fernando Luís Gonzalez. O social como produção subjetiva: superando a dicotomia indivíduo-sociedade numa perspectiva cultural-histórica. **ECOS**. v. 2, n. 2. 2012.

RIBEIRO, Juciara Almeida; SANTOS, Maria da Soledade Simeão dos. Diagnóstico de necessidades de família de clientes adultos na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. **Cogitare Enferm.** Jul/Set; v. 13, n. 3, p. 437-42. 2008.

RIBEIRO E SOUZA, Hanna Louyse; ANDRADE E LACERDA, Lusineide Carmo; LIRA, Gerlene Grudka. Meaning of palliative care by the multiprofessional team of the intensive care unit. **Journal of Nursing UFPE on line - ISSN 1981-8963**, [S.I.] v. 11, n. 10, p. 3885-3892, oct. 2017.

ROCHA, Michelle Daiane da Silva Rocha; SILVA, Rudval Souza da Silva; AMARAL, Juliana Bezerra do. A interdisciplinaridade: um caminho para o cuidado integral à pessoa em cuidados paliativos. **In: Enfermagem cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2º ed. Editora Martinari. 2019.

SANCHES-JUSTO, Joana et al. O construcionismo social na pesquisa em psicologia. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.I.], v. 9, n. 1, p. 24 - 36, set. 2010.

SANTOS, Amanda Batista de Siqueira; TANAKA, Luiza Hiromi; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio. Significados da comunicação não verbal para as entrevistadoras na seleção de profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 877-885, 2015.

SCHAFER VASQUES, Tania Cristina. et al. Inter-relações no processo de morrer no hospital: olhar do familiar cuidador. **Avances en Enfermería**, v. 35, ed. 3, 2017.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio. A religiosidade/espiritualidade no campo da saúde. **Revista Ciências em Saúde**, v.8, n. 2, 2018.

SILVA, Ceci Figueiredo da. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, Set. 2013.

SILVA, Rosana Maria de Oliveira. **Comunicação com pacientes impossibilitados de falar: concepções de enfermeiras intensivistas**. Salvador, 2002.

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

SILVA, Rudval Souza da. et al. Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 579-589, Dez. 2016.

SILVEIRA, Natyele Rippel. et al. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1074-1081, Dez. 2016.

SOUZA, Hieda Ludugério. et al. Cuidados paliativos na atenção primária a saúde: considerações éticas. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 23, n. 2, p. 349-59. 2015.

SOUZA, Paola Nóbrega. et al. Cuidados paliativos no paciente com HIV/AIDS internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 301-309, Set. 2016.

SPINK, Mary Jane P.; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentido. In: Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. **Centro Edelstein de pesquisas sociais**, 2013.

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. **Centro Edelstein de pesquisas sociais**, 2013.

TAQUETTE, Stella R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**. 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>. Acesso em 05 fev 2019.

WILSON, Dale G. et al. Patterns of care in hospitalized vascular surgery patients at end of life. **JAMA Surg**. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care report**. Geneva: WHO, 2002.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE AND WORLD HEALTH ORGANIZATION, **GLOBAL ATLAS OF PALLIATIVE CARE AT THE END OF LIFE**, 2014, pp. 14-15. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Acesso em 08 de Out de 2018.

APÊNDICE A – Ofício de solicitação de liberação de campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E LIBERAÇÃO DE CAMPO

Ofício S/N

À Gerencia de Enfermagem do Hospital São Rafael,

Eu, Mateus Vieira Soares, pesquisador responsável da pesquisa “Comunicação entre profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em cuidados paliativos” que está vinculado ao projeto matriz “Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria do final de vida pacífico” solicito autorização para realizar a coleta de dados desse projeto de pesquisa. Esclarecemos que esses dados servirão como veículo de aproximação com os participantes da pesquisa e nos comprometemos a apresentar a V.S. o parecer de aprovação do CEP para dar início à coleta. Certa do entendimento por parte de V.S., agradeço desde já a presteza no seu atendimento.

Cordialmente,

Pesquisador – Mateus Vieira Soares

Orientadora – Prof.^a. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes

APÊNDICE B – TCLE: 1ª Via participante/2ª Via investigadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação de Enfermagem

CEPEE – UFBA Tel: (71) 3283-7615 / e-mail: cepee.ufba@ufba.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa da pesquisa “Comunicação entre profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em cuidados paliativos” que está vinculado ao projeto matriz “Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria do final de vida pacífico” intitulada: “ - desenvolvida por mestrandos do curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, Mateus Vieira Soares e coparticipantes Gildásio Souza Pereira, Isabella Batista Pires, Fabiana Araújo Moreira,—Rebeca Santos Albuquerque e Veronica Matos Batista, sob orientação da Profa. Dr^a. Tânia Maria O. Menezes - os seguintes aspectos:

• INTRODUÇÃO:

Este documento fornece uma descrição do estudo do qual você está sendo convidado a participar. Também resume as informações atualmente disponíveis em relação às condutas a serem avaliadas. Será assinado em duas vias ficando uma via com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

• **OBJETIVO DO ESTUDO:** Compreender a comunicação de profissionais de saúde com pacientes e familiares no contexto da UTI.

• **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Caso concorde em participar do estudo, você responderá um questionário sóciodemográfico e será entrevistado com roteiro semi-estruturado. Seu depoimento será gravado em gravador digital e depois transcrito na íntegra, com sua identidade preservada. As investigadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como as entrevistadas não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo.

- **PROVÁVEIS RISCOS:** O estudo não oferece riscos caso concorde em participar. Os pesquisadores irão respeitar sua vontade de deixar de fazer parte da pesquisa em qualquer momento da mesma.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida com o pesquisador Mateus Vieira Soares pelo telefone (71) 991853631 e/ou o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Rafael – Av. São Rafael, 2152 - São Marcos, Salvador - BA, 41253-190.

- **PROVÁVEIS BENEFÍCIOS:** Os resultados do estudo serão apresentados ao Hospital São Rafael e futuramente publicado em revistas da área de saúde/enfermagem, podendo assim, contribuir para a melhoria da comunicação dos profissionais de saúde da UTI com as pessoas sob cuidados paliativos. Seus resultados poderão se reverter em maior utilização de ferramentas leves de cuidado.

- **CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados obtidos durante o estudo, relacionados a você, serão tratados como confidenciais. Nenhuma informação envolvendo seu nome será fornecida a qualquer pessoa. Você não será identificado pessoalmente em nenhum momento da pesquisa. Os dados serão computadorizados e, anonimamente, utilizados em um relatório final da pesquisa, como preconiza a resolução 466/12.

- **PROTEÇÃO DO ENTREVISTADO:** Comitê de Ética. Este protocolo foi submetido à avaliação do Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital São Rafael cuja finalidade é verificar se as condições exigidas para sua proteção e o respeito aos seus direitos vêm sendo cumpridos. Os Comitês aprovaram o projeto antes de iniciar esta coleta.

- **SEUS DIREITOS:** Você tem toda a liberdade para decidir se quer ou não participar desta pesquisa. Poderá recusar e, se aceitar, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem ter que fornecer qualquer razão que justifique sua decisão. Se você tiver qualquer pergunta sobre este estudo, por favor, exponha-as.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Título: “Comunicação entre profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em cuidados paliativos”

Pesquisador: Mateus Vieira Soares

Tel: (71) 991853631 E-mail: soaresmateusv@gmail.com

Endereço: Rua Clériston Andrade, nº 9, bairro São Caetano, Salvador-BA

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria O. Menezes Tel: (71) 98880 9213

E-mail: tomenezes50@gmail.com

Considerando que fui devidamente esclarecido (a), sobre o tema e objetivo da pesquisa, pela pesquisadora, e por se tratar da coleta de dados mediante entrevista semi-estruturada gravada para fins acadêmicos e elaboração da dissertação de mestrado do pesquisador, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, eu _____ confirmo minha aceitação em participar da pesquisa, prestando as informações solicitadas. Declaro estar ciente de que estas serão utilizadas, somente, para fins científicos, sendo que não terei meu nome divulgado na pesquisa, nem quaisquer outros dados que possam me identificar, como também tenho plena liberdade em retirar meu consentimento para participar da referida pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo financeiro, hierárquico ou de qualquer natureza.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino-o juntamente com o pesquisador.

Salvador, ____ de _____ 2018

Assinatura do participante

Ass. do Pesquisador

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Salvador, ____ de _____ 2019

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista individual



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

CEPEE – UFBA Tel: (71) 3283-7615 / e-mail: cepee.ufba@ufba.br

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Data da Coleta: ___/___/___ Horário: _____ Nº: _____

Iniciais: _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Categoria Profissional: _____

Especialização: () SIM () NÃO .

Caso afirmativo, em qual área?

Abordou cuidados paliativos na sua graduação? SIM () NÃO ()

Você já cuidou de algum paciente em fase terminal? SIM () NÃO ()

Ano de formação da graduação: _____

Tempo de atuação em UTI: _____

Religião: _____

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO

- Qual o seu conhecimento sobre cuidados paliativos?

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como você se comunica com o paciente e família em cuidados paliativos?
2. Como você se comunica com os membros da equipe?
3. Quais as dificuldades/facilidades nessa comunicação?

APÊNDICE D – Roteiro da observação participante passiva



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

CEPEE – UFBA Tel: (71) 3283-7615 / e-mail: cepee.ufba@ufba.br

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE PASSIVA

- **Turno de observação:** Matutino e/ou Vespertino, na Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital.
- **Horário:** 8h:00-12h:00 e/ou 13h:00- 18h:00
- **Período:** 2 meses
- **Dias da semana:** A combinar com a gestora da unidade
- **Momentos a serem observados:** Comunicação entre equipe e pacientes/familiares, o momento da visita familiar, salas de espera (caso ocorra na dinâmica da unidade observada) e o boletim médico.
- **Objetivo:** Observar, de forma passiva, a dinâmica das relações comunicacionais entre a equipe multiprofissional com pacientes e familiares em diferentes momentos da assistência.
- **Fase:** Observação reflexiva.
- **Registro:** No momento da observação, será realizado um registro com palavras chave de acontecimentos importantes, relacionados ao objeto do estudo, com posterior registro aprofundado das palavras ou frases anotadas. Será utilizado um diário de campo.
- **Aspectos a serem observados:** A interação profissional de saúde/emissor e usuário-visitante/receptor; as características no fluxo das informações (de forma dialética ou unidirecional); natureza das mensagens e os tipos de linguagem, por exemplo, a técnica, coloquial, imperativa/prescritiva, dialógica); expressões faciais da equipe,

familiares e pacientes; Facilidades/dificuldades na comunicação; Reações dos familiares frente à comunicação da equipe sobre o estado do paciente; Solicitação de familiares para esclarecimento de dúvidas.

**ANEXO - Parecer consubstanciado do comitê de ética em
pesquisa**

**HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO

Pesquisador: Isabella Batista Pires

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93808218.9.0000.0048

Instituição Proponente: Hospital São Rafael/Monte Tabor-BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.890.509

Apresentação do Projeto:

A expectativa de vida dos pacientes com doenças crônicas que ameaçam a vida aumentou de forma exponencial nas últimas décadas, devido ao provento das tecnologias médicas avançadas e o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O aumento da sobrevida dos pacientes sem possibilidades de cura levou ao aparecimento de conflitos importantes entre obstinação terapêutica e Cuidados Paliativos. Diante dessa realidade, a equipe multiprofissional da UTI vivencia uma mudança de paradigma do cuidado, onde o foco se torna aliviar o sofrimento e proporcionar uma morte digna, em vez da cura da doença. Os CP foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, redefinidos em 2002 e modificados em 2017, como sendo uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais.

Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.805/2006, resolveu que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, respaldando, por conseguinte, a decisão médica na escolha pela filosofia dos CP.

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.255-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.529

A Teoria do Fim de Vida Pacífico (TFVP), das autoras Ruland e Moore (1998), descreve que, para promover a dignidade dos pacientes que se encontram na fase terminal da doença, é preciso garantir o alívio da dor, manutenção do conforto e respeito, priorizar o estado de paz e assegurar a presença dos familiares e amigos próximos. Apesar do aumento do número de estudos sobre o tema, e da quantidade de pacientes com necessidade de CP, observa-se que o profissional de saúde ainda encontra dificuldades na abordagem integral desses pacientes, levando a consequências negativas para a qualidade dos cuidados. A falta de preparo teórico e técnico dos profissionais é associada à carência de qualificação durante a formação acadêmica, justificado por poucas disciplinas relacionadas com CP e processo de morrer. Entre as principais dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional da UTI durante a atuação em CP estão: prioridade apenas no controle dos sintomas físicos; distanciamento do profissional com o paciente e família, como forma de proteção inconsciente do sofrimento; despreparo para compreender a suspensão dos tratamentos fúteis; dificuldade

na abordagem inicial à família; falta de comunicação entre a equipe multiprofissional; ausência de registro nos prontuários sobre o consenso dos cuidados adotados, entre outras. Levando em consideração a importância da equipe multiprofissional nesses cuidados, definiu-se a seguinte questão norteadora: Qual a atuação dos profissionais das diferentes categorias em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva? O Objetivo geral é apreender a atuação dos profissionais das diferentes categorias em cuidados paliativos na Unidade de

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo geral é apreender a atuação dos profissionais das diferentes categorias em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Os objetivos específicos são: 1. Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos; 2. Conhecer como os profissionais de saúde cuidam de pacientes em cuidados paliativos na UTI; 3. Descrever como os profissionais de saúde se comunicam com os pacientes em cuidados paliativos na UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Será conservado o princípio da beneficência, no que diz respeito às contribuições do estudo para prática profissional e subsídio para uma assistência de saúde baseada em evidências. Os benefícios aos participantes são exclusivamente indiretos, poderá estimular a reflexão do processo de trabalho de cada participante e, após conclusão dos resultados da pesquisa poderá fornecer subsídios para protocolos de implementação mais efetiva dos CP nas unidades da pesquisa.

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos CEP: 41.258-900
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 Fax: (71)3281-6855 E-mail: csp@hr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

Quanto aos princípios da não-maleficência e justiça será atentado para os riscos durante a participação da pesquisa. Os participantes poderão apresentar desgaste físico e constrangimento que poderá surgir durante as entrevistas, por se tratar de uma temática que remete a reflexões pessoais e da prática profissional. Será garantida interrupção da entrevista quando tais riscos forem notados, deixando claro o anonimato e a não pretensão de avaliação da prática profissional. Quanto ao desgaste físico, o agendamento das entrevistas ocorrerá respeitando a jornada de trabalho de cada profissional, bem como o recolhimento dos questionários. Caso o tempo das entrevistas seja percebido como exaustivo, será reagendada um segundo encontro para finalizar as perguntas do questionário semi-estruturado de acordo com o consentimento do participante. O Comitê de Ética e Pesquisa será informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo e dos efeitos adversos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, a qual segundo Minayo tem o objetivo de compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças, seus familiares. Será solicitada ao setor de Recursos Humanos da instituição, a relação dos nomes de todos os profissionais de nível superior vinculados a essa UTI, após aprovação do Comitê de Ética. O primeiro contato será realizado com os profissionais em seu local de trabalho, onde a pesquisadora se apresentará informando os objetivos da pesquisa e fazendo o convite para participação do projeto. A coleta dos dados ocorrerá após a aprovação pelo Comitê de Ética. Os dados serão obtidos por meio de questionário de caracterização sociodemográfica, entrevista com roteiro semi-estruturado e questões relacionadas ao objeto de estudo.

As entrevistas serão agendadas previamente pelos pesquisadores, de acordo com a disponibilidade do profissional e será realizada na própria instituição de coleta, em sala reservada. As entrevistas serão gravadas em gravador digital e transcritas para posterior análise. Será utilizada uma sala

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
 Bairro: São Marcos CEP: 41.256-900
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3281-6484 Fax: (71)3281-6855 E-mail: cep@hr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

privativa das unidades para realização da entrevista de forma que não seja interrompida por ruídos externos. Os depoimentos serão analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que tem como objeto de estudo a linguagem, através da qual é possível a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo existente nos depoimentos escritos dos participantes. A pesquisa será realizada em duas UTIs Gerais de um hospital filantrópico de grande porte do município de Salvador, Bahia. É um hospital geral, que oferece serviços especializados de média e alta complexidade, em diversas especialidades, sendo referência em áreas como Oncologia, Neurologia, Nefrologia, Transplante de Medula Óssea, pesquisa com células-tronco, entre outras. O estudo será realizado em duas UTIs gerais de alta complexidade: UTI Geral 1, destinadas a pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte além de pacientes sépticos e crônicos; e UTI Geral 2, que é priorizado o internamento de pacientes imunossuprimidos, principalmente oncológicos e pós-operatório de transplante de medula óssea. Os sujeitos deste estudo serão todos os profissionais que participam da equipe dessas UTIs do hospital, quais sejam: médicos plantonistas e diarista, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas assistenciais e diarista, farmacêuticas, nutricionistas, psicóloga e assistentes sociais. A escolha das categorias profissionais se justifica por serem as mais próximas à abordagem dos cuidados paliativos, uma vez que estão em contato direto com os pacientes e

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Esta pesquisa respeitará todos os aspectos éticos, de acordo com as exigências dispostas na Resolução N° 466, sancionada em 12 de dezembro de 2012, pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, com base nos referenciais básicos da bioética, como autonomia, justiça, beneficência, não maleficência e equidade.

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
 Bairro: São Marcos CEP: 41.256-900
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3281-6484 Fax: (71)3281-6855 E-mail: cep@hr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.599

Além da resolução 510, de 07 de abril de 2016 e resolução 554, de 15 de setembro de 2017.

Serão preservados os princípios éticos da autonomia, sendo incluídos apenas os profissionais de saúde que aceitarem participar do estudo, após apresentação dos objetivos, relevância e riscos. Os participantes serão informados sobre o seu direito de participar ou não do estudo, bem como de desistir em qualquer fase, devendo os mesmos expressar esta intenção à pesquisadora a qualquer momento da pesquisa, ou através do telefone disponibilizado, sem que haja prejuízo na utilização do serviço.

Será submetida à aprovação pelo Comitê de Ética, antes da coleta de dados, conforme regulação. Para respeitar o direito dos participantes e garantir o sigilo das informações obtidas, suas identidades serão mantidas em anonimato, sendo os sujeitos identificados pelas três letras iniciais da categoria (Enf, Med, Fis, Far, Nut, Ass), seguida do número de ordem da entrega dos questionários (Enf1, Enf2, Med1, Med2, Fis1...)

Recomendações:

As recomendações sugeridas pelo Cep foram cumpridas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o Parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1139037.pdf	22/08/2018 16:05:17		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto de pesquisa modificado.doc	22/08/2018 16:03:23	Isabella Batista Pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE modificado.pdf	22/08/2018 13:38:06	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de	declaracaoFabiana.jpg	22/08/2018	Isabella Batista	Aceito

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos CEP: 41.258-600
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71) 3281-6484 Fax: (71) 3281-6855 E-mail: cep@hr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.528

Pesquisadores	declaracaoFabiana.jpg	13:37:11	Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoJuliana.pdf	22/08/2018 13:36:55	isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoMateus.pdf	22/08/2018 13:36:41	isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoVeronica.pdf	22/08/2018 13:32:06	isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevista.pdf	26/05/2018 18:49:02	isabella Batista Pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.pdf	26/05/2018 18:46:39	isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Curriculolattespesquisadoraisabella.pdf	26/05/2018 18:44:13	isabella Batista Pires	Aceito
Outros	CurriculolattespesquisadorGildasio.pdf	26/05/2018 18:43:56	isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Curriculodesorientadora.pdf	26/05/2018 18:43:30	isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Termodecompromissodecustos.pdf	26/05/2018 18:42:40	isabella Batista Pires	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/05/2018 18:33:51	isabella Batista Pires	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	26/05/2018 18:33:39	isabella Batista Pires	Aceito
Outros	CadastrodoprojetoHSR.pdf	26/05/2018 18:29:51	isabella Batista Pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/05/2018 18:27:25	isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoGildasioPereira.pdf	26/05/2018 18:26:58	isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoisabellaPires.pdf	26/05/2018 18:21:26	isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaorientadora.pdf	26/05/2018 18:08:49	isabella Batista Pires	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	26/05/2018 18:05:10	isabella Batista Pires	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. São Rafael 2152, 9º andar
 Bairro: São Marcos CEP: 41.258-900
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3281-6484 Fax: (71)3281-6855 E-mail: ccep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.529

SALVADOR, 12 de Setembro de 2018

Assinado por:
Regina Maria Pereira Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. São Rafael 2152, 8º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.258-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cepi@hsr.com.br