



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA

**COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CLIENTE ONCOLÓGICO PARA
OS CUIDADOS PALIATIVOS**

RIO DE JANEIRO – RJ
2019

JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA

**COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CLIENTE ONCOLÓGICO PARA
OS CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sônia Regina de Souza

Coorientadora: Prof.^a Dra. Laisa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara

Rio de Janeiro
2019

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

S586 Silva, Jeniffer Lopes Rodrigues da
Comunicação na transição do cliente oncológico para
os cuidados paliativos / Jeniffer Lopes Rodrigues
da Silva. -- Rio de Janeiro, 2019.
109f.

Orientadora: Sônia Regina de Souza.
Coorientadora: Laisa Figueiredo Ferreira Lós de
Alcântara.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2019.

1. Comunicação. 2. Cuidados Paliativos. 3.
Oncologia. 4. Enfermagem Oncológica. I. Souza, Sônia
Regina de, orient. II. Alcântara, Laisa Figueiredo
Ferreira Lós de, coorient. III. Título.

JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA

**COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CLIENTE ONCOLÓGICO PARA
OS CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof.^a Dra. Sônia Regina de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

1^a Examinadora: Prof.^a Dra. Elsa Melo
Universidade de Aveiro

2^a Examinadora: Prof.^a Dra. Fátima Helena do Espírito Santo
Universidade Federal Fluminense (UFF)

3^o Examinador: Prof. Dr. Carlos Magno Carvalho da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Suplente: Prof.^a Dra. Marléa Chagas Moreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Suplente: Prof.^a Dra. Ana Cristina Silva Pinto
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Rio de Janeiro
2019

Dedico este trabalho a Deus, meu grandioso pai, que sempre me sustentou; aos meus pais Vany Lopes de Oliveira da Silva e Roberto Rodrigues da Silva, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos da vida como nunca desistir e batalhar sempre pelos meus sonhos; ao meu esposo José Luiz de Carvalho Junior, por acreditar em mim, mais que eu mesma, pelo companheirismo, amor e carinho que me dá forças para vencer cada batalha juntos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me manteve firme nessa longa e difícil caminhada e que está sempre ao meu lado em meio às adversidades.

Ao meu esposo José Luiz de Carvalho Junior que mesmo perante a minha ausência algumas vezes por conta do mestrado e diante dos meus momentos de fraqueza, se mostrou um companheiro incrível, que me amparou nos momentos mais difíceis, enxugou minhas lágrimas, me deu amor e carinho, o que me encorajou a persistir sempre, mesmo perante as minhas incertezas.

Aos meus pais Roberto Rodrigues da Silva (*in memoriam*) e Vany Lopes de Oliveira da Silva que sempre me incentivaram a estudar e correr atrás dos meus sonhos.

Ao meu irmão Michael Lopes Rodrigues da Silva que sempre esteve na torcida por mim e me dando palavras de apoio.

À grande amiga Isabella Ribeiro pela paciência, carinho, palavras de apoio e principalmente pelas orientações e ajuda durante e após o trabalho.

Às minhas amigas Lívia de Souza Câmara e Maria de Lourdes Rodrigues pelas palavras de encorajamento e mostrarem que eu era capaz.

Agradeço a minha turma do mestrado por todo apoio, em especial aos amigos Wendre Coelho, Caroline Araújo, Joice Cabral, Dasymer Martins por nunca terem me deixado desistir e pelas risadas certas nos almoços entre uma aula e outra.

Agradeço aos meus clientes queridos que gentilmente abriram seus corações e me concederam essa pesquisa tornando esse sonho realidade.

Às professoras Dra. Sônia Regina de Souza e Dra. Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara pela paciência em meio às minhas ansiedades. Obrigada por me guiar nesse novo caminho.

RESUMO

SILVA, Jeniffer Lopes Rodrigues da. **Comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos**. 2019. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O objeto do presente estudo é a comunicação na transição para os cuidados paliativos, na perspectiva do cliente oncológico. Seus objetivos foram identificar as necessidades e preferências do cliente oncológico acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos relacionados ao seu prognóstico, tomada de decisão e participação familiar; analisar como o cliente oncológico avalia a comunicação na transição para os cuidados paliativos; elaborar diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos, a partir das necessidades e preferências apontadas pelo cliente oncológico. O método adotado foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), tendo como base teórica a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Os participantes foram 15 clientes oncológicos em tratamento quimioterápico paliativo ambulatorial. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, seguida de discussão dialogada com cada participante. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram analisados através da análise temática, resultando em três subunidades que foram classificadas nas 4 fases propostas por Peplau. A subunidade temática 1- Notícias difíceis: do diagnóstico aos cuidados paliativos foi articulada a fase de orientação; 2- Comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma avaliação do cliente oncológico, associou-se a fase de identificação e 3- Necessidades e preferências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos foram articuladas as fases de exploração e resolução. Os participantes avaliaram o acolhimento, a empatia e a disponibilidade mostrada pelos profissionais como características essenciais para construir uma relação de confiança e vínculo, dando maior importância à forma como foi informado que a mensagem propriamente dita. A avaliação de comunicação verdadeira e de fácil entendimento não foi suficiente para uma comunicação esclarecedora, resultando em necessidades de informação sobre o tratamento e prognóstico. Quanto às preferências foi possível constatar divergências, pois apesar da maioria referir a preferência pela verdade, participação familiar e participação ativa no tratamento, outros demonstraram a preferência pelo não saber para não sofrer, a não participação familiar e a passividade na participação do tratamento. A comunicação na transição para os cuidados paliativos é um processo que deve ser construído na relação profissional-cliente desde o diagnóstico, onde se deve priorizar a escuta ativa para compreender a maneira individualizada como o cliente gostaria de ser ajudado. O processo dialogado com os participantes contribuiu para a proposição de diretrizes para comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos como proposta de melhoria para a prática assistencial.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados paliativos; Oncologia; Enfermagem oncológica.

ABSTRACT

SILVA, Jeniffer Lopes Rodrigues da. **Communication in the transition from the cancer client to the palliative care**. 2019. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The object of the present study is the communication in the transition to palliative care, from the perspective of the cancer client. Its objectives were to identify the cancer client's needs and preferences regarding communication in the transition to palliative care related to prognosis, decision making and family participation; analyze how the cancer client evaluates communication in the transition to palliative care; develop guidelines for communication in the transition to palliative care, based on the needs and preferences indicated by the cancer client. The method adopted was the Convergent Care Research (CCR), based on Peplau's Theory of Interpersonal Relations. The group of participants consisted on 15 cancer clients undergoing outpatient palliative chemotherapy treatment. Data collection was performed through semi-structured interviews, followed by dialogued discussion with each participant. The interviews were audio-recorded and later transcribed. Data was analyzed through thematic analysis, resulting in three subunits that were classified in the 4 phases proposed by Peplau. The thematic subunit 1- Difficult news: from diagnosis to palliative care was articulated with the orientation phase; 2- Communication in the transition to palliative care: an assessment of the cancer client was associated with the identification phase 3- Needs and preferences about communication in the transition to palliative care were articulated with the exploration and resolution phases. Participants evaluated the welcoming, empathy and availability shown by professionals as essential characteristics to build a relationship of trust and bond, giving greater importance to the way it was informed than the message itself. Evaluation of true and easy-to-understand communication was not sufficient for enlightening communication, resulting in treatment and prognostic information needs. Regarding preferences, it was possible to observe divergences, because although most of the patients show preference for the truth, family participation and active participation in treatment, others demonstrated the preference for not knowing in order to avoid suffering, no family participation and non-active participation in treatment. Communication in the transition to palliative care is a process that must be built on the professional-client relationship since the diagnosis, where active listening should be prioritized to understand the individualized way the client would like to be helped. The dialogued process with the participants contributed to the proposition of guidelines for communication in the cancer client's transition to palliative care as a proposal to improve care practice.

Keywords: Communication; Palliative care; Oncology; Oncologic nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção das publicações para a revisão integrativa.....	27
Figura 2 – Síntese das fases da Teoria das Relações Interpessoais no contexto da comunicação na transição para os cuidados paliativos.....	40
Figura 3 – Classificação temática nas quatro fases da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau.....	52
Figura 4 – Fluxograma das fases da PCA alinhadas à Teoria das Relações Interpessoais.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégias de busca nas bases eletrônicas.....	23
Quadro 2 –	Resumo das principais características dos estudos selecionados.....	28
Quadro 3 –	Artigos categorizados ao tema 1: barreiras da comunicação na transição para os cuidados paliativos.....	30
Quadro 4 –	Artigos categorizados ao tema 2: estratégias para uma comunicação eficaz na transição para os cuidados paliativos.....	31
Quadro 5 –	Definição das subunidades temáticas.....	50
Quadro 6 –	Síntese das fases da pesquisa convergente assistencial.....	54
Quadro 7 –	Características clínicas e sociodemográficas dos participantes.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-UNRIO	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FA	Frequência Absoluta
FR	Frequência Relativa
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading Terms</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PICo	População Paciente, Interesse e Contexto
PubMed	<i>Public Medline</i>
SISREG	Sistema de Regulação de Vagas de Consultas e Cirurgias
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
WOS	<i>Web of Science</i>

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 Introdução.....	12
1.2 Objetivos.....	16
1.3 Justificativa.....	17
1.4 Contribuições do estudo.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA: A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	20
2.1 Tipo de revisão.....	21
2.2 Questão de pesquisa.....	22
2.3 Estratégias de busca.....	22
2.4 Método de seleção.....	25
2.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	25
2.6 Seleção dos artigos.....	26
2.7 Resultados.....	27
2.8 Discussão.....	32
3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	37
3.1 Teoria das relações interpessoais no contexto dos cuidados paliativos.....	37
3.2 Pesquisa convergente assistencial e procedimentos metodológicos.....	41
3.2.1 Tipo de estudo.....	41
3.2.2 Trajetória do estudo.....	43
3.2.2.1 Fase de concepção.....	43
3.2.2.2 Fase de instrumentação.....	44
3.2.2.2.1 Cenário da pesquisa.....	45
3.2.2.2.2 Participantes do estudo.....	46
3.2.2.2.3 Questões éticas.....	46
3.2.2.3 Fase de perscrutação.....	47
3.2.2.3.1 Coleta de dados.....	47
3.2.2.4 Fase de análise.....	49

3.3 Alinhamento entre referencial teórico e metodológico.....	55
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
4.1 Perfil clínico e sociodemográfico dos participantes.....	58
4.1.2 <u>Caracterização dos participantes.....</u>	60
4.2 Unidade temática: a comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma perspectiva do cliente oncológico.....	62
4.2.1 <u>Subunidade temática 1: notícias difíceis: do diagnóstico aos cuidados paliativos.....</u>	62
4.2.2 <u>Subunidade temática 2: comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma avaliação do cliente oncológico.....</u>	67
4.2.3 <u>Subunidade temática 3: necessidades e preferências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos.....</u>	75
5. DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS SOB A ÓTICA DO CLIENTE ONCOLÓGICO EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO.....	84
5.1 Primeira diretriz: orientação: ouça antes de informar.....	84
5.2 Segunda diretriz: identificação: estabeleça uma comunicação empática e transmita confiança.....	85
5.3 Terceira diretriz: exploração: respeite a autonomia do cliente.....	86
5.4 Quarta diretriz: resolução: informe com clareza e linguagem acessível, sem tirar a esperança.....	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
7. REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	103
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	105
ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP.....	107

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Introdução

O interesse pela oncologia surgiu durante a minha trajetória acadêmica por motivação subjetiva, não sabia por que ao certo, mas acho que a área já me chamava atenção por muitas pessoas não se sentirem atraídas. Assim apesar da minha graduação não ter oferecido oncologia como disciplina obrigatória, optei por estudá-la de forma eletiva e a partir de então tive certeza que queria me especializar na área.

Ao término da minha graduação, logo dei início a pós-graduação em Enfermagem Oncológica, onde durante o curso percebi que a temática que chamava mais a minha atenção eram os cuidados paliativos, pois apesar de muitos avanços tecnológicos, o câncer ainda não tem cura em muitos casos, devido principalmente ao diagnóstico tardio. Assim, muitos clientes são tratados para o controle de sintomas e a melhoria qualidade de vida.

Após o curso de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica, iniciei minha trajetória na Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), e então, tudo que eu havia até então estudado na teoria passei a ver na prática. Nos dois anos de residência, pude perceber que muitos clientes chegavam ao hospital já em estágio avançado e conseqüentemente a evolução da doença continuava de forma progressiva, mesmo após o tratamento indicado. Com isso, esses clientes e seus familiares recebiam a notícia da impossibilidade de cura e que a partir de então o objetivo do tratamento mudaria e seriam iniciados os cuidados paliativos.

Dessa forma, passou a chamar minha atenção a dificuldade que não somente o médico, mas toda equipe multiprofissional responsável pelo cliente encontravam ao ter que comunicar ao cliente sobre o fim do tratamento curativo, mas que o cuidado continuaria para controle de sintomas e melhor qualidade de vida. Essa situação começou a me causar grande inquietação já que, na maioria das vezes, pude observar que alguns clientes não estavam preparados para receber essa notícia e outros pareciam receber a notícia de forma tranquila, porém ainda apresentavam dúvidas sobre o tratamento e necessidades de maiores informações sobre sua atual condição. Mesmo assim, alguns profissionais pareciam querer manter-se distantes do cliente durante essa fase, justamente no momento em que esse mais necessita de cuidados. Quando muitas vezes estive inserida nesse contexto me perguntei: como poderia me

comunicar melhor com esse cliente? Como eu poderia atender as suas necessidades, favorecer sua autonomia e tomada de decisão nessa fase?

Após oito anos de formada, uma especialização e uma residência em oncologia, voltei a atuar como enfermeira oncologista em um ambulatório de quimioterapia, onde pude notar e reviver a mesma inquietude acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos.

Durante a consulta de enfermagem de primeira vez na quimioterapia com cliente já em estadiamento avançado e, principalmente, na consulta após mudança de protocolo quimioterápico curativo para paliativo, tenho percebido como os clientes apresentam dúvidas e necessidades de mais informações sobre o tratamento e seu prognóstico, o que pode contribuir para promoção de tratamento apenas na decisão médica, dificultando o enfrentamento à nova condição de vida.

Dessa maneira decidi resgatar com o mestrado o compromisso como enfermeira em tentar qualificar a assistência e atender as necessidades de informações do cliente oncológico, sejam elas quais forem, e estabelecer uma comunicação de acordo com suas preferências, quando então resolvi me aproximar e investigar mais sobre a temática.

Com o propósito de contextualizar a temática, remeto-me às condições crônicas que constituem problemas de saúde, os quais requerem gerenciamento contínuo por vários anos ou décadas. Atualmente as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são os principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estimou-se que, em 2012, 38 milhões dos óbitos ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (46,2%) e o câncer (21,7%), doenças respiratórias (10,7%) e diabetes (4%), sendo esses quatro responsáveis por 82% das mortes, onde os países de baixo e médio desenvolvimento são os mais afetados, especialmente por mortes prematuras (WHO, 2014).

Conforme o INCA (2017), o câncer tem sido um dos problemas de saúde pública mais complexos devido a sua característica de doença grave, de grande letalidade e sua magnitude epidemiológica, sendo a segunda causa de óbito no Brasil. A estimativa para o biênio 2018 – 2019 são de 600 mil novos casos de câncer, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, ocorrerão 420 mil novos casos de câncer (BRASIL, 2018).

Dessa maneira, o câncer é caracterizado como uma doença universal com números cada vez mais crescentes de pessoas acometidas, onde devido aos novos métodos diagnósticos e terapêuticos, há maior possibilidade de diagnóstico precoce e com isso o aumento da sobrevivência de pessoas com câncer, o que garante maior número de pessoas convivendo com a doença (MUNHOZ *et al.*, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos visam promover melhor qualidade de vida de cliente e seus familiares, que enfrentam doenças terminais através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor entre outros problemas, sejam eles de ordem física, psicossocial ou espiritual. Isto se faz necessário quando o cliente está em estágio avançado da doença, com probabilidade baixa de cura ou até mesmo em fase terminal da doença. (WHO, 2007).

Nesse sentido, o advento dos cuidados paliativos propiciou uma nova perspectiva de cuidar de clientes fora de possibilidades de cura, cuidados estes que tem como objetivo compreender todas as necessidades e proporcionar uma melhor qualidade de vida, a partir, especialmente, de uma boa comunicação, pois através dela é possível reconhecer e compreender as necessidades do cliente (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Nesse enfoque, a comunicação é considerada um dos pilares dos cuidados paliativos, caracterizado como elemento diagnóstico e terapêutico eficaz, a qual é importante para o alívio do sofrimento e deve estar vinculada à autonomia do cliente (ALMEIDA; GARCIA, 2015; ALVES, 2013). Para Silva e Araújo (2012) a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e essencial no cuidado, pois o adequado emprego de estratégias e técnicas de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde permite ao cliente compartilhar seus medos, sofrimentos e dúvidas resultando na diminuição do estresse psicológico e otimizando sua autonomia.

Segundo Borges e Junior (2014), durante a transição para os cuidados paliativos a comunicação assume um papel essencial, a qual deve ser realizada com delicadeza, cuidado e empatia para assegurar o cliente que não será abandonado e que apenas o foco da terapêutica está sendo modificado, onde o profissional de saúde deve estar atento para orientar o cliente e suprir suas necessidades, ajudando-o a aceitar a incurabilidade, sem jamais perder a esperança. Todavia, Oliveira (2013) complementa que tão importante quanto à fase de transição para os cuidados paliativos, seria importante o enfermo ter recebido informações gradativas durante toda a evolução da doença, já que a incurabilidade precede a admissão em cuidados paliativos e facilita a aceitação do cliente, permitindo uma reorganização emocional, reconstrução de relações afetivas, na busca de um sentido para o seu sofrimento e, além de tudo, permite que o cliente participe ativamente do seu tratamento, unindo suas crenças e preferências às da equipe médica.

Dessa maneira, a discussão sobre o avanço da doença e de preferências sobre cuidado de fim de vida entre clientes e a equipe multiprofissional favorece a escolha dos cuidados paliativos pelos clientes ao invés de tratamentos de manutenção da vida, reduz hospitalizações

e alinha o cuidado com os desejos dos clientes, favorecendo a sua tomada de decisão e melhor qualidade de vida (BRIGHTON; BRISTOWE, 2016).

É importante relatar que a comunicação de notícias difíceis não envolve somente a revelação de diagnóstico, mas também, a progressão da doença avançada; a comunicação de sequelas dos tratamentos, como mutilação e consequências na perda de qualidade de vida e a necessidade de encaminhamentos como a comunicação de término dos recursos de cura e preparação para os cuidados paliativos (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; INCA, 2010).

Na comunicação da transição do tratamento com intenção de cura para os cuidados paliativos, destaca-se o conhecimento de outras situações difíceis como: as recidivas pós-tratamento, os efeitos adversos causados pela radioterapia, assim como a toxicidade e ineficácia dos tratamentos quimioterápicos e a ruptura do vínculo de confiança com os profissionais no momento do encaminhamento para os cuidados paliativos (INCA, 2010).

Sendo assim, a comunicação de más notícias ainda é uma das tarefas mais penosas realizadas pelo profissional de saúde, até porque durante a graduação se aprende a salvar vidas e buscar a saúde, contudo não se aprende a lidar com situações de perdas de saúde, vitalidade, esperança e morte, independente de sua categoria, causando a todos da equipe de saúde grandes dificuldades (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Nesse sentido, a comunicação na transição para os cuidados paliativos é considerada um momento difícil tanto para os profissionais como para os clientes, principalmente relacionado às questões de prognóstico, cuidados de fim de vida, espiritualidade, morte, planejamento do cuidado avançado e paliativo o que muitas vezes favorece a falhas na comunicação repercutindo na quantidade e qualidade das informações a ser comunicada ao cliente e seu familiar (HUI; BRUERA, 2015).

A falta de comunicação nessa fase sobre tratamento e prognóstico entre equipe e cliente pode resultar em diversas consequências desagradáveis como não compreensão dos objetivos do tratamento, insatisfação com os resultados, tratamentos agressivos e desnecessários, falso otimismo, não participação na tomada de decisões, colabora para aumento do estresse e ansiedade pelo desconhecido, além de perda do vínculo e confiança equipe-cliente-família (GALVÃO, 2016).

Partindo do pressuposto de que o diagnóstico do câncer é marcado por tratamento longo e agressivo, onde a trajetória é permeada por comunicação de notícias difíceis, a comunicação se torna uma habilidade especialmente necessária perante o agravamento da doença, e transição para os cuidados paliativos (SANTOS, 2016).

Posto isso, para que a comunicação seja um elemento terapêutico eficaz, é preciso que

o profissional de saúde além de fornecer informações ao cliente, esteja atento às suas necessidades de informação e respeite sua autonomia e tomada de decisão para essa nova fase, garantindo assim o aumento da satisfação do cliente com os cuidados (BRIGHTON; BRISTOWE, 2016; GALVÃO, 2016).

Devido às questões apresentadas, a pesquisa direcionou o objeto de estudo para: a comunicação na transição para os cuidados paliativos, na perspectiva do cliente oncológico.

Diante do exposto acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos e todo o contexto de sofrimento biopsicossocial do cliente nessa fase, assim como o aumento crescente da demanda dessa população nos serviços de saúde, é importante identificar suas necessidades referentes à comunicação nesse momento de transição e saber como ele avalia essa comunicação, para que juntos, profissionais e clientes, possam melhorar esse processo comunicacional e favorecer um cuidado mais humanizado. Dessa forma, o estudo apresenta as seguintes questões: como é avaliado, na perspectiva do cliente oncológico, a comunicação na transição para os cuidados paliativos? Quais as necessidades e preferências do cliente oncológico acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos relacionados ao seu prognóstico, tomada de decisão e participação familiar? De que modo podem ser elaboradas diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos, a partir das necessidades e preferências apontadas pelo cliente oncológico?

1.2 Objetivos

- a) Identificar as necessidades e preferências do cliente oncológico acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos relacionados ao seu prognóstico, tomada de decisão e participação familiar;
- b) Analisar como o cliente oncológico avalia a comunicação na transição para os cuidados paliativos;
- c) Elaborar diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos, a partir das necessidades e preferências apontadas pelo cliente oncológico.

1.3 Justificativa

Considerando a alta incidência do câncer no mundo, a cronicidade da doença e como essa impacta e determina um novo rumo no processo de viver e ser saudável dessas pessoas, se faz necessário a qualificação do profissional de saúde para reconhecer as necessidades de pessoas com câncer e prestar assistência a esses com o objetivo de garantir melhor qualidade de vida, já que essa saúde traz modificações físicas, sociais e psicológicas e tem como consequência a necessidade de adaptação à nova condição de vida e enfrentamento para a adesão aos tratamentos (INCA, 2018; SILVIA, D. M. G. *et al.*, 2013).

Julgado como um dos temas prioritários de pesquisa em saúde, a comunicação e informação em saúde como tecnologia de intervenção ao cliente com doença crônica, torna-se um tema relevante de pesquisa, sobretudo no contexto dos cuidados paliativos, pois possibilita ao profissional adotar uma comunicação mais adequada e identificar as necessidades e demandas de informação de seu cliente para que, juntos, consigam discutir formas de promover a saúde e conseqüentemente reduzir a ansiedade e angústia de todos os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; BRASIL, 2015, 2018a).

É nesse enquadramento que o enfermeiro assume um papel importante, já que muitas vezes, o mesmo é confrontado com necessidades de informação por parte dos clientes e precisam dar respostas coerentes e que não criem mais ansiedade e dúvida, onde se faz necessário, transmitir segurança, ajudar o doente a decidir e mobilizar recursos para desenvolver estratégias que auxiliem o cliente a compreender a situação atual e aderir ao tratamento. Para isso ele tem de se adequar a cada situação em particular e somente com conhecimento atualizado isso é possível (ANDRADE *et al.*, 2014; LOPES; GRAVETO, 2010; SILVA, C. F. *et al.*, 2013).

Dessa forma, apesar da comunicação se mostrar uma ferramenta necessária e fundamental para realizar um cuidado integral, humanizado, digno e ético para acolher as necessidades e favorecer a participação do cliente nos cuidados relacionados à doença, a comunicação efetiva ainda tem sido um dos desafios no cuidado ao cliente em ambiente hospitalar, destacado como uma meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar para realizar um trabalho de qualidade e ofertar uma assistência livre de danos (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013; FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018).

Além disso, no Brasil, ainda há poucos estudos que explorem sobre a perspectiva dos clientes oncológicos e seus cuidadores não somente no momento do diagnóstico do câncer como também durante os cuidados paliativos (MUNHOZ *et al.*, 2014).

Nesse contexto, foi realizada uma revisão integrativa realizada para aproximação da temática, descrita integralmente no capítulo 2, a qual se utilizou a questão de busca: Quais as evidências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos? (ver p. 22).

No que concerne à temática destacou-se 16 artigos (Quadro 2), dos quais 12% eram publicações nacionais e apenas 6% foram publicados em periódicos de enfermagem o que confere pouca discussão sobre a temática na realidade brasileira, sobretudo na área da enfermagem. O estudo foi classificado em duas categorias temáticas, 1– Barreiras na comunicação na transição para os cuidados paliativos e 2– estratégias para comunicação eficaz na transição para os cuidados paliativos (Quadros 3 e 4), dentre estes, apenas 2 abordavam sobre o tema “preferências do cliente oncológico” como estratégia para uma boa comunicação na transição para os cuidados paliativos. Desta forma, aponta-se que as produções relacionadas ao tema desse estudo são escassas, o que reforça a necessidade de realizar mais estudos sobre o tema.

1.4 Contribuições do estudo

Acredita-se que a temática em estudo possa contribuir para a melhoria da assistência oferecida, de forma a ajudar e esclarecer aos profissionais sobre a importância da comunicação na transição para os cuidados paliativos, no qual incite os mesmos a refletir sobre sua prática assistencial, onde possam levar em conta as necessidades e preferências do cliente acerca de informações sobre a transição aos cuidados paliativos para que assim estabeleça um modelo de cuidado centrado no cliente para além da doença, adotando um espaço de acolhimento e esclarecimento através de uma comunicação eficaz que auxilie o cliente em sua tomada de decisão e favoreça sua autonomia nessa nova fase.

Espera-se que a contribuição social da pesquisa esteja diretamente ligada à melhoria na qualidade das orientações e acesso a informações necessárias e desejadas pelo cliente na transição para os cuidados paliativos.

Que esse estudo seja um incentivo ao ensino e a pesquisa, onde possa oferecer subsídios para publicações e estudos sobre a temática em diferentes cenários de adoecimento

que não apenas em oncologia, que estimule os cursos de formação acadêmica a incluírem gradativamente o tema em suas grades curriculares para que embase a capacitação científica de futuros profissionais, com o propósito de maior articulação da teoria com a prática.

2. REVISÃO DE LITERATURA: A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Com o envelhecimento da população, somado aos avanços tecnológicos e científicos, além de melhorias que resultam no diagnóstico e tratamento precoce, o número de sobreviventes com câncer tem aumentado no mundo inteiro, todavia a cura ainda nem sempre é possível, o que reflete a importância de terapêuticas a favor da melhor qualidade de vida e controle de sintomas (DESANTIS *et al.*, 2014).

Nesse contexto, surgem os cuidados paliativos, os quais são designados às pessoas que sofrem com doenças graves, avançadas e progressivas, os quais não visam à cura, porém devem ser aplicados independentes do prognóstico e em conjunto com outras terapêuticas com vistas a melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento durante todo o processo de tratamento (ABREU, 2017; LIMA; OLIVEIRA, 2015).

Apesar disso, no Brasil, os cuidados paliativos são considerados uma terapêutica ainda nova, os quais foram iniciados na década de 1980. Somente em 2018 foi aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o Sistema Único de Saúde (SUS) pela resolução nº 41 de 31 de Outubro de 2018 com o objetivo de orientar e nortear o desenvolvimento e acesso aos cuidados paliativos de qualidade no Brasil, a qual dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz de cuidados continuados (BRASIL, 2018b).

Para o fortalecimento dos cuidados paliativos dentro da atenção oncológica em toda a rede de atenção em saúde, o Ministério da Saúde vem corroborando, por meio de portarias e documentos emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. Uma dessas portarias é a 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica como: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, além disso, essa preconiza que seja organizada uma linha de cuidados que perpassa por todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade).

Dessa forma, é inegável o valor dos cuidados paliativos direcionados a clientes, principalmente aqueles sem perspectiva de cura, onde dentre as diversas estratégias de cuidar nesse âmbito destaca-se a comunicação. Essa é um pilar de grande importância nos cuidados paliativos, considerada uma ferramenta indispensável para proporcionar cuidado individualizado e com qualidade para que a ansiedade e conflitos possam ser minimizados,

preservando a autonomia e ofertando adequado controle de sintomas (ALMEIDA; GARCIA, 2015).

Apesar da comunicação ser considerada um aspecto fundamental para intermediar as relações humanas, promover a consolidação da autonomia, diante das perspectivas individuais, além de ser um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar demandas assistenciais, a comunicação sobre a evolução da doença ainda é uma informação penosa, a qual muitas vezes é acompanhada de significado negativo quanto às expectativas ou percepções do presente e futuro (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Tudo isso acaba exigindo não só dos enfermeiros, mas de todos os profissionais um preparo emocional para lidar com suas próprias limitações, além de angústias do cliente (KUMATA; BORGES; DUPAS, 2015; SILVA, R. S. *et al.*, 2015).

Frente a essa situação, necessita-se investir no equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática humanizada do cuidado, a fim de assegurar a dignidade humana através da comunicação e as habilidades interpessoais, as quais são essenciais para um cuidado holístico, e colaboram para maior satisfação do cliente, adesão ao tratamento, controle eficaz da dor, entendimento do processo de doença e redução da ansiedade (KISSANE *et al.*, 2012).

De modo a ter maior familiaridade com o tema, como passo inicial do presente estudo realizou-se uma revisão integrativa de literatura, descrita a seguir.

2.1 Tipo de revisão

Foi realizada uma revisão integrativa, cuja técnica permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, além de incorporar um variado leque de propósitos como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular para chegar a conclusões sobre determinado tema, a partir da síntese de estudos publicados e aplicação de métodos sistemáticos que contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

2.2 Questão de pesquisa

A Revisão iniciou-se a partir da formulação da pergunta através da estratégia “População Paciente, Interesse e Contexto” (PICO): quais são as evidências acerca da comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos?

2.3 Estratégias de busca

A identificação dos artigos foi realizada através da busca nas bases de dados eletrônicos *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados de enfermagem (BDENF), através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Public Medline* (PubMed), Scopus e *Web of Science* (WOS) com os seguintes descritores com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading Terms* (MeSH): “*medical oncology*”, “*communication*”, “*truth disclosure*” e “*palliative care*”, em versões inglês e português a depender da base de dados utilizada, em diferentes combinações, para a verificação do título, resumo ou assunto. Foram utilizadas 2 estratégias de busca diferentes. A primeira utilizou os descritores “*medical oncology*”, “*communication*” e “*palliative care*”, e a segunda foi “*medical oncology*”, “*truth disclosure*” e “*palliative care*”. Em ambas as estratégias utilizou-se os conectores lógicos (operadores booleanos) *AND* entre os descritores e *OR* entre seus sinônimos referidos no DeCS e MeSH. A busca ocorreu no período de abril a maio de 2018. Segue no Quadro 1 as estratégias de busca realizadas.

Quadro 1 – Estratégias de busca nas bases eletrônicas (continua)

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS	TOTAL RECUPERADOS
Portal Regional da BVS	<p>(tw:(oncologia OR cancerologia OR “oncologia clínica”)) AND (tw:(comunicação OR “canal interpessoal”)) AND (tw:(“cuidados paliativos” OR “assistência paliativa” OR “cuidado paliativo” OR “tratamento paliativo”)) AND (instance:"regional") AND (fulltext:("1") AND la:("en" OR "es" OR "pt") AND year_cluster:("2015" OR "2014" OR "2013" OR "2016" OR "2017") AND type:("article"))</p> <p>tw:((tw:(oncologia OR cancerologia OR “oncologia clínica”)) AND (tw:(“revelação da verdade”)) AND (tw:(“cuidados paliativos” OR “assistência paliativa” OR “cuidado paliativo” OR “tratamento paliativo”))) AND (instance:"regional") AND (fulltext:("1") AND la:("en") AND year_cluster:("2013" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017") AND type:("article"))</p>	<p>93</p> <p>11</p>
Pubmed	<p>((("medical oncology"[All Fields] OR "Oncology, Clinical"[All Fields]) OR "Oncology, Medical"[All Fields]) OR "Clinical Oncology"[All Fields]) AND (((((((("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields]) OR "Communication Programs"[All Fields]) OR "Communications Personnel"[All Fields]) OR ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields] OR "misinformation"[All Fields])) OR "Personal Communication"[All Fields]) OR "Communication Program"[All Fields]) OR "Communication, Personal"[All Fields]) OR ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields] OR ("personnel"[All Fields] AND "communications"[All Fields])) OR ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields] OR ("program"[All Fields] AND "communication"[All Fields])) OR ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields] OR ("programs"[All Fields] AND "communication"[All Fields])))) AND (((("Palliative care"[All Fields] OR "Care, Palliative"[All Fields]) OR "Palliative Treatments"[All Fields]) OR "Treatment, Palliative"[All Fields]) OR ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields] OR ("treatments"[All Fields] AND "palliative"[All Fields])) OR "Palliative Therapy"[All Fields]) OR "Therapy, Palliative"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2013/04/16"[PDat] : "2018/04/14"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]))</p> <p>((("medical oncology"[All Fields] OR "Oncology, Clinical"[All Fields]) OR "Oncology, Medical"[All Fields]) OR "Clinical Oncology"[All Fields]) AND (((("Truth Disclosure"[All Fields] OR ("truth disclosure"[MeSH Terms] OR ("truth"[All Fields] AND "disclosure"[All Fields]) OR "truth disclosure"[All Fields] OR ("disclosures"[All Fields] AND "truth"[All Fields])) OR "Truth Disclosures"[All Fields]) OR ("truth disclosure"[MeSH Terms] OR ("truth"[All Fields] AND "disclosure"[All Fields]) OR "truth disclosure"[All Fields] OR ("disclosure"[All Fields] AND "truth"[All Fields])))) AND (((("Palliative care"[All Fields] OR "Care, Palliative"[All Fields]) OR "Palliative Treatments"[All Fields]) OR "Treatment, Palliative"[All Fields]) OR ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields] OR ("treatments"[All Fields] AND "palliative"[All Fields])) OR "Palliative Therapy"[All Fields]) OR "Therapy, Palliative"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2013/04/15"[PDAT] : "2018/04/13"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2013/04/18"[PDat] : "2018/04/16"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]))</p>	<p>44</p> <p>5</p>

Quadro 1 – Estratégias de busca nas bases eletrônicas (conclusão)

SCOPUS	<p>KEY ("Medical Oncology " OR "Clinical Oncology" OR "Oncology, Clinical" OR "Oncology, Medical") AND KEY (communication OR "Communication Programs" OR "Communications Personnel" OR misinformation OR "Personal Communication" OR "Communication Program" OR "Communication, Personal" OR "Personnel, Communications" OR "Program, Communication" OR "Programs, Communication") AND KEY ("Palliative care" OR "Palliative Therapy" OR "Therapy, Palliative" OR "Care, Palliative" OR "Palliative Treatments" OR "Treatment, Palliative" OR "Treatments, Palliative") AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))</p> <p>KEY ("Medical Oncology " OR "Clinical Oncology" OR "Oncology, Clinical" OR "Oncology, Medical") AND KEY ("Truth Disclosure" OR "Disclosures, Truth" OR "Truth Disclosures" OR "Disclosure, Truth") AND KEY ("Palliative care" OR "Palliative Therapy" OR "Therapy, Palliative" OR "Care, Palliative" OR "Palliative Treatments" OR "Treatment, Palliative" OR "Treatments, Palliative") AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))</p>	<p>48</p> <p>05</p>
WEB OF SCIENCE	<p>((TS=("Medical Oncology" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology, Clinical" OR "Oncology, Medical") AND TS=(Communication OR "Communication Programs" OR "Communications Personnel" OR Misinformation OR "Personal Communication" OR "Communication Program" OR "Communication, Personal" OR "Personnel, Communications" OR "Program, Communication" OR "Programs, Communication") AND TS=("Palliative care" OR "Palliative Therapy" OR "Therapy, Palliative" OR "Care, Palliative" OR "Palliative Treatments" OR "Treatment, Palliative" OR "Treatments, Palliative")))) AND Tipos de documento: (Article)</p> <p>Refinado por: Idiomas: (ENGLISH OR SPANISH) AND Tipos de documento: (ARTICLE) AND Anos da publicação: (2016 OR 2013 OR 2014 OR 2015 OR 2017) AND Acesso aberto: (ALL OPEN ACCESS OR GOLD)</p> <p>(TS=("Medical Oncology" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology, Clinical" OR "Oncology, Medical") AND TS=("Truth Disclosure" OR "Disclosures, Truth" OR "Truth Disclosures" OR "Disclosure, Truth") AND TS=("Palliative care" OR "Palliative Therapy" OR "Therapy, Palliative" OR "Care, Palliative" OR "Palliative Treatments" OR "Treatment, Palliative" OR "Treatments, Palliative"))</p>	<p>15</p> <p>0</p>

Fonte: A autora, 2019.

2.4 Método de seleção

De forma a cumprir rigorosamente as etapas da revisão integrativa foram adotados os passos descritos a seguir. Etapa 1: estabelecimento da questão de pesquisa; Etapa 2: estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão, escolha da base de dados e a seleção o material a ser pesquisado; Etapa 3: extração das informações, organização e elaboração do banco de dados; Etapa 4: avaliação dos estudos, inclusão/exclusão dos estudos e análise crítica; Etapa 5: discussão dos dados identificados, recomendações e sugestões para futuras pesquisas; Etapa 6: resumo das evidências ou apresentação da revisão.

Com base nos resultados das buscas iniciais, foram selecionados os estudos que atendiam aos critérios de inclusão.

Os dados foram extraídos a partir de artigos e organizados em tabela contemplando: autor, ano de publicação, periódico, método, resumo das evidências e classificação do nível de evidência.

2.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- a) artigos que abordavam sobre a comunicação na transição para os cuidados paliativos oncológicos;
- b) artigos em português, inglês e espanhol;
- c) artigos disponíveis na íntegra on-line;
- d) artigos publicados no período entre 2013 a 2017.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram:

- a) artigos duplicados;

- b) artigos que abordavam a comunicação com clientes pediátricos em cuidados paliativos devido à especificidade da temática;
- c) artigos que abordavam a comunicação somente com familiares e cuidadores inseridos nos cuidados paliativos;
- d) artigos que abordavam comunicação em cuidados paliativos, porém relacionados a outros clientes não oncológicos especificamente;
- e) artigos que não relatavam sua metodologia de forma clara;
- f) teses, dissertações, editoriais.

2.6 Seleção dos artigos

Através das estratégias de busca já explicitadas foram identificadas 221 publicações. Para a seleção dos artigos realizou-se inicialmente a leitura exploratória do título e resumo de cada referência, buscando a identificação com o tema, 52 duplicadas foram removidas. Posteriormente os artigos foram selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão relatados no método de revisão. 30 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, desses 12 foram excluídos por não contribuírem com o tema. Sendo assim, 16 artigos foram recuperados, onde três eram da MEDLINE, um da LILACS, um da BDNF, cinco da PubMed e seis da WOS. O fluxograma da busca e seleção dos artigos segue é apresentado na Figura 1.

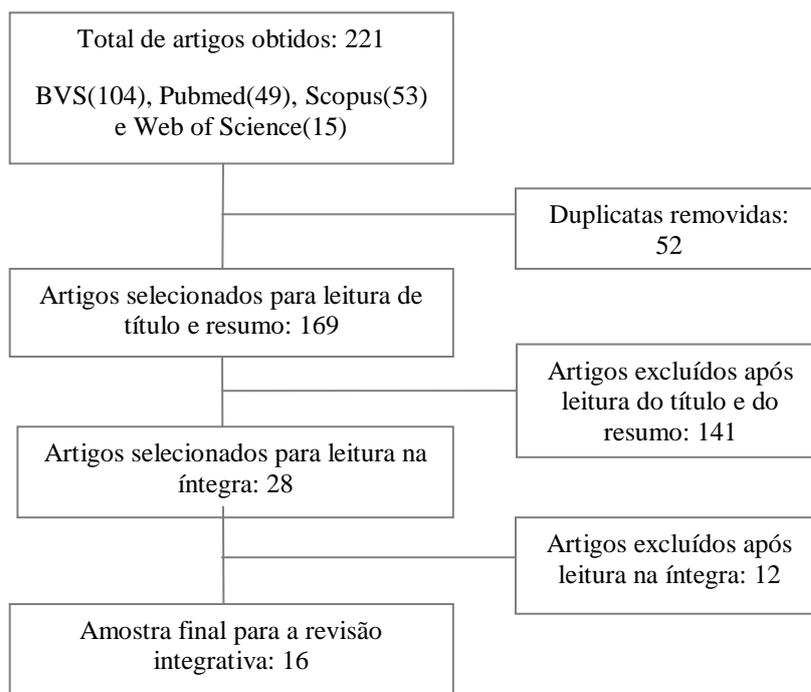


Figura 1 – Fluxograma de seleção das publicações para a revisão integrativa

Fonte: A autora, 2019.

2.7 Resultados

Conforme descrito anteriormente, o estudo foi constituído por 16 artigos que abordaram sobre o assunto comunicação da transição para os cuidados paliativos.

Para a organização dos dados realizou-se um quadro com as principais características dos artigos selecionados, com o objetivo de sintetizar e agrupar as informações, sendo extraídas dos artigos as seguintes variáveis: autor, ano de publicação, periódico, método e classificação do nível de evidência conforme Melnyk e Fineout-Overholt (2005), que estão resumidos em ordem cronológica conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Resumo das principais características dos estudos selecionados

Autor principal/Ano	Periódico	Método	Nível de evidência
LENNES, I. T. <i>et al.</i> / 2013	Cancer	Estudo qualitativo	VI
GRANEK, L. <i>et al.</i> / 2013	Journal of Oncology Practice	Estudo qualitativo	VI
FAWOLE, A. O. <i>et al.</i> / 2013	Journal of General Internal Medicine	Revisão sistemática	I
VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER/ 2014	Critical Care	Revisão sistemática	I
MUNHOZ, B.A. <i>et al.</i> / 2014	Eisntein	Transversal	VI
ANDERSON; KOOLS; LYNDON/ 2013	Qualitative Health Research	Estudo qualitativo	VI
BROM, L. <i>et al.</i> / 2014	Plos One	Estudo qualitativo	VI
ENZINGER, A. C. <i>et al.</i> / 2015	Journal of Clinical Oncology	Estudo observacional multicêntrico	IV
PFEIL, T. A. <i>et al.</i> /2015	Oncologist	Estudo qualitativo	VI
SALINS, N. <i>et al.</i> / 2016	Indian Journal of Palliative Care	Transversal	VI
GRAMLING, R. <i>et al.</i> / 2016	JAMA Oncol	Estudo transversal, derivado de ensaio randomizado	VI
OOSTENDORP, L. J. <i>et al.</i> / 2016	Journal of Cancer Educacional	Estudo Clínico, randomizado	II
EPSTEIN, A. S. <i>et al.</i> / 2016	Journal of Clinical Oncology	Coorte	IV
GALVÃO; BORGES; PINHO/ 2017	Revista Baiana de Enfermagem	Estudo qualitativo	VI
RODENBACH, R. <i>et al.</i> / 2017	Journal of Clinical Oncology	Ensaio clínico randomizado	II
KAWAGUCHI, S. <i>et al.</i> / 2017	The American Journal of Hospice & Palliative Care	Estudo qualitativo	VI

Fonte: A autora, 2019.

Das 16 publicações incluídas, dois são artigos de revisão e quatorze originais. Constatou-se que os anos de 2014 e 2016 foram de maiores publicações sobre a temática, com quatro publicações cada, seguidos dos anos de 2013 e 2017 com três publicações cada e por último o ano de 2015 com dois artigos publicados.

Obtiveram-se duas (12%) publicações nacionais e 14 (87,5%) publicações internacionais, o que confere pouca discussão sobre o tema na realidade brasileira. Quanto aos periódicos, um (6%) foi publicado em periódico de enfermagem e os demais (94%) em periódicos médicos. Dentre os periódicos encontrados, o que mais se destacou foi a *Journal of Clinical Oncology* com três publicações.

Dos 16 artigos, sete abordam sobre barreiras enfrentadas por profissionais de saúde na comunicação da transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos, nove exploram estratégias para uma comunicação de qualidade na transição para os cuidados paliativos.

Quanto ao nível de evidência observou-se que 62,5% dos estudos eram do tipo VI ou seja, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 12,5% eram do tipo II referente a evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, 12,5% do nível IV relativo a evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados e 12,5% classificados como nível I, derivado de evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.

Os artigos selecionados foram categorizados em dois temas principais acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos oncológicos: 1- Barreiras da comunicação na transição para os cuidados paliativos 2- Estratégias para uma comunicação eficaz na transição para os cuidados paliativos. Segue abaixo os Quadros 3 e 4 com resumo dos resultados acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos de acordo com cada tema categorizado:

Quadro 3 – Artigos categorizados ao tema 1: barreiras da comunicação na transição para os cuidados paliativos

AUTOR/ANO	DESFECHE DOS RESULTADOS
ANDERSON; KOOLS; LYNDON/ 2014	Embora médicos e clientes reconhecessem a gravidade do câncer, raramente reconheciam a possibilidade da morte, o que dificultava discussões sobre final de vida, objetivos, medos, esperanças e opções de tratamento. Os achados colaboraram para a importância da comunicação nos cuidados paliativos, enfatizam a importância do prognóstico e discussões sobre fim de vida.
LENNES, I. T. <i>et al.</i> / 2013	Apontou que 24% dos clientes em tratamento quimioterápico não compreendiam o objetivo do tratamento proposto, onde desses a maioria (66%) acreditava que a intenção era de cura enquanto o objetivo era paliativo e outros (34%) acreditavam que não havia possibilidade de cura enquanto seus médicos relatavam que o objetivo era de cura, caracterizando a falha na comunicação quanto ao objetivo do tratamento.
GRAMLING, R. <i>et al.</i> / 2016	Atestou a discordância de informações entre cliente e médico quanto ao prognóstico do câncer, identificando assim um marcador de comunicação inadequada, o que dificultou a tomada de decisão do cliente sobre o tratamento.
OOSTENDORP, L. J. <i>et al.</i> / 2016	Validou que muitos clientes com câncer avançado gostariam de saber informações detalhadas sobre riscos e benefícios relacionados ao tratamento paliativo. Apesar da consciência dos oncologistas sobre os desejos dos clientes, a maioria teve dificuldades com clientes que desejavam informações acerca da sobrevivência.
ENZINGER, A. C. <i>et al.</i> / 2015	Certificou que os clientes com câncer são geralmente muito otimistas quanto à expectativa de vida, sendo assim a comunicação é importante para corrigir os equívocos, sem prejudicar o bem estar emocional, isso pode facilitar o planejamento do cuidado e ajustar os objetivos do tratamento.
PFEIL, T. A. <i>et al.</i> /2015	Três barreiras da comunicação foram identificadas: incerteza sobre o momento certo, incerteza sobre quem é responsável por iniciar discussões e incerteza sobre o equilíbrio entre evidências objetivas, desejos do cliente e seu julgamento subjetivo
VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER/ 2014	Relata a existência de diversas barreiras comunicacionais relacionadas ao cliente, médico, família e sistema de saúde. É necessário maior conhecimento, atitudes e práticas em relação aos cuidados no fim da vida.

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 4 – Artigos categorizados ao tema 2: estratégias para uma comunicação eficaz na transição para os cuidados paliativos

Autor principal/Ano	Desfecho dos resultados
MUNHOZ, B. A. <i>et al.</i> / 2014	A qualidade da comunicação e frequência do cuidado mediada pela mútua confiança entre profissional-cliente-família foram fundamentais para satisfação dos cuidadores e clientes oncológicos durante toda a trajetória da doença.
EPSTEIN, A. S. <i>et al.</i> / 2016	Demonstrou como é importante para os clientes com câncer entender seu prognóstico, assim como discussões prognósticas mais recentes são importantes para melhorar a compreensão dos clientes sobre o estágio da doença, o que colabora para melhor preparo nas tomadas de decisões sobre cuidados de fim de vida.
RODENBACH, R. <i>et al.</i> / 2017	A combinação de intervenção ao cliente com uma sessão prévia de "coaching" em comunicação ajudou os clientes e seus cuidadores a identificarem preocupações, procurar ativamente informações, questionar mais sobre seu prognóstico durante a consulta com o oncologista e expressar preferências sobre seus cuidados.
SALINS, N. <i>et al.</i> / 2016	Oncologista, enfermeiros e clientes reconheceram os benefícios da integração com os cuidados paliativos para a melhora no controle de sintomas, comunicação prognóstica e discussões sobre a limitação do tratamento.
BROM, L. <i>et al.</i> / 2014	Comunicação sobre as expectativas e preferências dos clientes quanto futuras decisões de tratamento pode auxiliá-los e melhorar a tomada de decisão.
FAWOLE, A. O. <i>et al.</i> / 2013	A qualidade da comunicação acerca do cuidado com clientes com doença grave pode ser melhorada através de intervenções com uma abordagem mais consultiva que envolve especialistas em comunicação e medicina paliativa.
GALVÃO; BORGES.; PINHO/ 2017	A comunicação eficaz permitiu atender as necessidades dos clientes oncológicos, potencializou e capacitou o enfrentamento às situações de estresse, além de preservar a autonomia e dignidade. reafirmou a importância de habilidades comunicacionais, uso de protocolos comunicacionais, técnicas e estratégias que facilitem a participação ativa do cliente no enfrentamento do câncer.
KAWAGUCHI, S. <i>et al.</i> / 2017	Apontou necessidades estratégias teóricas e práticas para melhorar habilidades comunicacionais em cuidados paliativos.
GRANEK, L. <i>et al.</i> / 2013	Explora estratégias para uma boa comunicação e diminuição de barreiras ao discutir problemas de fim de vida com clientes oncológicos. Conclui que ainda é necessário treinamento adequado para os profissionais conseguirem realizar discussões mais abertas.

Fonte: A autora, 2019.

2.8 Discussão

Os artigos relacionados ao tema 1 – (Barreiras da comunicação na transição para os cuidados paliativos) apontaram que embora os cuidados paliativos sejam muito valiosos em toda a trajetória da doença, as questões sobre fim de vida é uma das discussões mais desafiadoras, que inclui falar sobre prognóstico, preferências e prioridades em relação a tratamentos prolongados, bem como esperanças e medos em relação à morte (ANDERSON; KOOLS; LYNDON, 2013; GRAMLING *et al.*, 2016; OOSTENDORP *et al.*, 2016; PFEIL *et al.*, 2015; VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER, 2014).

Comunicar o cliente sobre o agravamento da doença e consequente transição para os cuidados paliativos, é considerado um momento complexo por muitos profissionais, já que esse pode simbolizar um sinal de desinvestimento no cliente, além de desencadear em desafios éticos, assim como lidar com sentimentos de desesperança e desapontamentos do cliente (ENZINGER *et al.*, 2015; OOSTENDORP *et al.*, 2016; PFEIL *et al.*, 2015). Todavia é uma ferramenta fundamental para redesenhar objetivos e metas não só de tratamento, mas de vida, que acontece em meio a incertezas, confusões e muitas vezes terror, considerado uma conversa não somente de metas de tratamento, mas principalmente de valores pessoais (ENZINGER *et al.*, 2015; GRAMLING *et al.*, 2016).

Apesar disso, a comunicação e decisões sobre cuidados no final da vida são frequentemente realizados tardiamente, onde médicos, bem como enfermeiros se sentem angustiados pela percepção de cuidados inadequados (VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER, 2014). Além disso, pode ser visto através das evidências que clientes e familiares esperam muitas vezes o médico iniciar a conversa sobre os cuidados paliativos por sua vez, médicos também aguardam os clientes e familiares solicitarem tal conversa. Essa espera de ambas as partes pode virar um ciclo perpétuo de não discussão, o qual é alimentado por múltiplas barreiras relacionadas aos profissionais como medo do impacto sobre o cliente e destruir a esperança, sentir-se despreparado para informar honestamente, falta de treinamento em comunicação e falta de consenso entre a equipe sobre prognóstico, tratamento e tomada de decisão no fim da vida (ANDERSON; KOOLS; LYNDON, 2013; ENZINGER *et al.*, 2015; PFEIL *et al.*, 2015; VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER, 2014).

Com isso, observou-se que a comunicação na transição para os cuidados paliativos muitas vezes não ocorre ou é falha, o que resulta na incompreensão acerca do prognóstico e consequentemente dos cuidados paliativos. Nesse aspecto Lennes *et al.* (2013) demonstra em

sua pesquisa que 66% dos clientes submetidos a tratamento quimioterápico acreditavam que tinham intenção curativa, porém os médicos responsáveis relataram que o objetivo não era de cura, enquanto isso, de forma menos incomum, mas não menos importante, 33% dos clientes acreditavam que o tratamento não era curativo, porém os médicos declararam que a intenção era de cura. Logo a transição para os cuidados paliativos é um momento caracterizado muitas vezes por discrepâncias entre o conhecimento do cliente e do médico sobre a doença, configurando assim, um potencial marcador de comunicação inadequada (ANDERSON; KOOLS; LYNDON, 2013; ENZINGER *et al.*, 2015; GRAMLING *et al.*, 2016; LENNES *et al.*, 2013; OOSTENDORP *et al.*, 2016; PFEIL *et al.*, 2015). Ao mesmo tempo, tem sido identificado que os clientes desejam receber informação sobre possibilidades de cura ou não, relacionando o acesso a esse tipo de informação a atendimento de alta qualidade (ANDERSON; KOOLS; LYNDON, 2013; ENZINGER *et al.*, 2015; GRAMLING *et al.*, 2016; OOSTENDORP *et al.*, 2016; VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER, 2014).

Dessa maneira, múltiplas barreiras foram detectadas, as quais podem estar ligadas a fatores médicos, clientes e instituição, colaborando para uma comunicação inadequada, todavia as barreiras mais encontradas estão relacionadas à atitude dos profissionais, já que esses compreendem que seu trabalho é salvar vidas ao invés de fornecer uma morte da melhor maneira possível, o que promove tratamentos de sustentação de vida baseada apenas na decisão médica, favorecendo a falta de visão holística e impedindo a compreensão do cliente sobre quais são seus interesses nesse momento (ANDERSON; KOOLS; LYNDON, 2013; LENNES *et al.*, 2013; OOSTENDORP *et al.*, 2016; PFEIL *et al.*, 2015; VISSER; DELIENS; HOUTTEKIER, 2014).

Posto isso, é notória a necessidade de planejamento de estratégias para uma boa comunicação em transição para os cuidados paliativos, dessa forma os artigos relacionados à temática 2 (Estratégias para uma comunicação eficaz na transição para os cuidados paliativos) contemplam as principais estratégias utilizadas para uma comunicação mais eficaz na transição para os cuidados paliativos.

A comunicação entre a equipe-cliente-família é essencial para promover um cuidado holístico, a qual envolve compartilhar informações, pensamentos e sentimentos. Essa é considerada eficaz quando a interação transmite a mensagem pretendida, a qual dependendo da forma que é transmitida pode motivar a aceitação ou resistência ao que estar sendo informado, influenciando diretamente na aceitação e atitudes diante do diagnóstico, prognóstico e tratamento proposto (FAWOLE *et al.*, 2013; GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017). Por isso é importante intervir na melhoria da qualidade de comunicação com foco

centrado no cliente e família, visto que isso ajudaria a satisfazer as necessidades dos clientes e auxiliaria em sua futura tomada de decisão (BROM *et al.*, 2014; FAWOLE *et al.*, 2013).

Como estratégia primária para uma comunicação eficaz entre profissionais e clientes, é preciso que a educação em cuidados paliativos seja melhor ensinada nas academias, explorando teorias e sessões práticas para aprimoramento das habilidades comunicacionais na formação dos profissionais, além de realizar mais estudos que possibilitem alinhar melhor a postura que profissionais de saúde devem ou não assumir ao comunicarem ao cliente e família quanto à transição para os cuidados paliativos (GRANEK *et al.*, 2013; KAWAGUCHI *et al.*, 2017; MUNHOZ *et al.*, 2014).

Para que haja uma comunicação efetiva é necessário atenção, linguagem adequada e doação de tempo, sendo primordial para o cliente ter confiança em seu médico e toda equipe de saúde que faz parte desse cuidado, é preciso ser acolhido de forma digna e humanizado, onde obter informações sobre sua doença é uma questão prioritária nesse processo, desde o diagnóstico até as fases mais avançadas da doença (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; MUNHOZ, 2014).

Dessa maneira, uma das estratégias a ser priorizada para melhor qualidade na comunicação é que o anúncio da má notícia ocorra sempre em um local reservado e que essa sempre tenha a presença da tríade equipe-família-cliente (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017).

O trabalho em equipe formada por diferentes profissionais e recursos melhora a efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, principalmente quando há integração dos cuidados ativos com os cuidados paliativos (FAWOLE *et al.*, 2013; GRANEK *et al.*, 2013). Como integrante dessa equipe, o enfermeiro foi considerado uma estratégia de recurso importante, já que os clientes têm julgado como o profissional mais disponível para vinculação, pois esse estabeleceu confiança e oportunizou voz ao cliente, compreendendo-o integralmente desde o diagnóstico até o estágio avançado da doença (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017).

Nesse contexto, oportunizar discussões sobre a realidade da doença avançada é de importância ímpar para individualização do tratamento. Essa comunicação se torna fundamental para decisões futuras de tratamento, pois ajuda a conhecer as prioridades desses garantindo sua tomada de decisão além de facilitar o planejamento antecipado de cuidados e o ajuste dos objetivos de tratamento. É uma estratégia que requer equilíbrio entre fornecer informações suficientes, sem fornecer informações indesejadas pelo cliente, contudo, evita tratamentos agressivos e onerosos, além de internações desnecessárias, contribuindo para

melhor qualidade de vida (EPSTEIN *et al.*, 2016; GRANEK *et al.*, 2013; RODENBACH *et al.*, 2017; SALINS *et al.*, 2016).

Ainda nesse contexto estudos apontam que a individualização do tratamento torna a comunicação médico-cliente melhor. Para garantir a individualização do tratamento e colaborar para uma comunicação mais clara entre profissional de saúde e cliente é preciso saber as expectativas e reais necessidades desse, já que a comunicação sobre desejos, expectativas e preferências dos clientes para participação em futuras decisões de tratamento é de grande importância para conhecer as prioridades do cliente e garantir sua tomada de decisão (BROM *et al.*, 2014; FAWOLE *et al.*, 2013). Para isso é preciso que a equipe estimule o cliente a reconhecer seus sentimentos e a elaborar estratégias para adaptar-se a situação através da resignificação da doença e assim alcance sua autonomia dentro das suas limitações (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017).

Apesar da fase de transição para os cuidados paliativos ser uma fase estratégica para os profissionais compreenderem os desejos e necessidades de informação referidas pelos clientes, é importante relatar que o ideal é que o cliente receba os cuidados paliativos junto com o tratamento ativo dirigido à doença, pois isso possibilita melhor controle de sintomas, melhores comunicações sobre a saúde e capacita clientes e familiares na tomada de decisões (GRANEK *et al.*, 2013; KAWAGUCHI *et al.*, 2017; SALINS *et al.*, 2016).

Dessa maneira, as estratégias para uma melhor qualidade na comunicação com clientes com câncer avançado são primeiramente manter uma conversa aberta e honesta, focar nas metas do tratamento e no objetivo dos cuidados paliativos, tirando o foco da cura e proporcionando melhor qualidade de vida e controle de sintomas. É um instrumento de cuidado iniciar a comunicação o mais cedo possível e manter frequente, sendo realizada em diferentes momentos, já que às vezes não é possível para os clientes e familiares absorverem e compreender toda a informação em um só encontro (EPSTEIN *et al.*, 2016; GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; GRANEK *et al.*, 2013).

Diante do exposto, conclui-se que a produção científica sobre comunicação na transição para os cuidados paliativos oncológicos está centrada em pesquisas com desenho descritivo/qualitativas, considerado baixo nível de evidência, onde se verificou uma produção incipiente quanto à temática relacionado à realidade brasileira, sobretudo na área da enfermagem, necessitando da elaboração de estudos com melhor nível de evidência. Talvez o baixo número de produções da enfermagem acerca da temática possa ser justificado por muitos considerarem essa comunicação como ato exclusivo do profissional médico, todavia viu-se que a complexidade da comunicação de notícias difíceis em cuidados paliativos, exige

atuação de toda equipe de saúde, um trabalho interdisciplinar, visto que o cliente com câncer avançado sofre de problemas físicos, emocionais, sociais e até mesmo espirituais, exigindo de todos os profissionais uma assistência holística as necessidades do cliente diante das incertezas e dúvidas que marcam o momento da transição para os cuidados paliativos.

As categorias temáticas abordadas evidenciaram que a comunicação na transição para os cuidados paliativos ainda é um momento difícil e complexo para os profissionais de saúde, favorecendo barreiras comunicacionais entre a tríade equipe-cliente-família. Todavia é um momento estratégico para planejar e redesenhar objetivos de tratamento mesmo que já não haja possibilidade de cura, onde estratégias como uma comunicação honesta, o mais breve possível e contínua são importantes, porém, sobretudo deve-se repetir as preferências do cliente para que haja uma comunicação eficaz.

Conforme os resultados obtidos, recomenda-se que sejam realizadas pesquisas que explorem a realidade brasileira sobre a comunicação na transição para os cuidados paliativos, tal qual explorem como as habilidades comunicacionais na assistência do enfermeiro podem contribuir para reduzir barreiras e aumentar estratégias para qualificar o processo comunicacional.

Por outro lado, acredita-se que a revisão apresenta limitações, tais como o limite de cinco anos para inclusão dos estudos, a utilização de um descritor específico da área da enfermagem, além da falta de acesso a outras bases de dados, os quais podem ter levado a dispensar a inclusão de alguns estudos, sobretudo da área da enfermagem, que poderiam ter sido investigados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Teoria das Relações Interpessoais no contexto dos cuidados paliativos

O processo de comunicação e as habilidades de relações interpessoais são componentes básicos para um atendimento de alta qualidade e competência profissional. Nesse sentido, esses sustentam as relações humanas e funcionam como um instrumento de ajuda terapêutica que subsidia a prestação de cuidado individualizado que todo cliente em cuidados paliativos necessita (SILVA, 2013; STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Dessa forma, a comunicação é um instrumento de cuidado em enfermagem, a qual está presente em todas as ações realizadas com o cliente, como orientar, informar, apoiar, confortar e atender suas necessidades básicas, onde para cuidar é preciso relacionar-se com o outro e estabelecer um vínculo de confiança, na qual a base está centrada na comunicação (GALVÃO, 2016; PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Considerando que a comunicação é um dos pilares que sustenta a assistência em cuidados paliativos, e conhecendo a importância da comunicação terapêutica e como esta influencia no restabelecimento de saúde do cliente, é preciso avaliar se esta ocorre e como ocorre, de modo a realizar uma reflexão sobre a relevância desse cuidado para contribuir na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem referente ao processo de comunicação (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Dessa forma, é extremamente importante a utilização da Teoria das Relações Interpessoais não somente na prática da enfermagem, assim como por outros profissionais de saúde que assistem o cliente em cuidados paliativos para criar estratégias e oportunizar o processo de comunicação e o relacionamento interpessoal (MERRITT; PROCTER, 2010).

Portanto, o presente estudo está pautado na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau. Para a teórica, o fenômeno de enfermagem é como um processo interpessoal, onde o foco principal está centrado na relação enfermeiro-cliente, cujo objetivo é identificar conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se estabelecem na prática da enfermagem de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (PEPLAU, 1990).

Na percepção da teórica, a enfermagem é uma relação humana entre uma pessoa enferma que necessita de serviços de saúde e um enfermeiro especializado para reconhecer e

responder a necessidade de ajuda, no qual três fatores são necessários para a relação interpessoal ser estabelecida como um processo de aprendizagem: o enfermeiro, o cliente e seus respectivos contextos de vida (FREIRE *et al.*, 2013). Essa estabeleceu um novo significado para o cuidado de enfermagem, priorizando a dimensão psicológica e subjetiva do cliente, na qual buscou valorizar a expressão dos sentimentos destes, assim como ajudá-los a lidar com essa experiência, afastando a doença como foco principal da assistência (GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

O modelo teórico de Peplau surgiu na enfermagem psicodinâmica, a qual é definida como a capacidade de compreender o comportamento das pessoas para identificar as necessidades e dificuldades sentidas para aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência, o que permite a concepção de conceitos do processo de comunicação e relações interpessoais, as fases da relação enfermeiro-cliente e os diferentes papéis do enfermeiro que ocorrem ao longo da trajetória terapêutica (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; SANTOS *et al.*, 2014).

Peplau explica a necessidade de trabalhar com o entendimento do cliente e dar voz a esse, já que cada indivíduo reage de forma diferente à doença. Somente a partir desse entendimento por parte do enfermeiro é possível implementar os cuidados de enfermagem. Por isso o relacionamento interpessoal é importante para identificar a individualidade do cliente e trabalhar em cima da dificuldade apresentada por ele, da maneira que possa torná-lo coparticipativo no tratamento. Será através do vínculo entre equipe e seus clientes que possibilitará a realização de uma escuta acolhedora, contribuindo para o conhecimento da individualidade do cliente (PEPLAU, 1991; SANTOS *et al.*, 2014).

Posto isso, com o desenvolvimento de uma relação interpessoal no cuidado com o cliente, utilizando como base a teoria de Peplau, o enfermeiro e os demais profissionais tem a chance de tornar a comunicação mais adequada e eficaz, pois através dessa é construído o vínculo efetivo com os clientes, onde o conhecimento e as percepções do cliente devem sempre ser levados em consideração, possibilitando o atendimento de todas as necessidades de saúde (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008; SANTOS *et al.*, 2014).

Frente a isso, Peplau descreve em sua teoria quatro fases da relação enfermeiro-cliente, as quais são: **orientação, identificação, exploração e resolução**. Além disso, a teórica enfatiza que o enfermeiro deve usar os instrumentos da comunicação, os quais são: escuta, esclarecimento e aceitação, e que a enfermagem e/ou equipe exerce seis papéis fundamentais: estranho, provedor de recursos, professor, líder, substituto e assessor/conselheiro (SILVA, J. P. G. *et al.*, 2015).

Segundo Galvão, Borges e Pinho (2017), a fase de orientação está relacionada a esclarecimentos prestados pelo enfermeiro, quando o cliente busca ajuda e descreve sua “necessidade sentida”. Nessa fase o enfermeiro ainda desempenha um **papel de estranho**, pois é o primeiro encontro entre ambos, onde a postura do enfermeiro deve estar pautada na cortesia.

Na fase de identificação, o cliente já consegue definir as pessoas que podem atender suas necessidades e estabelece afinidade, por isso nessa fase o profissional já consegue estabelecer uma comunicação terapêutica, a qual precisa ser clara, objetiva, honesta e estar disponível para escutar o outro, para que essa seja considerada adequada e eficaz (GALVÃO, 2016). Neste momento, o enfermeiro assume o **papel de substituto** designado pelo cliente ao compreender a enfermeiro como aquela que ocupa o lugar do outro, onde sua função é auxiliar o cliente a identificar as semelhanças e diferenças entre ela e essa pessoa (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Posteriormente ocorre a fase de exploração, na qual o cliente utiliza todos os recursos ofertados por meio dessa relação para a satisfação de acordo com suas necessidades (SANTOS *et al.*, 2014). Nessa fase, muitas vezes o cliente busca suporte para sua tomada de decisões, dessa maneira o enfermeiro assume o **papel de provedor de recurso**. Para executar o papel de provedor de recursos, o profissional deve oferecer respostas específicas às necessidades apontadas pelo cliente para auxiliá-lo na compreensão do problema ou de uma situação nova (SILVA, J. P. G. *et al.*, 2015). Além disso, o enfermeiro também pode assumir o *papel de conselheiro* para responder as necessidades do cliente, através das habilidades comunicacionais, a fim de fazê-lo reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver os problemas que estão lhe impedindo de ter uma vida digna (TOMEY; ALLIGOOD, 2004)

Sendo assim, no trabalho em equipe com o cliente oncológico em cuidados paliativos, o enfermeiro pode assumir o **papel de líder**, tendo em vista que muitas vezes esse profissional é o elo entre o cliente e a equipe multiprofissional, no qual acaba assumindo um papel de direcionamento do cuidado (GALVÃO, 2016). Ao dispensar os cuidados ao binômio cliente-família, acaba realizando esclarecimentos e orientações, onde assume o **papel de professor**, cuja ação procede daquilo que o cliente e familiar sabem, e da capacidade de usar uma informação (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Por fim a última fase é chamada de resolução, a qual representa o momento que cliente solucionou suas necessidades através da comunicação terapêutica. Não ocorre uma dissociação completa entre o cliente e o profissional, já que esse relacionamento interpessoal com seu usuário deve ser de forma contínua (SANTOS *et al.*, 2014).

Abaixo segue o fluxograma com as fases da Teoria das Relações Interpessoais no contexto da comunicação na transição para os cuidados paliativos.

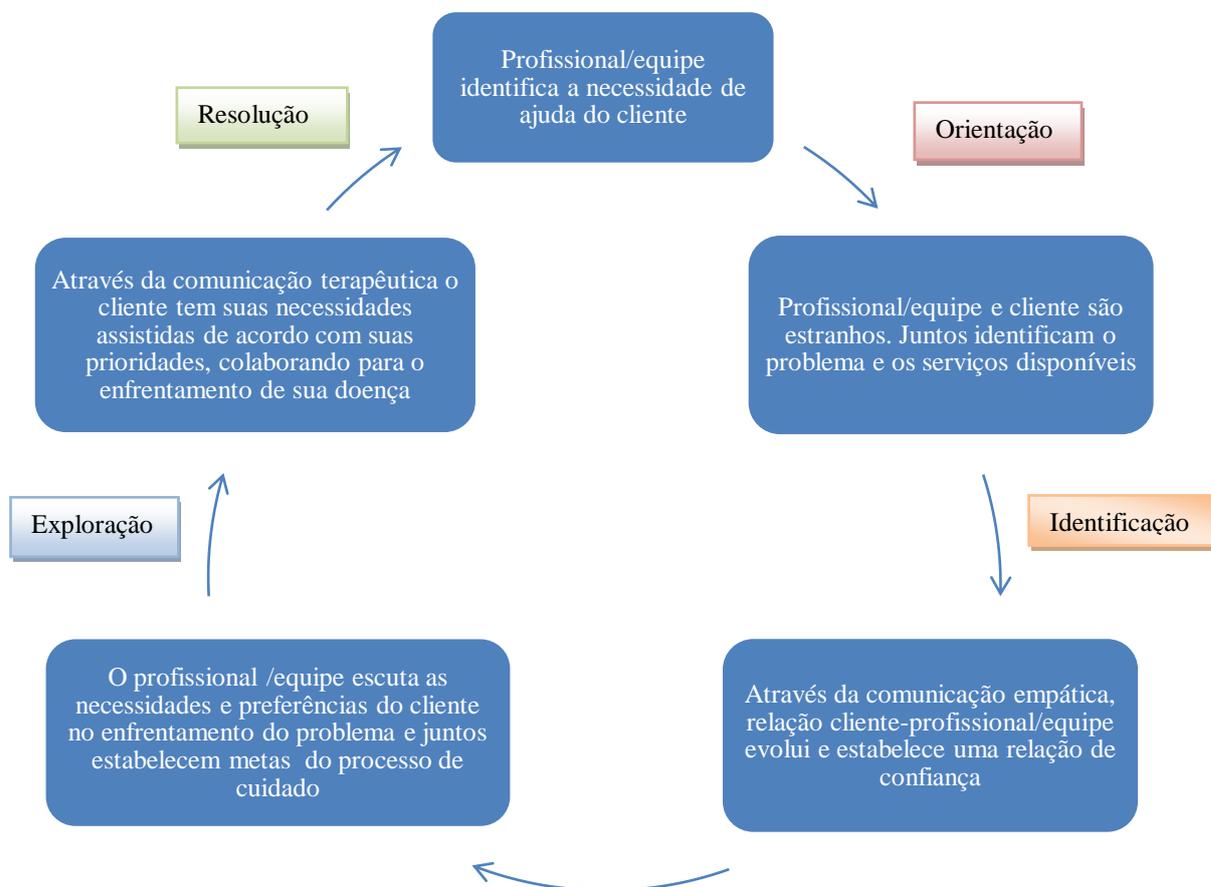


Figura 2 – Síntese das fases da Teoria das Relações Interpessoais no contexto da comunicação na transição para os cuidados paliativos

Fonte: A autora, 2019.

Diante das fases de Peplau, é percebido que o processo interpessoal relatado pela teórica resgata o sentido humano da atuação de enfermagem, cujo objetivo é que através do relacionamento o enfermeiro consiga propor cuidados, a partir das concepções do próprio indivíduo, visando ofertar um cuidado individualizado e coparticipativo na resolução dos problemas de saúde (GALVÃO; BORGES; PINHO; 2017; SANTOS *et al.*, 2014; SILVA, J. P. G. *et al.*, 2015).

Sendo assim, a Teoria das Relações Interpessoais, seus princípios e método, auxiliam a presente pesquisa na compreensão do processo de comunicação que pode ser estabelecido entre equipe-cliente para resolução das necessidades do mesmo. Tal processo relacional, dialogado e coparticipativo referido pela teórica contribui para o desenvolvimento de

diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos, a partir das necessidades e preferências apontadas pelo cliente, com o objetivo de facilitar e orientar esse processo para equipe, tornando essa comunicação mais eficaz e ao mesmo tempo favorecendo a autonomia do cliente.

3.2 Pesquisa Convergente Assistencial e procedimentos metodológicos

3.2.1 Tipo de estudo

Para atender os objetivos da presente pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade, cujo objetivo é trabalhar o universo de significados, valores e atitudes que se aplica ao estudo de história, relações, crenças, representações, percepções, produtos de interpretações que os seres humanos fazem sobre o que vivem, sentem e pensam, onde não podem ser reduzidos à mera quantificação de dados.

Esse tipo de abordagem utiliza-se de estruturas interpretativas e teóricas que investigam os problemas, estudando os significados que os investigados conferem a uma determinada questão social ou humana. A apresentação final contém não somente as falas dos participantes, mas também a reflexão do investigador sobre as múltiplas perspectivas dos participantes no estudo e interpretação da situação problema e a sua colaboração para o meio científico (CRESWELL, 2014).

O delineamento dessa pesquisa é uma aproximação à Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Essa é orientada pelo compromisso do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde as perspectivas dos profissionais ou usuários envolvidos na pesquisa. Sua premissa é a convergência de ações de pesquisa e de assistência em saúde com a finalidade de esclarecer necessidades de planejar e concretizar mudanças na prática assistencial em saúde e em especial na área de enfermagem. A mesma diferencia-se de outras pesquisas por propor desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e modificações na prática assistencial, além de requerer a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O conceito de convergência na PCA tem como característica fazer a junção das ações de assistência com a da pesquisa no mesmo espaço físico e temporal, proporcionando inúmeras possibilidades de descoberta de fenômenos. Sendo assim, o essencial nessa abordagem é a convergência ou até mesmo a justaposição dos processos da prática assistencial e investigação da pesquisa científica, produzindo ações de compromisso entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, o que leva a efetivar a construção do nexo entre pensar e fazer, buscando concretizar mudanças e inovações na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Dessa forma, Trentini, Paim e Silva (2014) declaram os quatro pressupostos básicos da PCA, os quais são:

- a) **imersibilidade:** o pesquisador deve estar imerso nas ações da pesquisa e da prática no campo a ser estudado, produzindo melhorias e justificando a escolha do espaço pelo fato de estar inserido na prática assistencial;
- b) **expansibilidade:** o método permite a expansão dos objetivos no curso da pesquisa, considerando a contribuição do discurso dos participantes;
- c) **simultaneidade:** implica as ações de aproximação, afastamento e convergência das ações de pesquisa e assistência, o qual poderá gerar mudanças para a prática assistencial a partir dos fenômenos investigados e vice-versa;
- d) **dialogicidade:** os processos da prática assistencial estão justapostos aos da investigação através de uma ação dialógica, cuja intenção é que através da troca de ideias entre pesquisador e participantes seja possível reconhecer o problema na assistência e gerar mudanças para melhoria da prática profissional sem descaracterizar a unidade em cada uma delas.

Além disso, as questões metodológicas em estudos orientados pela PCA são divididas em quatro fases: **concepção, instrumentação, perscrutação e análise**, os quais se mesclam durante todo o processo.

3.2.2 Trajetória do estudo

3.2.2.1 *Fase de concepção*

A fase de concepção relaciona-se ao que se pretendeu pesquisar. É o percurso de elaboração do projeto que se iniciou com a escolha do tema de pesquisa. Assim, a escolha temática, a participação nas atividades profissionais do local a ser pesquisado; a delimitação da área de interesse e a definição de um recorte do tema são essenciais para que este método seja desenvolvido.

Na PCA, o tema deve emergir da prática profissional. Nesse sentido, como enfermeira de um ambulatório de oncologia pude observar a necessidade de maiores informações do cliente sobre o percurso da doença e o tratamento proposto, já que muitas vezes, esse requeria da equipe de enfermagem respostas às suas necessidades principalmente durante a consulta de enfermagem realizada após mudança de protocolo para quimioterapia paliativa, o que dificultava a mesma saber até onde informar sobre as mudanças no seu tratamento.

Ao abordar os profissionais da equipe multiprofissional do serviço sobre a minha percepção da necessidade de melhorar a comunicação com o cliente oncológico na transição para os cuidados paliativos, os mesmos relataram várias situações da prática cotidiana que, segundo suas avaliações, precisavam ser mudadas para estabelecer uma comunicação mais efetiva nessa fase, porém sentiam dificuldades de adequar a comunicação às necessidades de informações dos clientes nesse momento de transição da terapêutica por considerarem uma notícia difícil de dar e por nem sempre atenderem os mesmos clientes, por isso muitas vezes esperavam que esse realizasse perguntas para facilitar o processo, o que poderia colaborar para falhas na comunicação, caso esse não realizasse questionamentos.

Diante disso, foi percebido que havia uma necessidade coletiva de melhorar a comunicação na transição para os cuidados paliativos.

Como os apontamentos da equipe já eram conhecidos, percebi então, que era necessário pesquisar sobre a perspectiva do cliente oncológico acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos para saber como ele avalia essa comunicação e compreender como ele gostaria de ser comunicado para que, a partir das evidências apontadas por ele fosse elaborado diretrizes para os profissionais como estratégia facilitadora para a

melhoria desse cuidado, a fim de torná-lo coparticipativo nesse processo e favorecer sua autonomia nessa comunicação.

Como o objetivo da PCA está em indicar ações para o cuidado de saúde, articulando as pessoas envolvidas no contexto a ser pesquisado, em uma relação de cooperação mútua, integrando a teoria com a prática, o fazer e o pensar, com a necessidade de renovar esta mesma prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), logo, o exercício de auto-indagação foi feito pela pesquisadora, a partir das seguintes indagações sugeridas por Trentini, Paim e Silva (2014): O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas? Através destas indagações juntamente com as questões apontadas pela equipe multiprofissional do serviço definiu-se a problemática, o objeto de estudo, justificativa e contribuições, onde foi proposto como contribuição do estudo, por meio, da sustentação da Teoria das Relações Interpessoais e da articulação com a PCA, a construção de diretrizes de comunicação na transição para os cuidados paliativos, a partir das evidências apontadas pelo cliente oncológico, o que contribuiu na participação dos informantes da pesquisa de forma única e que valorizou as partes importantes, estabelecendo um processo de coparticipação na construção do instrumento para melhoria da comunicação entre usuário e profissionais.

A partir de então foi explicado à chefia do ambulatório de oncologia o objetivo da pesquisa e suas contribuições para assistência, onde foi solicitada a autorização para realizar a pesquisa durante a minha prática assistencial. Após o aceite dei início à fase de instrumentação.

3.2.2.2 Fase de instrumentação

A fase de instrumentação é determinada pela busca de metodologias adequadas ao problema de pesquisa definido. Nessa fase do estudo foram incluídas as seguintes estratégias: a escolha do cenário da pesquisa, seleção dos participantes e escolha do instrumento e técnica de coleta de dados.

3.2.2.2.1 Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de quimioterapia de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro, prestador exclusivo de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)¹, onde a pesquisadora trabalha como enfermeira oncologista do referido ambulatório. A escolha do cenário deu-se pelo vínculo empregatício da pesquisadora com a mesma e por estar inserida no campo de estudo desenvolvido.

A equipe do ambulatório é composta por três enfermeiras, três técnicas de enfermagem, um administrativo, seis médicos e uma psicóloga. Essa unidade possui quatro cadeiras, uma maca para tratamento quimioterápico, e um posto de enfermagem que obtém total visibilidade dos leitos. Além disso, o ambulatório é composto por uma sala administrativa e três consultórios que são utilizados por médicos, enfermeiros e psicólogos para atendimento reservado do cliente.

O ambulatório de quimioterapia atende em média 15 clientes por dia, onde todos são encaminhados via Sistema de Regulação de Vagas de Consultas e Cirurgias (Sisreg). Os clientes são recepcionados pelo administrativo na recepção, onde é realizada a abertura de prontuário no dia da consulta agendada. Após isso, são chamados por ordem de chegada para a consulta médica. Durante a consulta são avaliados e comunicados sobre o diagnóstico e tratamento mais indicado de acordo com o estadiamento da doença. Se o tratamento quimioterápico for indicado, o cliente sai da consulta médica com a prescrição e é transferido para as enfermeiras do setor de quimioterapia, onde as sessões são agendadas de acordo com o protocolo programado e são explicados os fluxos nesse momento.

No dia agendado, o cliente aguarda ser chamado na recepção para a quimioterapia pelo enfermeiro. Ao entrar no salão, seus sinais vitais são verificados, o acesso venoso periférico é puncionado e a medicação é instalada. Caso o cliente seja primeira vez, a enfermeira realiza uma consulta de enfermagem prévia ao tratamento para explicar sobre o mesmo e os cuidados que o cliente deve ter. Posteriormente, o enfermeiro aciona a psicologia para uma conversa durante a quimioterapia. Caso o cliente necessite, a psicóloga agenda consultas posteriores. Se não for primeira vez, mas for um cliente que mudou de protocolo e objetivo de tratamento,

¹ Segundo a Portaria 140/2014 (BRASIL, 2014) para um hospital ser classificado como UNACON, este precisa ter atenção especializada em oncologia do adulto como consultas e exames, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e tratamento por cirurgia clínica, oncologia clínica e cuidados paliativos dos cânceres mais prevalentes – coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia.

esse também passa por um consulta de enfermagem e a mesma aciona a psicóloga para uma intervenção posterior sobre essa nova fase.

3.2.2.2.2 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram quinze clientes oncológicos em tratamento quimioterápico paliativo no ambulatório, maiores de 18 anos, que já tinham iniciado os cuidados paliativos referidamente em prontuário. A identificação dos clientes foi realizada com base em informações do prontuário como dados clínicos que confirmaram a evolução da doença como a descrição de protocolos quimioterápicos paliativos e termos que remetem aos cuidados paliativos: avançado, inoperável, paliativo, metástase à distância, fora de possibilidades terapêuticas e progressão de doença (PEIXOTO *et al.*, 2011), bem como a abordagem psicológica sobre o assunto por meio da evolução da psicologia. Como critério de exclusão optou-se por não abordar clientes com alterações cognitivas e dificuldade para falar.

3.2.2.2.3 Questões éticas

A presente pesquisa foi apoiada nos fundamentos da ética e estruturada conforme as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos, segundo a Resolução nº466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (CNS, 2013). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO), via plataforma Brasil, com Certificado de Apresentação para a apreciação Ética (CAAE): 99417418100005285 e aprovada pelo Parecer 3.137.508.

Os dados coletados foram tratados de forma anônima e confidencial, sendo assegurado o sigilo da identidade. Os mesmos foram utilizados apenas nesta pesquisa, porém os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo os arquivos digitais serão excluídos e os materiais físicos serão incinerados. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e assegurados do resguardo de qualquer constrangimento e possíveis riscos relacionados à pesquisa. Como havia possibilidade de

risco mínimo à dimensão psicológica, pelo fato de recordar vivências e mobilizar sentimentos durante as entrevistas, essas ocorreram em ambiente reservado para garantir a privacidade e o sigilo das informações. Para assegurar a privacidade, o instrumento de coleta de dados identificou os participantes com codificação alfanumérica. Além disso, foi oferecido pausa na entrevista e oportunizado momento de escuta terapêutica com um psicólogo, caso houvesse necessidade, demonstrando atenção e compreensão com o participante.

3.2.2.3 *Fase de perscrutação*

A fase de perscrutação é marcada por estratégias para obtenção de informações e para definição da análise de dados, marcada no estudo pelas fases descritas na coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.2.3.1 Coleta de dados

Na primeira etapa, a coleta de dados foi realizada através de consulta em prontuários com a finalidade de buscar dados clínicos que confirmassem a evolução da doença como a descrição de protocolos quimioterápicos paliativos e outros termos que remetesse aos cuidados paliativos, bem como a abordagem psicológica sobre o assunto por meio da evolução da psicologia.

Já na segunda etapa foi realizado um “teste piloto” através da aplicação do instrumento de coleta de dados com um participante. Este trabalho serviu como “piloto” para avaliar o roteiro de entrevista semiestruturada, e para a entrevistadora familiarizar-se ainda mais com o objeto de estudo e o método de entrevista. O participante julgou a entrevista clara e apropriada para o contexto, já a pesquisadora percebeu a necessidade de integrar ao roteiro um convite ao participante para relatar um breve histórico da sua jornada terapêutica como estratégia para que o cliente se sentisse mais a vontade para responder as perguntas posteriores.

Posteriormente iniciou-se a terceira etapa, onde foi feito o convite para participar da pesquisa e sensibilização dos possíveis participantes durante o período de trabalho da

pesquisadora no ambulatório de oncologia. Foi explicado o desenvolvimento do estudo e resultados esperados, assim como os aspectos éticos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para confirmação do entendimento e a espontaneidade em participar da pesquisa.

Em seguida, quarta etapa, houve o encontro com os participantes no setor de oncologia, onde foi realizada a entrevista individual (APÊNDICE B, Parte I). O diálogo iniciou-se durante a prática assistencial, com a finalidade de obter informações sobre a identificação pessoal, perfil clínico e sociodemográfico para caracterizá-los e conhecer sua realidade.

A quinta etapa se destinou à discussão com os participantes para levantamento de temas acerca de suas experiências prévias acerca da comunicação com os profissionais; necessidades, preferências sobre como gostaria que os profissionais conversassem com eles e como poderia se melhorar essa comunicação na transição para os cuidados paliativos. Para isso, foi realizada uma entrevista com o auxílio de um roteiro de perguntas abertas (APÊNDICE B, Parte II). Esse momento foi propulsor de informações, contribuindo para a discussão e orientação dialogada, nas quais os clientes foram estimulados a refletir sobre os temas em pauta.

Nesse processo de discussão dialogada surgiram as demandas de cada participante, onde aproveitaram para relatar incertezas sobre suas experiências vividas perante o tratamento, as dificuldades encontradas na comunicação com os profissionais e o que gostaria que fosse modificado para melhor comunicação durante as consultas. Isso possibilitou compartilhar meus conhecimentos sobre o tema, realizar orientações sobre seus direitos às informações e retirar dúvidas não esclarecidas sobre etapas do tratamento. Essa fase forneceu subsídios importantes à construção de diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos e caracterizou a convergência de ações da pesquisa com as da assistência que ocorreram no mesmo espaço físico e temporal, conforme recomenda a PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A coleta de dados transcorreu em um período de 30 dias. A duração das entrevistas foi em média de 30-40 minutos. Foi disponibilizado um psicólogo para oportunizar momentos de escuta terapêutica, caso necessário já que o assunto abordado poderia sensibilizar e gerar vários sentimentos. As entrevistas foram gravadas através de gravador digital com a finalidade de registrar com exatidão as falas, o que contribuiu para o estabelecimento de fidedignidade para os dados na transcrição das mesmas.

O dimensionamento do número de entrevistas seguiu o critério de saturação. Conforme Minayo (2014) esse conceito descreve o alcance de homogeneidade nas informações do grupo em estudo a partir de várias perspectivas do pesquisador, ou seja, é o momento que o acréscimo de dados na pesquisa não alterara a compreensão e resultado do objeto estudado.

Posteriormente, na sexta etapa, foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra à medida que fosse realizado a coleta de dados. Esses foram tratados de forma anônima e confidencial. Nessa etapa houve o afastamento do campo da assistência para analisar as informações obtidas a partir da discussão dialogada com cada participante e foram elaboradas as diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos, caracterizando o momento de distanciamento das ações da assistência e da pesquisa, conforme preconiza a PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.2.4 *Fase de análise*

Após a coleta e transcrição dos dados foi iniciada a fase de análise e interpretação dos dados. Para esse fim foi adotado a análise temática, que segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016), desenvolve-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A partir de então foi realizado a análise das quinze entrevistas. Na primeira etapa chamada pré-análise houve a seleção das ideias iniciais do material resultante das entrevistas transcritas, as quais configuraram o corpus do estudo. Foi realizada a leitura flutuante das transcrições e marcado semelhanças e contrastes das mesmas. Nesse processo determinaram-se os indicadores para a interpretação final e definiram-se as unidades de registro (UR) a serem recortadas. (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

A UR é obtida a partir da decomposição do conjunto da mensagem. Podem ser utilizadas palavras, frases, orações ou temas, esta última, se refere à unidade maior em torno da qual se tira uma conclusão (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016). Nesse estudo, o *corpus* foi constituído pelas 15 entrevistas, onde se definiu como UR o tema.

Com base nas questões norteadoras, nos objetivos do estudo, o referencial teórico do estudo, a fase de exploração resultou na identificação de 31 temas, onde ocorreu a codificação das UR identificadas. Na presente pesquisa, as UR foram numeradas de forma cardinal em

ordem crescente, onde se identificou 321 UR no total. Posteriormente houve o agrupamento das UR em razão de características comuns, a qual resultou na construção de três subunidades temáticas, onde o cálculo das frequências absolutas (FA) e percentuais pertinentes foi realizado (Quadro 5), configurando a última etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que evidenciam as informações obtidas pelas outras etapas, quantificando em figuras, tabelas, entre outros, segundo suas semelhanças ou diferenciação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016). Aqui as inferências dos resultados foram feitas lançando-se mão de premissas aceitas pela pesquisadora.

Dessa forma, os resultados obtidos foram interpretados e discutidos com a literatura referente ao objeto de estudo, onde foi utilizada como premissa além do freqüenciamento (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes), a relevância implícita (tema importante que não se repete tantas vezes, mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo). Segundo Campos (2004) as duas modalidades não são excludentes. Logo após essa etapa foram feitas descrições das subunidades temáticas expondo os achados encontrados na análise.

Quadro 5 – Definição das subunidades temáticas (continua)

Temas	UR (FA)	UR (FR%)	E (FA)	Subunidade temática	Total UR /Subunidade temática (FA)	Total UR/ Subunidade temática (FR%)	Códigos Temas
Sentença de finitude	7	2,2	3	Notícias difíceis: do diagnóstico aos cuidados paliativos	124	38,5	1/2/3/4/5/6/7/8/9/22
Notícia de câncer	15	4,7	10				
Marca definitiva da doença	2	0,6	1				
Notícia da doença avançada	23	7,1	10				
Dificuldade na continuidade do tratamento	3	0,9	2				
Compreensão do objetivo terapêutico	26	8,1	13				
Noção do avanço da doença	27	8,4	12				
Não compreensão do objetivo terapêutico	2	0,6	2				
Resiliência	8	2,5	6				
Percepção do controle da doença	11	3,4	7				

Quadro 5 – Definição das subunidades temáticas (conclusão)

Confiança na equipe	12	3,7	7	Comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma avaliação do cliente oncológico	73	22,6	14/15/16/17/18/19/20/21/23
Comunicação verdadeira	12	3,7	6				
Comunicação empática	7	2,2	4				
Linguagem técnica	4	1,2	4				
Linguagem acessível	14	4,3	11				
Liberdade na comunicação	6	1,9	5				
Comunicação não esclarecedora	10	3,1	5				
Comunicação omissa	5	1,6	3				
Comunicação não empática	3	0,9	1				
Necessidade de informação prognóstica	7	2,2	4	Necessidades e preferências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos	124	38,7	10/11/12/13/24/25/26/27/28/29/30/31
Sem necessidade de informação	6	1,9	5				
Não saber pra não sofrer	12	3,7	6				
Necessidade de informação sobre o tratamento	11	3,4	4				
Preferência pela verdade	39	12	13				
Preferência pelas boas notícias	3	0,9	2				
Preferência pela linguagem simples	3	0,9	2				
Preferência pela comunicação empática	3	0,9	2				
Preferência pela participação familiar	17	5,3	13				
Preferência pela participação ativa no tratamento	15	4,7	11				
Preferência pela participação passiva no tratamento	6	1,9	4				
Preferência pela não participação familiar	2	0,6	2				
TOTAL	321	100					

Legenda: FA – Frequência absoluta; FR – Frequência relativa.

Fonte: A autora, 2019.

As subunidades temáticas formadas são: 1 - Notícias difíceis: do diagnóstico aos cuidados paliativos; 2 - Comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma avaliação do cliente oncológico; 3 - Necessidades e preferências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos. As três subunidades temáticas foram classificadas nas quatro fases do relacionamento interpessoal proposta por Peplau, conforme a Figura 3 a seguir:



Figura 3 – Classificação temática nas quatro fases da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau

Fonte: A autora, 2019.

A fase de orientação identificada na subunidade temática 1 - Notícias difíceis: do diagnóstico aos cuidados paliativos, apresentou 124 unidades de registro e 10 temas, porém destes os que tiveram maior frequência foram noção do avanço da doença, compreensão do objetivo terapêutico, notícia de doença avançada, notícia de câncer com 27, 26, 23, 15 UR respectivamente. Contudo, também foram exploradas na discussão outras unidades de registro que tiveram menor frequência, porém havia relevância pra temática do estudo como: percepção do controle da doença (11 UR) e não compreensão do objetivo terapêutico (duas UR). A análise em questão verificou falas ricas sobre a comunicação de notícias difíceis no trajeto terapêutico avaliado como momentos estressores e de grande impacto nas suas vidas desde o diagnóstico até os cuidados paliativos, porém marcado pelas orientações fundamentais da equipe para esclarecer o momento vivido e responder as necessidades sentidas.

A fase de identificação detectada na subunidade temática 2 - Comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma avaliação do cliente oncológico, apresentou 73 UR e 9 temas. Dentre estes os que tiveram maior frequência no estudo foram confiança na equipe, comunicação verdadeira e linguagem acessível com 12, 12 e 14 UR na devida ordem. Devido o valor de outros temas para a discussão dessa subunidade que está relacionada diretamente

ao objetivo da pesquisa, optou-se por esmerilar também os demais temas. A análise permitiu verificar a importância da comunicação e o relacionamento interpessoal para o estabelecimento de vínculo e confiança entre equipe e cliente. O acolhimento e o bom tratamento geram uma relação mais íntima que resulta em liberdade na comunicação, sendo avaliado como uma comunicação verdadeira e de fácil entendimento devido à linguagem mais popular utilizada pelos profissionais, ainda assim em alguns casos a comunicação franca e fácil não foram suficientes para uma comunicação esclarecedora na perspectiva dos clientes, o que resultou em mais necessidades de informações, conforme apresenta a subunidade temática 3.

Na subunidade temática 3 - Necessidades e preferências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos foram explicitadas as fases de exploração e resolução de Peplau. Foi formada por 124 UR e 12 temas. Os temas de maior frequência foram preferência pela verdade (39 UR), preferência pela participação familiar (17 UR), preferência pela participação ativa no tratamento (15 UR), necessidade de informação sobre o tratamento (11 UR) e não saber pra não sofrer (12 UR). Através da análise evidenciou-se que o cliente tem necessidade de obter mais informações sobre tratamento e prognóstico de acordo com o seu grau de interesse, ou até mesmo não querer saber nada, e por isso suas preferências acerca das informações são divergentes. Por conta disso, deve-se dar prioridade a escuta ativa como instrumento de comunicação para conhecer as preferências relacionadas à comunicação na transição para os cuidados paliativos e compreender a maneira que gostaria de ser ajudado.

Segue abaixo o Quadro 6 que apresenta a síntese das Fases de PCA realizadas nessa pesquisa.

Quadro 6 – Síntese das fases da pesquisa convergente assistencial

FASES DA PCA	DEFINIÇÕES	FASES DA PESQUISA
<u>CONCEPÇÃO</u>	Fase construída a partir da reflexão sobre o tema da pesquisa que envolve revisões de literatura e decisões sobre o percurso metodológico a ser realizado.	Definiu-se: <ul style="list-style-type: none"> • Problemática • Objeto de estudo: A comunicação na transição para os cuidados paliativos, na perspectiva do cliente oncológico. • Contribuição do estudo para a prática: diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos, a partir das evidências apontadas pelo cliente oncológico.
<u>INSTRUMENTAÇÃO</u>	Fase em que os procedimentos são detalhados e realiza-se a descrição do método para o alcance dos objetivos da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Local de Estudo: ambulatório de oncologia. • Participantes da Pesquisa: clientes em tratamento quimioterápico paliativo. • Instrumento de pesquisa para coleta de dados: entrevista semiestruturada.
<u>PERSCRUTAÇÃO</u>	É nesta fase que se determinam as estratégias para a obtenção das informações e para a definição da análise dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª etapa: análise documental em prontuário. • 2ª etapa: “Teste piloto” para aprimoramento do instrumento de pesquisa. • 3ª etapa: Convite aos participantes dentro dos critérios de inclusão. • 4ª etapa: Entrevista individual para caracterização do perfil clínico e sociodemográfico após o aceite dos participantes e assinatura do TCLE. • 5ª etapa: Entrevista individual com o auxílio de perguntas abertas. Momento propulsor de discussão e orientação dialogada entre os participantes e a pesquisadora. • 6ª etapa: Afastamento da pesquisadora para transcrição das entrevistas e análise dos dados.
<u>ANÁLISE</u>	É composta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> • A análise dos dados foi realizada a partir da análise temática, através da codificação dos dados e contextualização com a Teoria das Relações Interpessoais. • A partir das evidências apontadas pelos participantes foi realizada a elaboração de diretrizes como proposta para comunicação eficaz na transição para os cuidados paliativos.

Fonte: A autora, 2019.

3.3 Alinhamento entre referencial teórico e metodológico

Ao utilizar a Teoria das Relações Interpessoais como referencial teórico e a PCA como referencial metodológico foi verificado o alinhamento entre teoria e pesquisa em direção à prática assistencial.

Ambas se preocupam com o fazer em enfermagem e sugerem processos, uma de atuação de enfermagem e outra de investigação, que devem ser seguidos para a melhoria da assistência, a partir das relações dialogadas entre enfermeiro/pesquisador e cliente/participante.

A visão holística apresentada pela teórica e seu compromisso em dar voz aos clientes corroboraram com a primícia da PCA em valorizar a cooperação dos participantes da pesquisa para resolução de problemas da assistência, o que contribuiu de forma ímpar para realização da pesquisa e elaboração das diretrizes a partir das necessidades e preferências apontadas pelos clientes.

Dessa forma, o processo descrito por Peplau permitiu um direcionamento sobre a forma de investigar, onde as etapas interativas entre enfermeiro e cliente para a resolução de um problema de saúde foram reproduzidas por mim como pesquisadora e por usuários como participantes da pesquisa para solucionar um problema científico que emergiu da prática assistencial. A seguir segue o fluxograma com as fases da PCA alinhadas à Teoria das Relações Interpessoais que ocorreram durante a pesquisa.

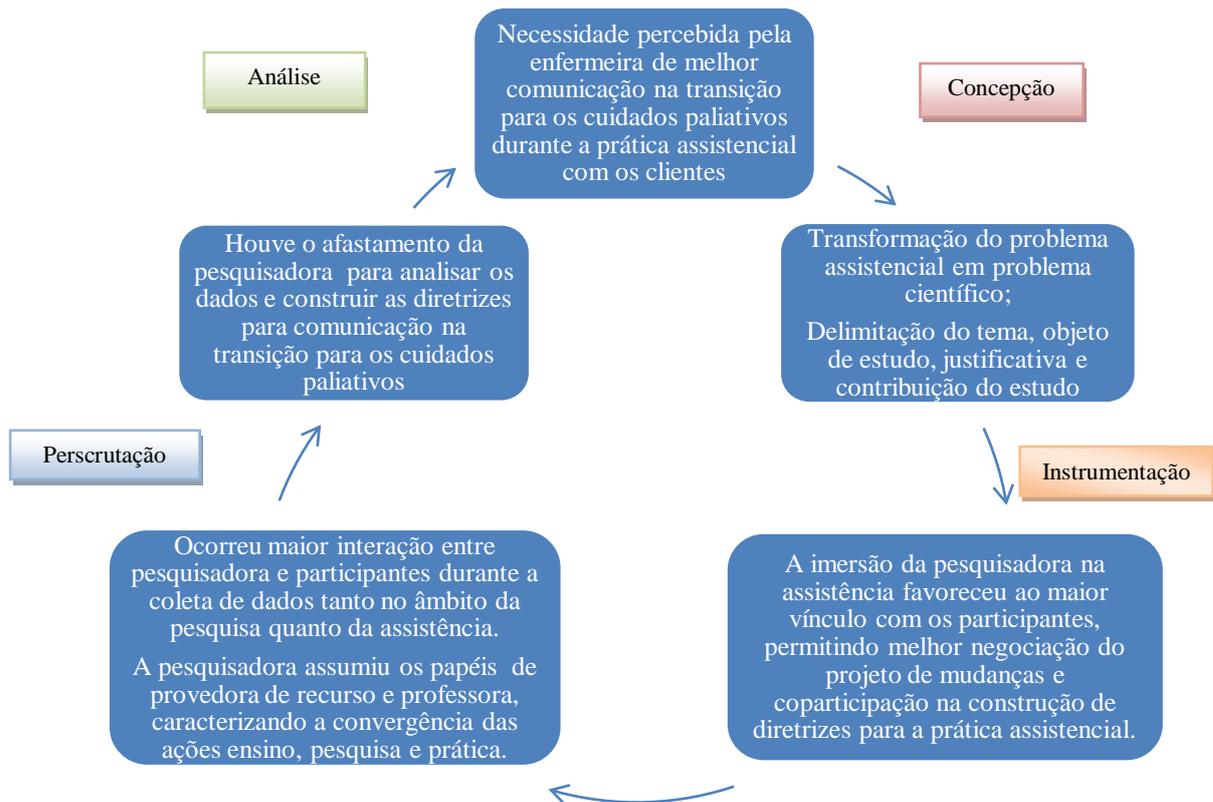


Figura 4 – Fluxograma das fases da PCA alinhadas à Teoria das Relações Interpessoais
Fonte: A autora, 2019.

A interação entre enfermeira e cliente que vivenciei durante a prática assistencial me forneceu pistas das dificuldades de compreensão acerca do seu problema de saúde e carências de informação sobre o tratamento, onde percebi suas necessidades referentes à comunicação com os profissionais na transição para os cuidados paliativos, caracterizando a fase de orientação. Essa correspondeu à fase de concepção da PCA, onde o tema da pesquisa emergiu da prática assistencial e foi realizada a delimitação do problema. Nesse momento, refletiu-se como poderia melhorar tal assistência, na qual se reconheceu que para isso era necessário identificar as necessidades e preferências do cliente sobre esse cuidado, com o objetivo de dar voz e favorecer sua autonomia nesse processo.

A fase de identificação foi reconhecida na fase de instrumentação da PCA, já que a minha imersão como pesquisadora e agente ativa da assistência no cuidado permitiu maior vínculo e diálogo com os participantes, os quais colaboraram para que esses se sentissem mais a vontade para participar da pesquisa. Nessa fase foi negociado o projeto de mudanças com os participantes para que os mesmos fossem partícipes na construção de diretrizes para melhorias na prática assistencial, e então foram traçadas as metodologias adequadas ao problema de pesquisa.

Já a fase de exploração apresentou-se durante a fase de perscrutação da PCA, onde durante a coleta de dados utilizei os instrumentos de comunicação que Peplau relata como: escuta, esclarecimento, ensino e interpretação, o que favoreceu a discussão e orientação dialogada entre enfermeira-cliente. Nessa fase, houve maior interação entre eu e os participantes tanto no âmbito da pesquisa quanto da assistência, o que possibilitou penetrar no contexto de vida dos mesmos, assim como na realidade da assistência, permitindo investigar o problema/objeto de estudo de forma ímpar, e assumir diferentes papéis como de provedora de recurso e professora, caracterizando a convergência das ações ensino, pesquisa e prática.

Dessa forma, a fase de resolução equivaleu à última fase da PCA, análise. Como pesquisadora, me afastei da prática assistencial e saí munida de informações para analisar os dados coletados e transferir o conhecimento gerado pela pesquisa para a prática com o objetivo de atender as necessidades e preferências do cliente oncológico nesse processo, da mesma forma que como enfermeira, após as intervenções realizadas durante a convergência das ações na fase anterior, me distanciei gradualmente para que o cliente conseguisse fortalecer a capacidade de atuar por si próprio como principal agente do seu cuidado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui são apresentados os resultados obtidos na pesquisa e suas análises, de acordo com o roteiro de entrevista semiestruturada com o cliente (APÊNDICE 2), a busca de dados no prontuário e conforme a metodologia de pesquisa descrita anteriormente.

4.1 Perfil clínico e sociodemográfico dos participantes

Para a construção do perfil dos participantes foram identificadas características clínicas do câncer e dados sociodemográficos. Acredita-se que as características como idade, tempo de tratamento em cuidados paliativos, estado civil, religião e escolaridade são elementos importantes para o contexto da comunicação e que podem influenciar diretamente neste, nas necessidades e preferências na transição para os cuidados paliativos e consequentemente na avaliação sobre a comunicação. Além disso, as características sociodemográficas são essenciais para o pesquisador conhecer informações que traduzam qualidades a amostra a ser estudada, consideradas importantes para compreender os resultados durante o processo de análise dos dados. Com isso segue o Quadro 1 que dispõe sobre as características clínicas e sociodemográficas dos participantes.

Quadro 7 – Características clínicas e sociodemográficas dos participantes (continua)

P	Sexo	Idade	Diagnóstico	Início da quimioterapia paliativa	Estado civil	Religião	Escolaridade
E-1	Masculino	29	Linfoma não <i>hodking</i>	13/01/2016	Solteiro	Sem religião	Ensino médio incompleto
E-2	Feminino	58	Câncer de cólon/ metástase óssea, hepática e pulmonar	10/01/2018	Casada	Evangélica	Ensino médio incompleto
E-3	Masculino	56	Câncer de próstata/ metástase óssea	14/08/2018	Casado	Sem religião	Ensino médio incompleto

Quadro 7 – Características clínicas e sociodemográficas dos participantes (conclusão)

E-4	Masculino	51	Câncer de reto/ metástase pulmonar	31/01/2018	Casado	Católico	Ensino médio completo
E-5	Masculino	57	Tumor neuroendócrino em raiz de mesentério irressecável	26/11/2018	Solteiro	Espírita	Ensino médio completo
E-6	Feminino	62	Câncer de mama/ metástase óssea	14/06/2017	Casada	Católica	Superior completo
E-7	Masculino	61	Câncer de reto/ metástase no estômago e peritônio	23/11/2018	Casado	Católico	Ensino médio completo
E-8	Masculino	57	Câncer de estômago IV/ metástase hepática	03/04/2018	Casado	Evangélico	Ensino fundamental incompleto
E-9	Feminino	74	Câncer de ovário/ metástase no peritônio	12/07/2017	Casada	Espírita	Ensino fundamental completo
E-10	Feminino	76	Câncer de ovário/ metástase no reto	05/07/2018	Divorciada	Espírita	Ensino médio completo
E-11	Masculino	48	Câncer gástrico/ metástase óssea e hepática	04/07/2017	Casado	Evangélico	Ensino fundamental completo
E-12	Feminino	64	Colangiocarcinoma irressecável	10/08/2018	Casada	Espírita	Ensino médio completo
E-13	Masculino	64	Câncer de Cólon/ metástase hepática	18/06/2018	Divorciado	Católico	Superior completo
E-14	Feminino	65	Câncer de cólon IV/ progressão de doença	05/09/2017	Casada	Evangélica	Ensino médio completo
E-15	Feminino	45	Carcinoma neuroendócrino de pleura/Progressão de doença	12/02/2015	Divorciada	Evangélica	Ensino médio completo

Legenda: P – Participante.

Fonte: Prontuário dos participantes, 2019.

4.1.2 Caracterização dos participantes

Dos 15 participantes do estudo, oito (53%) eram do sexo masculino e sete (47%) do sexo feminino. Desses sete (47%) referiram ter ensino médio completo; três (20%) ensino médio incompleto; dois (13%) superior completo; dois (13%) fundamental completo e um (7%) fundamental incompleto. Quanto à religião dois (13%) relataram não ter religião; cinco (33%) eram evangélicos; quatro (27%) professavam o catolicismo e quatro (27%) eram espíritas. Quanto à faixa etária, um (7%) encontrava-se entre 20-29 anos; dois (13%) entre 40-49 anos; cinco (33%) entre 50-59 anos; cinco (33%) entre 60-69 anos e dois (13%) entre 70-79 anos. Em relação ao estado civil, 10 (67%) relataram serem casados, três (20%) divorciados e dois (13%) solteiros. Quanto ao diagnóstico, três (20%) apresentavam câncer de cólon, dois (13%) tinham Câncer gástrico, dois (13%) no ovário, um (7%) no reto, um (7%) de mama, um (7%) de próstata, um (7%) hepático e um (7%) tumor neuroendócrino. Quanto ao período transcorrido do participante em quimioterapia paliativa, 13 (87%) estavam no intervalo de 0-1 ano e dois (13%) entre 2-3 anos.

Foi verificado nesse estudo que houve uma ligeira predominância do sexo masculino na condição de cuidados paliativos. A prevalência relativa do sexo masculino foi contra as expectativas, já que estudos demonstraram que em países em desenvolvimento como o Brasil é esperado o predomínio de câncer no sexo feminino devido ao alto índice de neoplasias específicas relacionadas a esse gênero. Além disso, a expectativa de vida do homem é 7,6 anos menor que da mulher, todavia a incidência de cuidados paliativos é diretamente proporcional ao avançar da idade (BASTOS *et al.*, 2018; IBGE, 2010).

Sobre a faixa etária houve maior frequência nos intervalos de 50-59 anos e 60-69 anos (33% em ambos), fato que vai de encontro com outros estudos onde também apresentaram predominância dessas faixas etárias, onde o mesmo pode estar relacionado ao aumento da expectativa de vida, o que pode ser reflexo dos avanços tecnológicos na saúde e assim colaborar para o aumento de incidência de doenças crônico-degenerativas na população como o câncer, e, portanto levá-los à necessidade de cuidados paliativos oncológicos (BASTOS *et al.*, 2018; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012).

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maior concentração da amostra foi entre os que declararam ter ensino médio completo (47%) e ensino médio incompleto (20%). Esses dados demonstram a mesma realidade de outras pesquisas com clientes com câncer em cuidados paliativos, onde se demonstrou maior concentração nas faixas de menor

escolaridade. Esse é um dado preocupante já que esse pode interferir diretamente na compreensão correta de orientações relacionadas à saúde e tratamentos. Além de estar relacionada a diagnósticos de câncer em estágios avançados, essa também está associada a piores padrões de cuidado à saúde, o que pode levar a uma pior qualidade de vida (BASTOS *et al.*, 2018; NOCE; REBELO, 2008; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012).

No contexto do estado civil, 67% dos clientes pesquisados eram casados. Os estudos não apontam relação significativa entre estado civil e clientes em cuidados paliativos, porém relatam que o apoio do cônjuge ou de outros familiares são importantes para pessoas com doença ameaçadora de vida, já que estas tendem a adaptar-se melhor à situação estressora que essa condição pode causar, quando tem níveis altos de apoio social (BASTOS *et al.*, 2018; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012).

No presente estudo houve uma discreta predominância de clientes que se declararam evangélicos. Em um estudo sobre enfrentamento espiritual com clientes com câncer mostrou que 90% ou mais desses consideravam a religião muito importante. Nesse aspecto, a espiritualidade é considerado um recurso de enfrentamento importante para lidar com situações consideradas difíceis. No caso de clientes em cuidados paliativos, ela pode ser um artifício para lidar com a terminalidade, reduzindo a ansiedade, o sofrimento e a dor provocados pelas doenças incuráveis (BASTOS *et al.*, 2018; EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Um fator relevante é que 40 % dos participantes apresentavam tumores no trato gastrointestinal. Excetuando os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto é o terceiro mais frequente entre homens e o segundo entre as mulheres, sendo a quarta principal causa de morte por câncer. Já o câncer gástrico é o quarto mais incidente entre homens e quinto entre as mulheres. A história familiar de câncer de cólon e reto e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino são os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia. Entretanto para ambos os tumores, uma dieta baseada em gorduras animais, baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais, assim como consumo excessivo de álcool e tabagismo são fatores de risco para o aparecimento da doença (INCA, 2018).

O achado sobre a predominância do sexo masculino e diagnóstico de câncer gastrointestinal na presente pesquisa vai de encontro com as evidências apontadas pela política nacional de atenção à saúde do homem, que demonstra a grande prevalência dos tumores oriundos do aparelho digestivo nessa população, assim como esses são os principais causadores de mortalidade junto com os tumores intestinais (BRASIL, 2008).

Todas as pessoas deste estudo possuíam câncer em estágio avançado. Dentre os termos encontrados em prontuário que caracterizavam a condição de cuidados paliativos, destacaram-se: progressão de doença, tumor irressecável, tumor metastático, quimioterapia paliativa e radioterapia paliativa. Além disso, 87% dos clientes em cuidados paliativos estavam em quimioterapia paliativa no intervalo de 0 a 1 ano em acompanhamento na instituição. Isso pressupõe a agressividade e o estado avançado da doença que os clientes apresentavam já no momento da admissão. Tal achado demonstra como o diagnóstico tardio de câncer diminui as chances de cura das pessoas, reduzindo sua sobrevida, sendo necessária a implementação dos cuidados paliativos para manutenção de conforto e qualidade de vida (Silva, M. M. *et al.*, 2015).

4.2 Unidade temática: a comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma perspectiva do cliente oncológico

4.2.1 Subunidade temática 1: notícias difíceis: do diagnóstico aos cuidados paliativos

Essa subunidade retrata o percurso do cliente oncológico marcado pela comunicação de notícias difíceis desde o diagnóstico até os cuidados paliativos, com orientações da equipe para esclarecer o momento vivido e responder a necessidades sentidas.

A trajetória do cliente oncológico inicia quando o mesmo sai em busca de resolução para os sintomas desagradáveis causados pela doença, o que lhe faz sair à procura de uma assistência para sua necessidade sentida. Essa busca à necessidade sentida é percebida nas seguintes falas:

[...] aí eu comecei a sentir dores, dorzinha, dorzinha, dorzinha até um dia que essa dorzinha aumentou, eu fui pro hospital [...]. Lá a médica disse pra mim que eu tava com tumor e que eu tinha que operar [...] fiquei internada aqui quando fiz a biópsia e aí começou a aparecer um problema aqui outro problema ali [...] (E14).

[...] eu comecei esse tratamento porque eu comecei a sentir dor no fêmur esquerdo, onde já tinha feito exame e não tinha acusado nada nessa parte do fêmur, a Dr^a pediu um outro exame de cintilografia óssea com contraste...e

acusou um tumorzinho no fêmur esquerdo, aí começou esse tratamento com quimioterapia (E3).

Para Souza *et al.* (2016) o caminho percorrido pelo cliente oncológico em busca do tratamento inicia-se até mesmo antes do estabelecimento do diagnóstico.

Nesse momento, profissionais e clientes ainda são completamente estranhos um ao outro, onde se inicia a fase de orientação de acordo com Peplau, um momento marcado pela busca por ajuda a uma necessidade sentida, a qual é caracterizada pela busca do cliente pelo profissional, a partir de uma “necessidade percebida”, que deve ser esclarecida e definida em conjunto nesta fase (FRANZOI *et al.*, 2016).

Em resposta a sua necessidade sentida o cliente tem seu diagnóstico estabelecido, onde a própria notícia de câncer é julgada um momento difícil de ser recordado pelos participantes pelo impacto negativo que essa trouxe a vida deles.

Depois da biópsia recebi o diagnóstico de câncer de reto [...]. A notícia de câncer geralmente é difícil né, a gente...(choro) (E4).

Aí fiz uma endoscopia aqui, aí acusou isso aí, que era um câncer que eles falam, né? Informaram que ele tava mais avançado e que se eu não operasse urgente eu poderia morrer, entendeu? (E8).

A revelação do diagnóstico de câncer caracteriza um momento difícil e delicado na vida do cliente e sua família, já que essa marca o início de uma série de mudanças no cotidiano e incertezas do que está por vir, por isso é considerado uma comunicação difícil por se tratar de uma transmissão de informação que altera drasticamente e negativamente a perspectiva do cliente, que apresenta ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social devido às repercussões físicas e psicossociais que pode causar (SILVA; SOUZA; RIBEIRO, 2018; SOUZA *et al.*, 2016).

Apesar do diagnóstico de doença ser um ato exclusivo do médico, o ato de transmitir notícias difíceis estará presente em algum momento na prática de qualquer profissional que atua em oncologia, o qual ainda é considerado um dos momentos mais complicados para os profissionais. Por isso é dever de todos os profissionais de saúde conhecer como fazer a comunicação de notícia difícil, essencialmente o enfermeiro, uma vez que permanece maior tempo com o cliente, muitas vezes sendo o elo de comunicação entre a equipe e o cliente (AFONSO; MINAYO, 2017; ANDRADE *et al.*, 2014; GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; LINO *et al.*, 2011).

Ainda que o câncer tenha grandes chances de cura quando realizado o diagnóstico precoce, o estigma carregado pela doença configura a notícia de câncer como um momento indesejado e difícil de receber. Para ANDRADE *et al.* (2014) o número ainda crescente de mortes por câncer torna-a uma doença temida e ainda carregada de estigma, sendo sinônimo de morte para muitos deles. Dessa maneira, a comunicação do diagnóstico de câncer representa um momento muito sofrido para o cliente, seus familiares e para o profissional, já que para clientes e familiares, a ocorrência da doença já gera o estigma da proximidade com a morte, enquanto para os profissionais fica a preocupação com o fato de o cliente/familiar conseguir suportar a escuta da informação sobre o diagnóstico (ANDRADE *et al.*, 2014; MOCHEL *et al.*, 2010).

Durante o itinerário terapêutico outra notícia marcante para os clientes foi a notícia de doença avançada marcada pela palavra metástase e impossibilidade de cura representada nos seguintes discursos:

Geralmente a notícia que você sabe é “DEU METÁSTASE, METÁSTASE” (E6).

[...] então depois da biópsia confirmou que era maligno né... maligno... que não tinha como ressecar, essas coisas né, e que eu tinha metástase em outras partes do corpo (E5).

[...] logo assim que o médico falou, ele disse que tratando curava né, mas não foi médico daqui da oncologia, foi antes quando tava no processo de fazer biópsia e logo após, logo após do tratamento aí eu vim a saber que no caso, não tinha, não tem cura (E11).

No caso da oncologia, a comunicação de más notícias pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, mas pode se suceder ao longo do tratamento como diagnóstico de doença avançada, recidiva/disseminação da doença, a comunicação de sequelas irreversíveis relacionadas ao tratamento que confere perda na qualidade de vida, progressão de doença por falha de tratamento término de recursos de cura e necessidade de encaminhamento para cuidados paliativos (CAPONERO, 2015; INCA, 2010; JACOBSEN; JACKSON, 2009).

A notícia de doença avançada ou agravamento da doença sem possibilidades de cura pode gerar novas dúvidas e necessidades de maiores informações sobre sua doença e perspectiva do futuro, dessa maneira não pode significar que não há mais nada a fazer, sendo muito importante a forma como a mensagem é transmitida.

Nesse contexto, Galvão, Borges e Pinho (2017) relatam que a aceitação e atitudes frente ao diagnóstico, prognóstico e tratamento estão diretamente ligados e influenciados pelo

relacionamento interpessoal e a forma como os profissionais conduzem o processo comunicacional.

Dessa maneira, na transição para os cuidados paliativos é importante favorecer a conscientização do cliente sobre o agravamento do seu quadro, um cuidado que não deve representar um sinal de desinvestimento, mas sim de rever prioridades e atribuir novo sentido a vida (BORGES; JUNIOR, 2014).

Devido ao desenvolvimento psicodinâmico da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, esta enfatiza que o comportamento assumido pelo profissional/equipe interfere diretamente na compreensão e aprendizado do cliente sobre seu processo de adoecimento e enfrentamento dos acontecimentos desagradáveis, além de influenciar o crescimento e amadurecimento pessoal do cliente através de adoção de princípios que tornam possíveis a orientação do cliente para resolução ou enfrentamento dos problemas relacionados à saúde (GALVÃO, 2016).

Foi possível notar que a forma como a equipe estabeleceu o processo de comunicação desde o diagnóstico até a transição para os cuidados paliativos parece ter facilitado a compreensão da doença avançada e objetivo terapêutico desse momento.

O que eu sei sobre a doença? É que... é um tipo de câncer que eu to e que não tem cura e que... é só tratamento, o que eu saiba é isso, ela tá se alastrando né, começou pela próstata e depois passou para várias partes da coluna, costela, o que eu sei sobre ela é isso [...]. Segundo a informação que tive é um tratamento bloqueador...que vai tentar manter a doença no nível que ela tá ou diminuir o máximo que puder, porque já disseram que é um câncer que não tem cura (E3).

Eu sei que é uma doença grave e é...rara, é uma doença rara e que tanto a quimio quanto a radio não tem muito efeito nela e...ela tipo só ameniza né, mas até hoje acho que ainda não descobriram um tratamento específico pra ela, então tem que fazer esse dois...ou a quimio ou a radio pra conter a doença [...]. É... é mesmo só pra conter a doença mesmo que ela não faz muito efeito mesmo nela, pra você ver, eu to fazendo quimioterapia há 1 ano...mesmo fazendo a quimio, o... o tumor cresceu, mas se não fosse a quimio acho que já tinha piorado mais ainda, mas [...] (E15).

Através das falas dos clientes foi possível apreender que a comunicação interpessoal entre equipe-cliente foi efetiva já que essa possibilitou a compreensão do momento terapêutico vivenciado atualmente. Diferentemente em outros estudos isso não foi visto, onde se mostrou que a maioria dos clientes apresentou discordância prognóstica e de objetivo terapêutico nesse momento, causado muitas vezes por barreiras na comunicação que podem estar vinculados às dificuldades relacionadas ao portador da mensagem ou ao receptor,

impossibilitando a participação no processo de tomada de decisões durante o percurso terapêutico (GRAMLING *et al.*, 2016; LENNES, 2013).

Todavia dois dos 15 participantes pareciam apresentar uma discordância quanto ao objetivo do tratamento quimioterápico atual, já que apesar de terem recebido a notícia de doença avançada e espalhada por várias partes do corpo, ainda assim acreditavam que o tratamento tinha a finalidade de curar, apesar de não ter sido eficiente até o momento. Isso é representado nas seguintes falas:

Falaram que ele não tinha cura. Mas eu acho que pra Deus nada é incurável, entendeu? Eu acho que tem sim. Só falaram assim “você pode morrer”, se você não operar você pode morrer, entendeu? Ueh, morrer eu não vou morrer não, se eu tivesse que morrer já teria morrido, entendeu? (E8).

Que eu sei?... Que ela afeta meu sistema imunológico, minha medula óssea e uma outra coisa que eu não sei, que eu não me lembro [...]. Pra mim é curar né? rrsrrs, ou então ao menos... me dá uma qualidade de vida melhor enquanto eu estou vivo (E1).

É possível notar nos discursos dos clientes que ter o objetivo da quimioterapia como cura parece estar relacionado a uma incerteza, ocasionado por uma falha na comunicação ou até mesmo a uma expectativa otimista que eles ainda mantêm sobre seu prognóstico, apesar da notícia de doença avançada ter sido recebida, o que pode estar relacionado às diferentes formas de enfrentamento da doença que estão consequentemente associados aos seus valores culturais, crenças, esperança e grau de maturidade (KÜBLER-ROSS; 2008; RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

Nesse contexto, Kübler-Ross (2008) afirma que o cliente com diagnóstico de doença incurável pode assumir cinco formas de enfrentamento que podem ocorrer juntas ou separadamente com duração variável. O primeiro estágio desse processo é a negação, essa geralmente ocorre após o diagnóstico, mas algumas vezes pode ocorrer nas fases mais tardias. Nessa fase muitas vezes o cliente evita saber mais sobre a doença, tratamento e prognóstico, considerado um mecanismo de proteção para não enfrentar a nova situação. Posteriormente essa dá lugar à raiva, onde a relação equipe-cliente fica mais difícil. Em seguida inicia a barganha na tentativa de adiar o sofrimento, nesse momento a fé é o principal mecanismo de enfrentamento para vencer a doença, quando geralmente adota uma postura otimista, de fazer o bem e agradar ao próximo. Já o quarto estágio é marcado pela depressão, no qual o cliente não consegue negar sua doença pela debilitação do corpo que ocorre na fase terminal do cliente. Ao conseguirem superar seus medos, o cliente chega à fase de aceitação, onde

compreende e aceita sua condição (KÜBLER-ROSS, 2008). Considerando as cinco fases de enfrentamento relatadas, os dois clientes talvez pudessem ainda se encontrar na fase de negação.

Conforme Gramling *et al.* (2016) muitas vezes os clientes podem expressar opiniões sobre seu prognóstico que eles esperam diferir das opiniões dos profissionais de forma consciente. O mesmo estudo relata que existe a discordância consciente e inconsciente, onde a distinção do tipo de discordância é crucial, pois a discordância consciente é uma perspectiva diferente do cliente sobre sua doença, mas que ocorre perante a tomada de decisão compartilhada, porém na discordância inconsciente é sugestiva de falha na comunicação.

Nesse cenário, destaca-se o papel fundamental da comunicação efetiva, pois ajuda na compreensão da doença e de sua terapêutica, suavizando o percurso do tratamento oncológico (MONDEN; GENTRY; COX, 2016; WARNOCK, 2014). Para isso é importante que a equipe ajude o cliente a compreender o que está acontecendo com ele e valorizar suas angústias e incertezas (FREIRE *et al.*, 2013). Isso ajudará a ver o cliente como um ser único e assim satisfazer suas necessidades de informação nesse momento de impacto que a transição para os cuidados paliativos pode causar.

4.2.2 Subunidade temática 2: comunicação na transição para os cuidados paliativos: uma avaliação do cliente oncológico

A subunidade 2 retrata o olhar do cliente oncológico sobre o processo de comunicação que foi estabelecido com a equipe antes e durante a transição para os cuidados paliativos. Essa avaliação se torna importante para dar voz ao cliente e compreender os pontos negativos e positivos apontados por esses para estabelecer a construção de relações mais centradas no cliente e como resultado uma comunicação de maior qualidade entre a equipe-cliente.

O diálogo é fundamental nas relações humanas, considerado uma forma de humanização que o profissional precisa desenvolver para atender as necessidades de cada indivíduo, sendo imprescindível para os clientes com câncer do diagnóstico aos cuidados paliativos.

Nesse contexto, Rennó e Campos (2014) relata que os profissionais devem desenvolver uma escuta singular para apreender todas as demandas do cliente e assim construir uma relação de confiança e vínculo tão necessário em uma relação de ajuda

profissional-cliente. Essa relação muitas vezes inicia-se através de uma comunicação empática, a qual foi relatada pelos participantes:

Foi... bem amiga, uma linguagem amiga, claro que com um nível maior pelo fato de eu ser médico, mas amiga, uma linguagem amiga (E13).

Olha os profissionais dali são tudo bom, trata a gente com carinho, entendeu? Todo mundo, entendeu? Eu acho que não precisa melhorar mais que isso não, essa é minha opinião. É importante o afeto, o tratamento. Essa é uma doença que o cliente precisa de carinho né e eles dão muito bem, entendeu? (E8).

Através das falas foi notado que os clientes configuraram a boa comunicação principalmente pelo bom tratamento, carinho e atenção, dando maior importância pela forma como foi tratado e como a mensagem foi transmitida.

O relacionamento interpessoal baseado em compaixão e empatia, para além da comunicação verbal, é de grande importância, pois o conhecimento desses são os principais subsídios que os clientes que vivenciam os cuidados paliativos esperam do profissional de saúde por focar a pessoa doente e não a doença na pessoa (ARAÚJO; SILVA, 2007, 2012). Além disso, os clientes sentem mais confiança quando o profissional demonstra disposição para o bom cuidado através de um olhar ou até mesmo com um sorriso, o que lhe configura importância às suas queixas (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Destarte, Peplau afirma que o relacionamento terapêutico está relacionado diretamente ao comportamento e atitude de cada profissional, onde muitas vezes a forma como esse comunica adquire maior relevância para o cliente que a própria mensagem, configurando assim uma comunicação de alta qualidade pelos mesmos (GALVÃO; BORGES; PINHO, 2017; GEORGE, 2000).

Posto isso, é necessário que haja humanização e empatia no diálogo entre cliente e profissional através do acolhimento de suas necessidades (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Para isso se faz necessário ter uma comunicação aberta, estar preparado para ouvir e manter a palavra de conforto e confiança (SILVA; SOUSA; RIBEIRO, 2018).

Apesar da empatia ser um reflexo positivo do ponto de vista emocional do cliente e familiar, para que essa ocorra é importante que haja um diálogo que permita compartilhar sentimentos, conhecer o contexto de vida do cliente e utilizar na medida certa o bom humor, pois desse modo a empatia e a esperança tendem a fluir sem barreiras e diminui o sofrimento mesmo quando não há mais expectativa de cura (SILVA; SILVA, 2019; SILVA; SOUZA; RIBEIRO, 2018). Sendo assim, a comunicação empática se torna essencial nesse processo

para a equipe criar vínculo com o binômio cliente-família, pois se trata de colocar-se no lugar do outro e compreender como gostaria de receber a notícia na transição para os cuidados paliativos naquele contexto familiar.

A interação entre cliente e equipe é primordial para a constituição de vínculo afetivo e assistência de alta qualidade. À medida que o diálogo avança e a comunicação se torna efetiva, o vínculo aparece e desse nasce a confiança tão necessária na relação de ajuda entre profissional-cliente (RENNÓ; CAMPOS, 2014). Perante a fala dos participantes foi visto que a comunicação efetiva ocorreu e proporcionou reconhecimento do problema, lhe conferindo tranquilidade acerca da disponibilidade da equipe em acolher suas necessidades, resultando em confiança e vínculo terapêutico com a mesma. Sobre esse aspecto ressaltam-se os seguintes discursos dos participantes:

Tranquilo, confiante, confio na equipe... to bem tranquilo mesmo em relação a isso (E13).

Desde o começo eu venho acreditando muito nos profissionais que estavam do meu lado, então eu não tinha dúvida, se eles sugeriram a quimioterapia é porque a quimioterapia é o melhor pra mim (E5).

Oh as informações eu recebi da equipe de enfermagem que foi por onde eu me baseei “olha só procura comer pouca gordura”, mas não foi médico porque eu não tenho uma dieta passada pelo médico [...] eu procuro fazer aquilo que eu pego aqui com a equipe da enfermagem, entendeu? “Não, olha você não deve comer comida gordurosa, se for folha é bem lavada, procura não comer”. Isso quem passa pra gente é a equipe de enfermagem pelo menos pra mim (E12).

Pode-se apreender no discurso dos clientes que esses criaram vínculo com a equipe e principalmente com os profissionais que estiveram disponíveis para responder as suas necessidades e angústias, onde estabeleceram uma relação de confiança e estão satisfeitos com a relação que criaram através da comunicação.

Diante disso, Peplau relata que a comunicação interpessoal eficaz permite ao cliente identificar-se com a equipe que o acompanha, onde o cliente responde seletivamente aos profissionais que acreditam poderem preencher as suas necessidades, estabelecendo um relacionamento terapêutico de maior confiança (GEORGE, 2000; TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Segundo Rennó e Campos (2014) há o desejo por parte dos clientes que se constitua uma comunicação eficaz junto com os profissionais, onde por meio dessa se estabeleça o vínculo, no qual o profissional é capaz de valorizar as suas ideias e emoções. A relação entre

ambos promove a liberdade no diálogo e facilita o crescimento do vínculo o que configura numa avaliação positiva por parte do cliente encontrado nas falas a seguir:

Pra mim do jeito que a gente conversa é ótimo, porque a gente é bem interativo, posso falar sobre meus problemas, o que estou sentindo...e todos dão um jeito de me ajudar da melhor forma (E1).

Pra mim até são satisfatórias... suficientes [...]. Qualquer dúvida eu tenho a liberdade de falar com os médicos e as enfermeiras (E3).

Olha do jeito que tá conversando comigo tá ótimo, a gente pede informação eles dão, entendeu? Assim é bom (E8).

Para os clientes a disponibilidade dos profissionais em conversar e estarem presentes nos momentos solicitados resultou na liberdade para perguntar e ser respondido conforme sua necessidade e desejo, o que parece aumentar a relação de confiança previamente estabelecida. Em um estudo realizado por Munhoz *et al.* (2014) mostrou-se que é importante para o cliente que o profissional tenha disponibilidade para discutir sobre a doença, ser acolhido de forma humanizada e que tenha linguagem acessível, construindo assim uma relação de confiança.

Conforme Peplau, a relação de confiança e vínculo é característica da fase de identificação, a qual permite que a equipe ou o profissional escolhido auxilie o cliente no enfrentamento do problema, explore os sentimentos e fortaleça forças positivas de sua personalidade para que haja satisfação necessária. É nessa fase que se determina metas do processo de cuidado e almeja-se que seja de forma interdependente e cooperativa (FRANZOI *et al.*, 2016; HOWK; HILDEGARD, 2004).

Outro ponto considerado importante pelos clientes para o estabelecimento do vínculo terapêutico foi desenvolver uma comunicação verdadeira, sem mentiras ou falsas verdades, pois isso figura ter oportunizado uma relação de maior confiança, avaliada pela maioria dos participantes como boa qualidade de comunicação na transição para cuidados paliativos. Segue as falas características:

Foram boas, pra mim foram... não me esconderam nada (E1).

Eu acho que as informações foram muito boas, entendeu? Porque... eles me colocaram a par de tudo, ninguém me escondeu nada [...]. Desde o início os médicos me colocaram a par de tudo (E2).

Foi franca, franca, sincera... foi... bem esclarecedora, não teve rodeio. Foram diretos, diretos mesmo e... eu como médico também né fui aceitando e... entendendo... É tranquilo, tirei tranquilamente (E13).

Foi possível detectar através do estudo que a sinceridade e franqueza foram pontos cruciais na perspectiva dos clientes para obter uma relação verdadeira e de ajuda no contexto dos cuidados paliativos. Nesse sentido, a comunicação é primordial para que a relação terapêutica se estabeleça entre equipe-cliente, na qual é imprescindível que o profissional seja verdadeiro e sincero no repasse das informações para que a relação seja um processo de total confiança e vínculo com o cliente e família (GOMES; OTHERO, 2016; SANTOS *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado por Munhoz *et al.* (2014) sobre a percepção dos clientes oncológicos em cuidados paliativos e de seus familiares mostrou que para o cliente é essencial manter-se bem informado sobre todas as questões relacionadas à sua doença, além de ter confiança e ser acolhido de forma digna e humanizada, corroborando assim com os achados da presente pesquisa. Isso demonstra a importância da comunicação na transição para os cuidados paliativos ser clara, honesta e piedosa no sentido de entender o sofrimento do outro, mas sem deixar de falar a verdade. Para uma comunicação eficaz é preciso ser aberto e honesto; ter conversas contínuas sempre quando necessário; comunicar sobre mudança do objetivo do tratamento, sendo imprescindível a disponibilidade de informações através da verdade lenta e paulatinamente suportável, realizando o equilíbrio de esperança e realidade (GOMES; OTHERO, 2016; GRANEK *et al.*, 2013).

Dessa forma, a comunicação nos cuidados paliativos tem que ser o mais real possível para que haja uma relação de confiança, onde não se pode nunca omitir a verdade, pois essa pode ocasionar uma relação de desconfiança e regressão do processo comunicativo até então conseguido (LOPES; GRAVETO, 2010).

Nesse contexto, foi percebido através da fala de alguns clientes que os mesmos configuraram sentir uma comunicação omissa por parte de alguns profissionais como apresenta nas próximas falas destacadas:

Tem coisa que às vezes não entende mesmo e tem coisa que o profissional procura não te contar, não falar claramente, é... a gente tem que catar no ar (E6).

Aí então... Nessa cirurgia ele disse que eu tava bem, que tinha ficado tudo bem, que a quimioterapia ia ser só uma prevenção, mas não foi uma prevenção né, tá desencadeando tudo isso já tem 1 ano e meio [...]. Aqui a Dr^a viu o laudo, aí a Dr^a né me passou pro tratamento... me dando esperança que era só aquilozinho mesmo né, mas não foi aquilozinho só né, que eu fiz aquela primeira parte né, depois fiz a outra segunda, já to entrando na terceira e o problema só tá aumentando (E14).

Por intermédio das falas destacadas, pode-se então notar que os clientes avaliaram a omissão da verdade como algo ruim que pôde ser descoberta através do avançar da doença e decorrer do tratamento devido a não eficácia do mesmo com o decorrer do tempo. Infelizmente esse comportamento relacional entre profissionais e clientes ainda se faz presente nos dias de hoje, o que muitas vezes gera pensamentos ansiogênicos, relação de desconfiança sobre o cuidado proposto, resultando em uma comunicação não esclarecedora (GEOVANINI; BRAZ, 2013; LOPES; GRAVETO, 2010).

Essa omissão da verdade muitas vezes ocorre pela dificuldade dos profissionais em realizar notícias ruins pelo medo do impacto e reações que a mesma poderá causar. Diante disso, a omissão de informações como mudança nos objetivos do cuidado, prognóstico, entre outras, pode acontecer na tentativa de diminuir o sofrimento do cliente, familiares e até mesmo dos profissionais que estão envolvidos, todavia essa acarretará em consequências que interferirão na qualidade da relação profissional-cliente e principalmente na forma como o cliente conduzirá seu tratamento (GEOVANINI, 2011; SALINS *et al.*, 2016). Contudo, com a evolução das tecnologias de informação e de fácil acesso, desenvolvimento da ciência e a presença da bioética, a omissão da verdade tem sido substituída em sua maioria por valores e regras morais aliados a autonomia e respeito aos direitos do cliente (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Nesse aspecto, para uma comunicação aberta e esclarecedora o presente estudo detectou que além da comunicação empática e disponibilidade para tal, foi indispensável uma linguagem acessível para que o cliente pudesse compreender o momento vivido, sendo considerado um detalhe muito importante para uma comunicação de qualidade de acordo com os clientes.

Os doutores falam mais técnico e os enfermeiros passam... a informação melhor né, numa linguagem mais popular (E1).

Eu acho... bem interessante, eles não usam uma linguagem técnica, usam uma linguagem que entendo [...]. Quando pergunto alguma coisa eles vêm com argumento que é compreensível então não vêm com esses jargões de medicina, técnicos que a gente não entende. Os doutores, as enfermeiras, todos eles conversaram comigo normalmente, conversaram comigo na minha própria língua... na minha própria linguagem (E3).

Bem profissionais, entendeu? Bem claras, entendeu? Fácil, muito fácil e o que eu achava que era técnico eu pedia explicação e... “ah não to entendendo isso aí”, sempre fui muito bem orientado e sem nenhuma dúvida, não tive nenhum dúvida daquilo que os profissionais falavam, tanto os médicos como os enfermeiros, nunca tive dúvida (E5).

Pra mim, como eu não tenho conhecimento de nada pra mim é muito técnico, já a linguagem dos enfermeiros pra explicar o tratamento foi mais fácil (E7).

Perante as falas destacadas foi possível detectar que os clientes avaliaram que a linguagem utilizada pelos profissionais no geral foi fácil e acessível, o mais próximo da linguagem popular, o que facilitou a compreensão e entendimento sobre sua condição e tratamento.

Em todo processo de comunicação é preciso que o profissional fique atento ao comportamento formal e à linguagem técnica, pois muitas vezes essas constituem uma barreira na comunicação, causando dificuldade no entendimento da informação de que o cliente e o seu familiar precisam (GALVÃO, 2016). Dessa forma, a comunicação nos cuidados paliativos deve apresentar as devidas informações e utilizar linguagem acessível, simples e fácil entendimento, evitando jargões médicos, porém sempre com cautela, esquivando-se de frases que podem transmitir fracasso ou abandono, já que se está lidando com reações do doente e seu familiares (LOPES; GRAVETO, 2010; SANTOS *et al.*, 2014; SILVA; NEMAN, 2010).

De acordo com Stock, Sisson e Grosseman (2012) a linguagem clara e acessível junto com a empatia e o respeito são características essenciais e esperadas para estabelecimento pleno nessa relação de ajuda e confiança entre profissional-cliente, o que corrobora com os resultados desse estudo. Outro estudo também apontou que a linguagem não compreensível foi um dos fatores que os usuários de um ambulatório de oncologia atribuíram à comunicação desfavorável (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

Esse mesmo cenário também foi encontrado nessa pesquisa, onde apesar da boa avaliação da linguagem pela maioria dos participantes, o uso de alguns termos técnicos que não foram traduzidos na linguagem do cliente resultou em uma comunicação não esclarecedora em alguns momentos.

[...] no caso eu fiquei sabendo um pouco depois, que eu não sabia a explicação assim no caso de metástase né, só ouvia falar câncer, câncer [...]. E antes também no caso a dúvida que ficou não foi por falta de informação deles, foi falta mesmo de conhecimento no meu caso, eu ouvia falar, mas não tinha nenhuma compreensão, mas hoje tá tranquilo... as informações foram claras, tão sendo né, tão sendo claras [...] (E11).

Não, a linguagem é boa. Eles usam a linguagem objetiva, falam os termos técnicos, mas depois eles... abrem aspas e... bota dentro dos termos que a gente entenda melhor né [...]. Mas a explicação do tratamento em si eu não acho muito boa não, não... tinha que ser levada mais profundamente né,

explicar melhor [...]. “Ah ele não entende é uma pessoa muito simples”, mas ele não é, ele não é tapado, não é tão tapado a esse ponto ué rsrsrsrs. Ele não sabe o que é plaqueta? “Olha plaqueta você fica fraquinha”, pronto... Ele não vai entender? Tinha que tudo passar pra gente... Não pode ser “olha tá tudo bem continua fazendo isso, continua fazendo aquilo”, não, tinha que... tem que esclarecer pro cliente... abertamente, abertamente (E14).

Observou-se nas falas do E11 e E14 que apesar da boa avaliação referente linguagem utilizada pelos profissionais na atualidade, os mesmos tiveram dificuldades de compreender certos conteúdos durante o tratamento. Tal situação configurou uma comunicação não esclarecedora para ambos em tempos distintos. Com o E11 ocorreu durante a comunicação de agravamento da doença sobre o que significava metástase, o que dificultou sua compreensão do momento vivido por um tempo, sendo esclarecido posteriormente em outros encontros. Já o E14 encontrou dificuldade de entendimento sobre processos do tratamento e avaliou essa como consequência da falta de explicação dos profissionais acerca do tratamento na sua própria linguagem. Perante esse tópico, percebe-se o quanto é importante e fundamental explicar conceitos e trabalhar com a linguagem fácil para o receptor, sem superestimar o mesmo, esperando que entenda todos os termos, mas também não devemos subestimá-lo (CAPONERO, 2015).

Dessa maneira, deve-se utilizar uma linguagem inteligível ao cliente, onde os termos técnicos devem ser traduzidos para leigos, levando em conta o nível educacional, sua posição sociocultural e por último, mas não menos importante, o seu estado emocional naquele momento (CAPONERO, 2015). Tendo em vista isso, a comunicação de qualquer notícia difícil, principalmente nos cuidados paliativos, deve-se utilizar uma linguagem acessível e clara, distribuindo informações em pequenas quantidades ao invés de despejá-las e um único encontro, pois possibilitará avaliar a compreensão do cliente sobre o que foi dito e se a mesma foi assimilada (CAPONERO, 2015; GRANNEK *et al.*, 2013; INCA, 2010).

Outra questão importante na fala dos participantes foi que os mesmos pareceram ter maior facilidade de comunicação, no contexto da linguagem fácil, com os enfermeiros, o que pode contribuir para maior identificação dos clientes com esses profissionais para busca de informações e retirada de dúvidas que possam ter permeado durante as consultas médicas ou de outros profissionais.

Nesse aspecto, o enfermeiro precisa reconhecer-se como figura singular no processo de comunicação e mediação entre cliente-família e equipe devido sua proximidade com ambos, considerando a sua posição privilegiada de permanecer maior parte do tempo ao cliente por prestar maior número de cuidados, facilitando uma relação de extrema confiança

com esse. Isso pode ajudar o enfermeiro a através da comunicação identificar as dúvidas, anseios e necessidades do cliente que ainda não foram assistidas, possibilitando ao enfermeiro advogar junto ao cliente pela luta e exercício de sua autonomia e auxiliando a equipe no ajuste de informações para com os mesmos (BOEMER, 2009; SILVA; SILVA, 2019).

Nessa conjuntura, o enfermeiro deve tentar sempre minimizar os equívocos cometidos durante a comunicação, no qual tem a tarefa árdua de explicar ao cliente o diagnóstico, prognóstico e tratamento, cuja explicação não ficou compreendida totalmente após a conversa com o médico (SIQUEIRA, 2016). Esses equívocos estão relacionados principalmente às barreiras pessoais como a linguagem permeada por termos técnicos, preconceituosos e informações incompletas (SILVA, 2013).

Diante da avaliação dos participantes, viu-se que a relação de ajuda e boa comunicação terapêutica na transição para os cuidados paliativos estão relacionadas diretamente com a habilidade da equipe em conduzir e utilizar estratégias de comunicação referentes a linguagem verbal (forma clara, linguagem coloquial, sinceridade, disponibilidade para ajudar), assim como a não verbal (comunicação empática) (ALMEIDA; GARCIA, 2015; PEREIRA, 2008). Somente com a utilização de habilidades e estratégias de comunicação em ambas as formas de linguagem a equipe conseguirá criar vínculo necessário para atender todas as necessidades do cliente, sobretudo as de informação, e assim obter uma comunicação de qualidade com seu cliente.

4.2.3 Subunidade temática 3: necessidades e preferências acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos

A subunidade 3 demonstra o papel fundamental da comunicação na transição para os cuidados paliativos para favorecer a autonomia do cliente e portanto ofertar um cuidado individualizado, onde a escuta ativa torna-se o principal instrumento para o profissional reconhecer suas necessidades de informações e preferências nesse momento chave.

A autonomia do cliente é um dos princípios éticos, reconhecido e necessário em diversas áreas de saúde, sobretudo nos cuidados paliativos. Para que essa ocorra é preciso manter o cliente devidamente informado para que possa decidir e participar sobre seu tratamento e aspectos relacionados sobre sua saúde e morte (ABREU; FORTES, 2014; TAPIERO, 2004).

Nesse cenário, a comunicação torna-se um componente necessário e elementar na transformação do cuidado curativo para o paliativo para que haja compreensão da individualidade de cada cliente, tendo por base o relacionamento interpessoal com vista à humanização da prestação de cuidados de saúde, onde acima de tudo é requerida uma escuta ativa do profissional para identificar as necessidades e preferências do cliente e assim valorizar sua autonomia diante do tratamento (ABREU; FORTES, 2014; SANTANA *et al.*, 2009).

Dessa forma, a escuta é um dos instrumentos de comunicação primordiais reportada por Peplau, a qual deve ser realizada de forma acolhedora, onde o cliente deve ser assistido em sua individualidade e integralidade, visto como sujeito ativo do seu próprio cuidado, sendo importante para sua resolução e atendimento qualificado (SANTOS *et al.*, 2014). Essa é considerada um processo mental que demanda muita energia, a fim de receber a mensagem e avaliar o conteúdo sem interferir com pensamentos próprios, oferecendo a oportunidade de o usuário concluir sua exposição com informações valiosas para o profissional, considerado um instrumento de destaque, que permite o cliente expressar suas percepções e sentir-se valorizado na relação interpessoal com os profissionais (LAMELA; BASTOS, 2012; SILVA, J. P. G. *et al.*, 2015).

Apesar das diversas necessidades do cliente oncológico, na fase de transição para os cuidados paliativos, a necessidade de informações parece permear todas as demais, já que o mesmo é marcado por muitas dúvidas e incertezas do que aconteceu de errado pra chegar até aqui e o que ainda está por vir. Contudo, assim como as demais necessidades, essas são singulares e concretas; e podem variar de acordo com sua vontade e preferências relacionadas à informação, preferências estas, que são escolhas sobre sua saúde e tratamento que geralmente estão relacionadas às suas experiências anteriores, crenças e valores (FRIAS; PACHECO, 2019; JONSEN; SIEGLER; WINSLADE, 2015).

Diante disso, cada vez mais têm sido estudadas preferências de cliente oncológico relacionado às informações (PARKER *et al.*, 2007), já que o nível de detalhe das informações que o cliente deseja conhecer difere de pessoa pra pessoa ou até mesmo de uma situação pra outra e por isso a comunicação deve ser sempre centrada no cliente (ÖHLÉN *et al.*, 2016). Dessa forma, é muito importante que os profissionais consigam através da escuta ativa identificar as necessidades de informações nesse momento ímpar, e assim compreender o que ficou subentendido, quais dúvidas ele ainda tem, o que ele gostaria de saber e acima de tudo, como gostaria de ser informado para que desse modo o profissional consiga realizar um

cuidado centrado no cliente através de uma comunicação com foco em suas necessidades e preferências.

Apesar da boa avaliação da comunicação na perspectiva do cliente oncológico, pautada na verdade, conforme apresentado na subtemática 2, os mesmos declararam ainda obter algumas necessidades de informações. Uma das necessidades apontadas pelos participantes nessa pesquisa foi sobre maiores informações acerca do tratamento. Tal característica foi notada nas seguintes falas:

Eu sei que tá desse lado, que tem uma lesão desse lado, do lado direito, no mediastino e no pulmão, é pequeno, é pequeno, mas eu fico assim sem entender porque que o tratamento não... não tá funcionando, né? É um tratamento doloroso, mas... não devia ter uma eficácia melhor, né? rrsrrrs... A gente fica com dúvida nisso né, porque você trata, trata, chega em casa passa mal e passa mal [...] (E14).

Meu fígado tá trabalhando normal. Acho que não deve tá 100%, mas pelo menos 80% eu sei que está, então por que que não há, por que que não pode fazer a cirurgia? E tirar onde... Se for o caso dele reduzir, então a minha dúvida é essa “por que não pode?” Ele iria se recompor, não iria? Mas aí eu falei “não, então deixa, se reduzir depois então eles vão dizer se vão acompanhar, se eu vou fazer um acompanhamento e como é que vai ser”. Então, a minha dúvida é nesse sentido, entendeu? [...] Ah sim de repente vai ter que ficar fazendo um tratamento como uma doença crônica, aí eu pergunto, isso existe? Entendeu? A minha dúvida é essa... isso eu fui descobrindo aos poucos (E12).

Através das falas dos participantes foi possível compreender que os mesmos desejam maiores informações a respeito do seu tratamento, já que suas dúvidas até o momento parecem não terem sido totalmente sanadas, talvez pela omissão de certas informações ou pela comunicação não ter sido tão esclarecedora até esse instante, conforme também foi detectado e discutido a partir da avaliação dos clientes acerca da comunicação na subunidade 2. Isso pode ocorrer pelo fato da comunicação em cuidados paliativos incluir conteúdos emocionais e desafiadores para todos os envolvidos, o que resulta algumas vezes na omissão de algumas informações e atitudes paternalistas por parte da equipe, todavia a omissão de informações sobre sua saúde não o protege de sofrimento emocional ou psicológico, mas geram maiores angústias e dificuldade no processo de ajustamento (ABREU; FORTES, 2014).

Doenças ameaçadoras de vida como o câncer em estágio avançado estão associadas a elevados níveis de incerteza, que junto com o desejo de segurança podem manifestar-se pela busca incessante de informação relativo ao diagnóstico, tratamento e prognóstico de vida

(CAREY *et al.*, 2012; SILVA, P. L. N. *et al.*, 2013). Isso corrobora com outro achado da presente pesquisa, a qual identificou a necessidade de informação prognóstica através do discurso dos participantes.

Eu sinto essa necessidade de saber mais a verdade. Tudo que eu puder saber é bom né, porque no fundo no fundo, pra não ficar na ilusão, porque por mais que você saiba que é grave você sempre fica naquela ilusão (E9).

Quero saber quanto tempo mais então e se tem outra opção. É preciso saber, acho que tem que ficar interessada e saber direitinho o que tem né (E10).

Por intermédio da fala dos participantes pôde apreender que os mesmos desejam receber informações prognósticas e que por mais que a verdade possa ser dolorida, esses preferem saber a verdade.

Estudos relacionados sobre o tema verificaram que a informação prognóstica muitas vezes é hesitada pelos profissionais por medo de tirar a esperança ou prejudicar a relação e o vínculo conquistado, todavia é uma informação muito desejada pelos clientes, os quais requerem informações cada vez mais detalhadas sobre sua sobrevivência, além dos benefícios e riscos sobre tratamentos paliativos (COELHO; YANKASKAS, 2017; OOSTENDORP *et al.*, 2016; SALINS *et al.*, 2016). Já outros estudos concluíram que as discussões prognósticas frequentes corroboram para uma expectativa de vida mais realista e não prejudicam o bem-estar emocional, assim como a relação equipe-cliente, mas minimiza medo e ansiedade, tendo como resultado uma melhor qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2019; ENZINGER *et al.*, 2015; EPSTEIN *et al.*, 2016).

Diante das necessidades de maiores informações sobre o tratamento e prognóstico, pode-se identificar no discurso de grande parte dos participantes o desejo e preferência por obter uma participação mais ativa no tratamento, qualificada nas seguintes falas:

Gostaria de participar sim..., a gente tem que saber o que vai se passar com a gente e ajudar (E1).

Não ué... Acho que a gente tem que fazer junto. Você tem uma notícia, aí o médico ou profissional vai e fala “vamos fazer assim, assim, assim”, se você não fizer pode acontecer outras coisas e acho que... no meu caso até houve isso e eu preferia fazer porque é pro meu bem. Eu acho que eu participei, porque é pro meu bem, se o paciente escolher não fazer pode ser muito pior. Mas cada um tem uma escolha, eu escolhi fazer porque... é pra mim, era pro meu bem (E4).

Não... Eu gostaria de participar de todo o processo do meu tratamento, saber tudo do que tá acontecendo, fiz o exame de sangue, fiz os outros exames [...]. “Olha dona hoje a senhora vai ficar um pouco mais porque a gente tem que conversar sobre tudo que aconteceu aqui.” Na, na, na consulta, né? “a gente vai pegar, vai conversar com a senhora, vai mostrar como é que foi seu exame de sangue, como é que tá” [...] (E14).

Segundo Brom *et al.* (2014), a comunicação sobre desejos e preferências dos clientes sobre a participação no tratamento é de grande importância, visto que essas podem variar de acordo com as necessidades individuais de cada um, conforme também se detectou nesta pesquisa, dado que uma parcela pequena de participantes referiu a preferência por participação passiva no tratamento. Logo a suposição de que todos querem desempenhar um papel ativo na tomada de decisão no tratamento ainda é muito simplista, haja visto que as preferências podem mudar ao longo da trajetória da doença, onde geralmente a preferência pela participação mais ativa ocorre conforme a doença progride para os estágios finais (BROM *et al.*, 2014).

A preferência pela participação ativa no tratamento caracteriza o desejo do cliente em exercer sua autonomia no processo de saúde-doença, a qual configura a vontade do cliente em participar na tomada de decisão sobre os cuidados referente à sua saúde e talvez por isso a preferência pela verdade tenha sido o atributo mais requerido pelos participantes desse estudo para atender suas necessidades de informações prognósticas e sobre o tratamento, conforme caracterizado nas falas a seguir:

Eu prefiro saber de tudo, saber tudo que tá acontecendo comigo, porque eu acho que a minha fé vai aumentar mais ainda, entendeu? Mesmo a notícia não sendo boa, porque eu to ciente de tudo.... E eu não gosto que as pessoas escondam as coisas de mim, eu gosto de saber o que tá acontecendo, então eu prefiro saber (E2).

Ah eu prefiro saber todas, todas porque até mesmo pra uma, no caso, no meu caso eu to tendo que acostumar a um novo ritmo de vida né, assim do jeito que levava e que eu levo, isso pra mim foi o que mais, mais difícil pra mim no caso, porque eu ainda tava continuando a querer a levar o ritmo de vida, fazendo algumas coisas que você via que tavam me prejudicando, então no meu caso quanto mais saber, saber de todas as informações melhor (E11).

Não, eu quero saber tudinho, tudinho, tudinho!!! Porque... eu quero saber tudo porque se trata de mim, né? É o meu corpo... eu tenho que saber como é que eu to... eu tenho que saber como é que eu to (E14).

Diante das falas citadas foi notável que a verdade é configurada um traço importante e de qualidade na comunicação para a maioria dos clientes.

Um dos princípios da bioética que rege os cuidados paliativos é o princípio da veracidade, que tem como fundamento a confiança nas relações interpessoais, na qual comunicar a verdade aos clientes constitui em benefício para esses e possibilita maior autonomia e participação ativa na tomada de decisões (PINHO; BARBOSA, 2009; ROSA; FONTOURA, 2019). Todavia Pessini (2006) complementa que o princípio da veracidade vai muito além do dizer a verdade, mas é o falar a verdade às pessoas que desejam saber sobre sua real condição de vida.

À vista disso, a comunicação na transição para os cuidados paliativos deve ser centrada na necessidade e desejo de informações que o cliente requer, já que em alguns casos o não saber significa não sofrer e pode ser um cuidado solicitado por esse, de acordo com a fala de alguns participantes.

Eu procuro não me aprofundar muito, não procuro internet o significados dos remédios, não procuro sobre o significado da doença, o que ela pode causar porque... eu acho que isso me faria mais mau do que a própria doença, então o que acontece? Os médicos passam as informações pra mim, recebo as observações deles, assimilo, mas... não fico fuçando internet, não fico perguntando os médicos, indagando as enfermeiras sobre o remédio tal, pra que que serve, porque pra mim quanto menos eu souber é melhor. (E3)
Se eu te falar que eu tenho eu to mentindo, eu prefiro ir levando... deixar a vida me levar, entendeu? Porque dependendo do seu estado de espírito, se você se informar demais, eu tenho medo de dar uma depressão, sabe? Tenho medo de piorar, porque tem gente que piora né... porque fica procurando demais, demais, demais (E6).

O que tive de informação até agora pra mim tá ótimo, não quero me aprofundar muito, eu vou levando minha vida do jeito que tá dando pra levar, entendeu? (E8).

Perante o discurso dos clientes viu-se que a necessidade de mais informações e preferência pela verdade não são uma realidade absoluta, pois alguns pareciam acreditar que a verdade e sinceridade das informações poderiam ser algo difícil de suportar ou trazer mais malefício emocionalmente que benefício, denotando assim a preferência por boas notícias.

Sendo assim, apesar da veracidade na comunicação entre profissional e cliente ser essencial para o exercício da autonomia, melhor compreensão prognóstica, ajuste de tratamento e, sobretudo para construção/manutenção de relação de confiança, é importante salientar que a informação sobre sua saúde é um direito do cliente e não uma obrigatoriedade e por isso o desejo de não saber também deve ser escutado e respeitado, assegurando assim a autonomia do cliente de não querer ser informado sobre más notícias (ABREU; FORTES, 2014; BIONDO; TROVO; SILVA, 2019; PFEIL, 2015; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Dessa forma, foi possível detectar que os clientes possuem diferentes estratégias para atender suas necessidades no percurso do tratamento, uns em busca de mais informações e verdade acima de tudo, outros preferem utilizar-se do distanciamento e evitam saber sobre a doença e tratamento, a fim de atenuar os efeitos estressores que uma doença grave pode causar (NUNES, 2010). Assim a mesma situação, como a comunicação de informações sobre a doença e o tratamento, pode ser encarada de maneiras diferentes, uns como desafio, o qual os motiva mais para o enfrentamento, o que favorece a busca por informações, já pra outros é encarada com adversidade e expõe uma situação de fragilidade, sendo difícil de ser enfrentada (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016).

Outra divergência de preferências encontrada no grupo estudado foi em relação ao desejo de participar a família sobre quaisquer informações relacionados à doença e o tratamento entre equipe-cliente. Nesse cenário, 87% dos participantes referiram a preferência pela participação da família em todo o processo de comunicação, o que demonstra a consonância com as políticas públicas direcionadas para os cuidados paliativos, as quais consideram indivíduo e família como uma unidade de cuidado (SILVA; SILVA, 2019). Todavia motivos distintos foram encontrados, conforme é demonstrado na fala dos participantes.

Eu prefiro que todo mundo fique sabendo [...] sempre meu marido tá comigo, minha nora, meu filho, então eu prefiro que eles estejam a par de tudo pra depois... se acontecer alguma coisa comigo, eles não ter aquele choque. Na verdade ele estão esperando que qualquer hora eu posso partir, então não vai ser aquele impacto na vida deles (E2).

Eles têm que saber, até porque eles... eu acho que... pra eles não serem também pegos de surpresa, pra eles também não criarem uma expectativa que eu acho que depois é muito pior, então acompanhando eu acho que já vão se posicionando, eu acho que familiar tem que saber. Sempre vem minha filha ou meu filho ou a minha cunhada, sempre vem alguém e aí é que sempre me dá um conforto, um apoio com certeza (E12).

Aí sim, prefiro deixar com os familiares. Porque eles sabendo tá bom porque aí se tiver alguma coisa errada, eles vão falar, vão correr atrás. Se tiver que dar alguma notícia pode dar pra eles, eu prefiro não saber rrsrs (E7).

A preferência pela participação familiar foi encontrada principalmente no grupo de clientes que referiram preferir receber todas as informações possíveis, tanto boas como ruins, e assim envolver sua família nesse processo de comunicação para que possam ter apoio dos mesmos e prepará-los para o pior. Por outro lado, a mesma preferência também foi descrita

por clientes que gostariam de receber somente notícias boas e por isso desejavam que as más notícias fossem entregues somente à família.

Diante das circunstâncias apresentadas, verificou-se que a preferência pela participação familiar não foi uma uniformidade, assim como os motivos pelo desejo e preferência na participação familiar. De acordo com Öhlén *et al.* (2016) discutir valores e preferências sobre envolvimento ou não de familiares nos diálogos é um dos aspectos primordiais para realizar uma comunicação centralizada no cliente.

Nesse aspecto, os resultados demonstram o valor da escuta terapêutica sobre as necessidades e preferências acerca da comunicação para promover o cliente como protagonista do seu cuidado, no qual a habilidade de comunicação se faz necessário para que juntos, equipe-cliente, consigam construir um processo de comunicação com corresponsabilidade, onde o próprio consiga compreender as informações e deliberar suas escolhas, segundo seus valores (BARBOSA; SILVA, 2007; BRANCO; MAIA; LIMA, 2016).

Nessa perspectiva, o cliente pode buscar suportes emocionais e informacionais, variando de acordo com seus graus de interesses e necessidades (FREIRE *et al.*, 2013; PEREIRA, 2008). Essa busca por recursos caracteriza a fase de exploração de Peplau, onde o profissional deve se colocar no lugar do outro, utilizar uma escuta acolhedora para apreender suas necessidades e compreender as preferências de como ele gostaria de ser ajudado (FRANZOI *et al.*, 2016; MIRANDA; MIRANDA, 1996). Dessa maneira, os profissionais devem levar em conta a percepção dos clientes sobre a necessidade de informação, já que muitas das vezes estas não são as mesmas que os profissionais julgam importantes e/ou adequadas para o cliente (PEREIRA, 2008).

Todavia esse processo deve ser iniciado desde o primeiro contato, já que é extramente relevante reavaliar continuamente as necessidades do cliente quanto à oferta de informação, uma vez que as ideias e preferências desse podem mudar ao longo do tempo (ABREU; FORTES, 2014). Somente dessa forma profissional-cliente avançarão em direção à fase de resolução, onde suas necessidades serão atendidas de acordo com suas prioridades e da forma como gostaria de ser ajudado, o que auxiliará no enfrentamento de sua atual condição de vida, proporcionando satisfação e segurança (GALVÃO, 2016; SANTOS *et al.*, 2014).

Sendo assim, foi percebido que a comunicação na transição para os cuidados paliativos é um processo que envolve escuta atenta por parte dos profissionais às diferentes necessidades e preferências do cliente sobre o quê, como e quando quer ser informado, e por isso a comunicação deve ser centrada no cliente oncológico desde o diagnóstico até os cuidados paliativos para que favoreça sua autonomia durante todo o processo.

Considerando os apontamentos dos participantes evidenciados na presente pesquisa, propõe-se para o campo da prática assistencial estudado, diretrizes para comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos, destacadas no capítulo cinco.

5. DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS SOB A ÓTICA DO CLIENTE ONCOLÓGICO EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Essas diretrizes foram construídas a partir dos resultados apontados pelos clientes de um ambulatório de oncologia, e apresentado como relatório final de uma dissertação de mestrado. Colaboraram para elaboração desse instrumento: quinze usuários do serviço. O objetivo das diretrizes é orientar os profissionais de saúde no processo de comunicação na transição para os cuidados paliativos. Obtém como meta: favorecer a autonomia do cliente oncológico na comunicação de notícias difíceis na transição para os cuidados paliativos, já que o atendimento é realizado por diferentes profissionais nesse processo. Essas diretrizes levam em consideração a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e por isso entende que a comunicação é um processo, na qual numerosas ações estão envolvidas, as quais estão descritas em quatro etapas que estão superpostas e inter-relacionadas.

5.1 Primeira diretriz: orientação: ouça antes de informar

A dica que é... o... o médico nos ouvir, deixar que a gente pergunte [...] (E14).

- a) será através dos questionamentos e dúvidas demonstradas pelos clientes que o profissional de saúde poderá obter pistas sobre o que já foi dito a ele, o que ele sabe seu problema de saúde, quais as suas necessidades nesse momento e quais são suas expectativas sobre o futuro;
- b) esse momento oferece ao profissional oportunidade de conhecer o cliente e saber suas carências de informação e falta de compreensão sobre o seu problema. Para isso, tenha uma escuta receptiva para compreender a perspectiva do cliente sobre sua doença e tratamento para que possa detectar potencialidades e trabalhar as fragilidades, para posteriormente possa traçar estratégias para a comunicação de notícias difíceis que podem surgir ao longo da terapêutica;

- c) o processo comunicacional deve iniciar ainda na fase diagnóstica, onde a partir das perguntas dos clientes, o profissional já poderá dar início a algumas orientações sobre seu problema e quais implicações poderão ocorrer futuramente, introduzindo a possibilidade dos cuidados paliativos;
- d) caso o cliente não questione, cabe ao profissional assumir a responsabilidade em perguntar e ouvir o que o cliente tem a dizer para que juntos possam reconhecer o problema;
- e) promover espaço para o cliente falar demonstra que a comunicação está centrada nas suas necessidades e que o foco do cuidado está centrado em suas demandas, isso colabora para a participação ativa do cliente sobre seu processo terapêutico.

5.2 Segunda diretriz: identificação: estabeleça uma comunicação empática e transmita confiança

foram muito carinhosos, sempre muito carinhosos! Show de bola! Bem atenciosos mesmo (E13).

[...] Foi de uma forma bem pacífico, foi tranquila, não foi nada assustador, nada assustador (E1).

- a) a empatia se torna um item necessário para estabelecer uma comunicação terapêutica, pois só dessa maneira o profissional consegue se colocar no lugar do outro e compreender sua individualidade, assim como seu contexto de vida;
- b) os clientes valorizam a forma como são tratados, acolhidos e como a mensagem é transmitida, por isso é essencial uma comunicação empática, demonstrando que se importa com ele. Para isso o profissional deve se atentar para além da comunicação verbal, se apropriando também das habilidades de comunicação não verbal que expressam ações de cuidado que estão presentes nos gestos, na forma de olhar e na postura corporal adotada para escutar;
- c) a comunicação empática transmite ao cliente a sensação de maior envolvimento e confiança no profissional/ equipe para relatar suas necessidades que ainda não foram ditas antes;

- d) com a confiança conquistada o cliente cria vínculo e começa a responder melhor às orientações dos profissionais que se demonstraram disponíveis a ajudar. É recomendável que esse profissional seja o condutor ou esteja presente no momento da informação.

5.3 Terceira diretriz: exploração: respeite a autonomia do cliente

Todas as informações possíveis, porque ninguém vive só de notícia boa, nem sempre a gente tem o que a gente quer (E4).

Só notícias boas, pra mim não ficar com pensamento ruim. Eu sei que é grave, mas do jeito que tá eu quase nem penso na doença (E7).

- a) a autonomia do cliente deve levada em consideração em todo o processo;
- b) o profissional deve evitar o imperativo da verdade, da preferência pela participação familiar nas consultas e pelo papel ativo na tomada de decisão;
- c) não é o profissional que deve decidir sobre o quê, como e quando comunicar, mas cabe a ele perguntar sobre o que o cliente gostaria de saber, como gostaria de ser comunicado, identificando dessa forma suas necessidades e desejos de informação, assim como suas preferências sobre esse processo, dessa forma mostrará que a comunicação está centrada no cliente;
- d) mais uma vez pergunte! É recomendável perguntar abertamente ao cliente se ele deseja saber detalhadamente sobre sua condição e/ou tratamento, caso esse negue, o seu direito deve ser respeitado, onde deve se mostrar disponível para retirar dúvidas posteriormente, se assim ele desejar.

5.4 Quarta diretriz: resolução: informe com clareza e linguagem acessível, sem tirar a esperança

Então eu acho que o profissional tem que ser mais claro, o mais simples [...] (E12).

[...] então eu acho que tem que ter um pouquinho mais de paciência, um pouquinho de jeito [...] que tem que ter um pouco mais de paciência porque às vezes você vem... e uma palavra, uma palavra de esperança sei lá [...] (E6).

[...] bem sinceros, claros, objetivos e... dando esperança né, sempre com... com um voto de esperança de que vamos chegar lá, vamos atravessar aí essa fase e tal (E13).

- a) após o aceite do cliente em querer conversar, a comunicação deve ser realizada de forma clara e objetiva;
- b) a linguagem deve ser adequada ao nível compreensível para cada tipo de cliente;
- c) esse é o momento oportuno para informar, esclarecer o que não ficou entendido ou ficou subentendido até aqui;
- d) o profissional deve lançar mão das habilidades verbais e não verbais de forma individualizada para o atendimento de suas necessidades de informação;
- e) identifique as reações do cliente sobre as informações dadas e discuta sobre suas principais preocupações;
- f) manter a esperança é primordial para que o cliente não desista do tratamento e compreenda o objetivo terapêutico com foco nas suas necessidades e qualidade de vida.

Acredita-se que tais diretrizes sejam um norte necessário para resgatar o foco do cuidado à pessoa doente. Todavia, para que haja sua implementação na prática assistencial é preciso que cada profissional de saúde se corresponsabilize para sua efetivação. Para isso, a interação, o diálogo e a valorização das relações interpessoais entre os membros da equipe se tornam itens necessários, já que somente dessa forma será possível a construção de um plano de cuidado, em conjunto, para atender as especificidades de cada cliente no processo de comunicação na transição para os cuidados paliativos, onde será preciso avaliar os fracassos e sucessos conquistados continuamente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo configurou-se como uma pesquisa de campo que foi desenvolvido a partir do método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), cuja principal característica é a aproximação intencional da pesquisadora com a prática assistencial ao mesmo tempo em que investiga, objetivando melhorias para aquele contexto estudado com a colaboração dos participantes da pesquisa, estabelecendo uma relação interpessoal.

Dessa forma, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau foi oportuna e aplicável durante todo o processo investigativo, permitindo um direcionamento sobre a maneira de investigar da PCA, onde as etapas interativas entre enfermeira e cliente para a resolução de um problema de saúde foram reproduzidas pela pesquisadora e participantes de pesquisa para resolução de um problema assistencial.

Nessa relação ora enfermeira/cliente outrora pesquisadora/participante, o método PCA junto com a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau como referencial teórico, permitiu-me como enfermeira-pesquisadora penetrar na realidade da assistência durante a pesquisa, realizando a produção de dados ao mesmo tempo em que como enfermeira respondia as necessidades do cliente que emergiram nesse momento, realizando a convergência das ações de assistência e pesquisa. Tal realização foi possível porque tanto o método quanto o referencial teórico enfatizam o diálogo e a interação mútua para que seus processos ocorram, onde os indivíduos envolvidos enfermeiro/pesquisador ou cliente/participante são protagonistas e tem partes igualmente importantes na relação terapêutica como na de pesquisa.

Nesse sentido, o processo dialogado para a produção de dados apresentou-se principalmente na fase de perscrutação da PCA, durante a coleta de dados, já que nessa fase ocorreu maior interação entre eu e os participantes. Nesse momento, fiz uso dos instrumentos de comunicação relatados por Peplau como: escuta, esclarecimento, ensino e interpretação para apreender os dados coletados importantes para a pesquisa e para assistência, o que me permitiu assumir os diferentes papéis como provedora de recurso, respondendo as dúvidas e necessidades de informações sobre o tratamento e também de professora, realizando as orientações sobre cuidados e direitos às informações, caracterizando a convergência das ações ensino, pesquisa e prática.

O diálogo com cada participante foi orientado por um roteiro de entrevista semiestruturado que abordava sobre experiências prévias acerca da comunicação com os

profissionais e sua avaliação, assim como necessidades de informações, preferências sobre como gostaria que os profissionais conversassem com ele e como poderia se melhorado essa comunicação na transição para os cuidados paliativos, permitindo a reflexão dos mesmos sobre os temas levantados na tentativa de despertar a consciência crítica de necessidades de mudanças.

Através da análise das unidades de registro foi possível detectar que as notícias difíceis estão presentes em todo o itinerário terapêutico desde o diagnóstico até os cuidados paliativos, porém a transição entre essas fases é avaliada como momento de grande impacto para sua vida, marcado pelas orientações fundamentais da equipe para esclarecer o momento vivido e responder as necessidades sentidas presentes durante todo o processo terapêutico.

Os participantes avaliaram o acolhimento, a forma como eram tratados com atenção, empatia e a disponibilidade mostrada pelos profissionais para retirar suas dúvidas como características essenciais para construir uma relação de confiança e vínculo. Tais aspectos foram caracterizados como comunicação de qualidade, dando maior importância à forma como foi informado que a mensagem propriamente dita, o que demonstrou o valor da utilização de estratégias verbais e não verbais para atender todas as necessidades do cliente.

Os resultados apontam que em sua maioria os participantes avaliaram a comunicação como verdadeira e de fácil entendimento principalmente pela linguagem mais popular utilizada pelos profissionais, onde apesar de serem considerados pontos positivos, tais atributos não foram suficientes para uma comunicação esclarecedora, já que por algumas vezes sentiram uma comunicação omissa por parte de alguns profissionais, o que resultou em dúvidas e busca por maiores informações para atender suas necessidades de informação principalmente sobre o tratamento e prognóstico.

As preferências referentes às informações também se mostraram divergentes, onde apesar da maioria referir a preferência pela verdade acima de tudo, participação familiar e participação ativa no tratamento, outros demonstraram a preferência do não saber para não sofrer com a participação exclusiva da família no acesso às informações, a não participação familiar e a passividade na participação do tratamento.

Diante disso, as narrativas apontam a comunicação como um processo que deve ser construído desde o diagnóstico até os cuidados paliativos, onde há necessidade de realizar escuta ativa como instrumento de comunicação para conhecer as necessidades e preferências relacionadas à transição para os cuidados paliativos para compreender sobre o que, quando e como gostaria de ser informado.

É a partir da priorização da escuta ativa às necessidades do cliente de forma acolhedora e empática que o profissional conseguirá vínculo necessário e obterá pistas para realizar uma comunicação centrada no cliente e favorecer sua autonomia em todo o processo. Somente dessa forma será possível realizar um cuidado individualizado, onde o cliente poderá exercer o protagonismo na transição para os cuidados paliativos.

Dessa forma, o processo dialogado com os participantes possibilitou conhecer o saber popular com o compartilhamento de suas experiências prévias, necessidades e preferências sobre como gostaria de ser comunicado, onde junto com a aplicação da Teoria das Relações Interpessoais contribuiu de forma ímpar para a elaboração de diretrizes para comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos como proposta de melhoria para a prática assistencial.

Considerando as lacunas do conhecimento identificadas na revisão integrativa, assim como os resultados encontrados no presente estudo foi possível notar como é importante abordar as preferências do cliente para realizar um cuidado individualizado e promover sua autonomia, sobretudo na transição para os cuidados paliativos. Contudo, compreender as especificidades de cada cliente e garantir o protagonismo deste na transição para os cuidados paliativos se torna um grande desafio no cotidiano dos profissionais de saúde e requer de cada um a corresponsabilidade de promover esse cuidado.

Desse modo, espero que essa pesquisa possa contribuir na construção de conhecimento e melhoria da assistência ao cliente oncológico em transição para os cuidados paliativos, por meio da implantação das diretrizes para comunicação na transição para os cuidados paliativos na rotina de trabalho da equipe cuidadora.

Acredita-se que para exercer esse trabalho e colocar em prática as diretrizes será fundamental que os profissionais inseridos no cuidado ao cliente trabalhem juntos, onde a interação e o diálogo no dia-a-dia, e promover discussões entre a equipe para planejamento desse cuidado serão itens essenciais para promoção desse cuidado, e quiçá na construção de novos projetos em comum em pró do cliente, já que somente através da atuação de cada membro da equipe será possível contemplar todas as necessidades desse nessa fase.

Como limitações do estudo, é preciso ser destacado que a presente pesquisa não atingiu a etapa de validação externa do material elaborado, impedindo a divulgação do material editado.

Diante disso, recomenda-se estender o estudo futuramente para validação das diretrizes que deverão ser realizadas por peritos no tema.

7. REFERÊNCIAS

ABREU, C. B. B.; FORTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do cliente em cuidados paliativos. **Rev. Bioética**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/918/1045. Acesso em: 3 abr. 2019.

ABREU, W. C. De uma síndrome à condição social: cuidados paliativos a pessoas com demência. **Rev. Rene (Online)**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 1-22017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/18854/29587>. Acesso em: 30 jul. 2019.

AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 53-62, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0053.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

ALMEIDA, K. L. S.; GARCIA, D. M. Uso de estratégias de comunicação em atenção paliativa no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 720-727, out./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.39509>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ALVES, E. F. A comunicação da equipe de enfermagem com o cliente em cuidados paliativos. **Rev. Semina: Ciência Biológica da Saúde**. Londrina, v. 34, n. 1, p. 55-62, jan./jul. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ANDERSON, W. G.; KOOLS, S.; LYNDON, A. Dancing around death: hospitalist-patient communication about serious illness. **Quality Health Research**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 3-13. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502664/>. Acesso em: 10 maio 2018.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o cliente em fase terminal. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Paraíba, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ANDRADE, C. G. *et al.* Comunicação de notícias difíceis para clientes sem possibilidades de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Rev. de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 674-679, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a15.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ARAÚJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 58-62, 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br>. Acesso em: 23 jul. 2018.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA M. J. P. A comunicação com o cliente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à clientes sob cuidados paliativos. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BASTOS, B. R. *et al.* Perfil sociodemográfico dos clientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 9, n. 2, p. 31-36, 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v9n2/2176-6223-rpas-9-02-31.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BIONDO, C. A.; TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P. Cuidados paliativos em terapia intensiva: diretrizes para atenção aos clientes e familiares sob a ótica da bioética. *In*: SILVA, R. S. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p.71-90.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 500-501, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a01v43n3.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BORGES, M. M.; JUNIOR, R. S. A comunicação na transição para os cuidados paliativos. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 275-282, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a15v38n2.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRANCO, L. A. S. C.; MAIA, N. M. F. S.; LIMA, L. A. A. A construção do vínculo enfermeiro-cliente pelo diálogo no ambiente hospitalar. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 30-35, jul./set. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/JLC/Desktop/artigos%20utilizados%20na%20discuss%C3%A3o/constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20v%C3%ADnculo%20enfermeiro%20paciente.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 140**, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamentos e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Acesso em: 7 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, Brasília, 23 nov. 2018b. Seção 1, p. 276. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 25 nov. 2018.

BRIGHTON, L. J.; BRISTOWE, K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. **Postgraduate Medical J.**, [s. l.], v. 92, n. 1090, p. 466–470, 2016. Disponível em: <http://pmj.bmj.com/content/92/1090/466>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BROM, L. *et al.* Patients' preferences for participation in treatment decision-making at the end of life: qualitative interviews with advanced cancer patients. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. e100435, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24964036>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAMPOS, C. J. C. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-61, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

CAPONERO, R. **A comunicação médico-cliente no tratamento oncológico**: um guia para profissionais de saúde, portadores de câncer e seus familiares. São Paulo: MG Editores, 2015.

CAREY, M. *et al.* The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. **Support Care Cancer**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 207 – 219, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244607/>. Acesso em: 12 abr. 2019.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0222.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.

COSTA, L. E. L. *et al.* A família no contexto dos cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p. 261-271.

CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em: 8 jul. de 2018.

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

DESANTIS, C. E. *et al.* Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. **CA Cancer J. Clin. (On-line)**, [s. l.], v. 64, n. 4, p. 252-271, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24890451>. Acesso em: 7 abr. 2019.

ENZINGER, A. C. *et al.* Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. **Journal Clinical Oncology**, [s. l.], v. 33, n. 32, p. 3809-3816, 2015. Disponível em: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2015.61.9239>. Acesso em: 20 jun. 2018.

EPSTEIN, A. S. *et al.* Discussions of life expectancy and changes in illness understanding in patients with advanced cancer. **J. Clin. Oncol.**, [s. l.], v. 34, n. 20, p. 2398-2403, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27217454>. Acesso em: 27 ago. 2019.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: Revisão integrativa de literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 554-563, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0591.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2019.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Rev. Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 139-154, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168/2721>. Acesso em: 1 out. 2019.

FAWOLE, O. A. *et al.* A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. **J. of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 570-577, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599019/>. Acesso em: 16 maio 2018.

FRANZOI, M. *et al.* Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3653–3661, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/JLC/Downloads/11140-24799-1-PB%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/JLC/Downloads/11140-24799-1-PB%20(9).pdf). Acesso em: 5 ago. 2018.

FREIRE, M. *et al.* Cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama embasado na Teoria do Relacionamento Interpessoal. **Rev. de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 7, n. esp., p. 7209-7214, dez. 2013.

FRIAS, C. F. C.; PACHECO, S. Papel do enfermeiro na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p. 347-356.

GALVÃO, M. I. Z. **Comunicação interpessoal em cuidados paliativos: um estudo à luz da teoria de Peplau**. 2016. 198 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21635/1/2016_MariaIren%c3%adZapalowskiGalv%c3%a3o.pdf. Acesso em: 22 jun. 2018.

GALVÃO, M. I. Z.; BORGES, M. D. S.; PINHO, D. L. M. Comunicação interpessoal com clientes oncológicos em cuidados paliativos. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 3, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22290/15092>. Acesso em: 22 jun. 2018.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a10v21n3.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2019.

GEOVANINI, F. C. M. **Notícias que (des)enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para clientes oncológicos**. 2011. 129 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12817/1/1018.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2019.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2019.

GRAMLING, R. *et al.* Determinants of patient-oncologist prognostic discordance in advanced cancer. **JAMA Oncology**, [s. l.], v. 4, n. 11, p. 1421–1426, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2533530>. Acesso em: 25 jun. 2018.

GRANEK, B. L. *et al.* Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. **Journal Of Oncology Practice**, [s. l.], v. 4, p. 129–135, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710179/>. Acesso em: 25 jun. 2018.

GURGEL, P. K. F.; TOURINHO, F. S. V.; MONTEIRO, A. I. Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 539-543, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000300539&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2018.

HOWK, C.; HILDEGARD, E. P. Enfermagem Psicodinâmica. *In*: TOMEY A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. Portugal: Lusodidacta, 2004. p. 423-435.

HUI, D.; BRUERA, E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. **Nature Reviews Clinical Oncology**, [s. l.], n. 13, p. 159-171, nov. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772864/>. Acesso em: 20 jul. 2018.

IBGE. **Sinopse do censo demográfico**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2019.

INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 3. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 108 p. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionasus/2017/35569/35569-1489.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2018.

INCA. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

INCA. **Estimativa 2018**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2018.

JACOBSEN, J.; JACKSON, V. A. A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. **J. of the National Comprehensive Cancer Network**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 475-480, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19406044>. Acesso: 20 jul. 2018.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Clinical ethics**: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 8. ed. New York: Mc-Graw-Hill, 2015.

KAWAGUCHI, S. *et al.* Internal medicine residents beliefs, attitudes, and experiences relating to palliative care: a qualitative study. **American J. of Hospice and Palliative Medicine**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 366–372, 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909116628799>. Acesso em: 30 jun. 2018.

KISSANE, D. W. *et al.* Communication skills training for oncology professionals. **J. of Clinical Oncology**, [s. l.], v. 30, n. 11, p. 1242-1247, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22412145>. Acesso em: 17 maio 2016.

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

KUMATA, C. S.; BORGES, A. A.; DUPAS, G. Comunicação de más notícias à família da criança hospitalizada. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 1411, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25894/16516>. Acesso em: 10 ago. 2018.

LAMELA, D.; BASTOS, A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. **Rev. Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 684-90, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/21.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LEMOS, C. M. M.; MORAES, D. W.; PELLANDA, L. C. Resiliência em clientes portadores de cardiopatia isquêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 106, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v106n2/pt_0066-782X-abc-20160012.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

LENNES, I. T. *et al.* Predictors of newly diagnosed cancer patients' understanding of the goals of their care at initiation of chemotherapy. **Cancer**, [s. l.], v. 119, n. 3, p. 691-699, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3531571/>. Acesso em: 28 maio 2018.

LIMA, M. P. O.; OLIVEIRA, M. C. X. Significados do cuidado de enfermagem para familiares de pacientes em tratamento paliativo. **Rev. Rene (Online)**, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 593-602, 2015. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14471/1/2015_art_mpolima.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

LINO, C. A. *et al.* Uso de protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

LOPES, C. R.; GRAVETO, J. M. G. N. Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 257-263, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/115>. Acesso em: 12 abr. 2019.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. *In*: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24.

MERRITT, M. K.; PROCTER, N. G. Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. **Contemporary Nurse Journal**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 158-166, Feb./Mar. 2010. Disponível em: <http://10.5172/conu.2010.34.2.158>. Acesso em: 28 maio 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

MOCHEL, E. G. *et al.* Os profissionais de saúde e a má notícia: estudo sobre a percepção da má notícia na ótica dos profissionais de saúde em São Luís/MA. **Cad. de Pesquisa**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 47-56, 2010. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/281/20>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MONDEN, K. R.; GENTRY, L.; COX, T. R. Delivering bad news to patients: proceedings. **Baylor University Medical Center**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 101-102, Jan. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677873/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MUNHOZ, B. A. *et al.* From one side to the other: what is essential?: perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 485-491, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879917/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

NOCE, C. W.; REBELO, M. S. Avaliação da relação entre tamanho do tumor e características sociais em clientes com carcinoma de células escamosas bucal. **Rev. Brasileira Cancerologia**, [s. l.], v. 54, n. 2, p. 123-129, 2008. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v02/pdf/artigo_2_pag_123a129.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

NUNES, C. N. M. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psicooncologia. **Rev. de Psicologia**, [s. l.], v. 13, n. 19, p. 91-102, 2010. Disponível em: <http://revista.pgskroton.com.br/index.php/renc/article/view/2519>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ÖHLÉN, J. *et al.* Enabling sense-making for patients receiving outpatient palliative treatment: A participatory action research driven model for person-centered communication. **Palliative and Supportive Care**, [s. l.], v. 14, p. 212-224, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26235481>. Acesso em: 20 maio 2019.

OLIVEIRA, J. B. A. comunicação em cuidados paliativos: a informação como um processo e não como um ato. **Rev. Ciências em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 3, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/JLC/AppData/Local/Temp/241-999-1-PB.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2018.

OOSTENDORP, L. J. M. *et al.* Patients' preferences for information about the benefits and risks of second-line palliative chemotherapy and their oncologist's awareness of these preferences. **J. of Cancer Education**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 443–448, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13187-015-0845-9>. Acesso em: 28 jun. 2016.

PARKER, S. M. *et al.* A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. **J. of Pain and Symptom Management**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 81–93, 2007. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00260-6/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00260-6/pdf). Acesso em: 11 abr. 2019.

PEIXOTO, I. C. *et al.* Análise do perfil dos clientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura atuais: verificação da demanda por cuidados paliativos em hospital universitário. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 53-63, 2011. Disponível em: revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=123. Acesso em: 3 ago. 2018.

PEREIRA, M. A. G. **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008.

PFEIL, T. A. *et al.* What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? an active stance seems key. **The Oncologist**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 56–61, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361623>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G. P. Putman's, 1991.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referència conceptual para la enfermería psicodinámica**. Barcelona: MassonSalvat, 1990.

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos. *In*: MATOS, C. A.; MOTA, D. D.; CRUZ, D. A. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. p. 45-66.

PINHO, L. M.; BARBOSA, M. A. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 200-212, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46921>. Acesso em: 12 abr. 2019.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 93, p. 312-318, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>. Acesso em: 27 ago. 2018.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação interpessoal: valorização pelo cliente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **REME**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 116-125, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>. Acesso em: 12 abr. 2019.

RODENBACH, R. A. *et al.* Promoting end-of-life discussions in advanced cancer: Effects of patient coaching and question prompt lists. **J. of Clinical Oncology**, [s. l.], v. 35, n. 8, p. 842–851, 2017. Disponível em: <http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2016.68.5651>. Acesso em: 15 jun. 2018.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e resiliência de clientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 58, n. 4, p. 619-627, 2012. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/574/pdf_230. Acesso em: 12 abr. 2019.

ROSA; D. O. S.; FONTOURA; E. G. A bioética e os cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. S; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p. 51-70.

SALINS, N. *et al.* Integration of early specialist palliative care in cancer care: survey of oncologists, oncology nurses, and patients. **Indian Journal Palliative**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 258-265, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4973485/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SANTANA, J. *et al.* Cuidados paliativos aos clientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2016.

SANTOS, L. N. M. *et al.* Relações interpessoais na estratégia saúde da família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. **Rev. de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 1, p. 155–160, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15249/18035>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVA, A. E.; SOUSA, P. A.; RIBEIRO, R. F. Comunicação de notícias difíceis: percepção de médicos que atuam em oncologia. **Rev. de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 8, e-2482, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2482>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVA, C. F. *et al.* Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a14.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

SILVA, J. P. G. *et al.* Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 154–161, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0154.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

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

SILVA, M. M. *et al.* Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0460.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SILVA, N. H.; NEMAN, F. A. Como comunicar más notícias. **Science in Health**. [s. l.], v. 1, n. 3, p. 11-20, 2010. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/03_set_dez_2010/science_111_20.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, P. L. N. *et al.* O significado do câncer: percepção de clientes. **Rev. de Enfermagem UFPE (Online)**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6828-6833, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/JLC/Downloads/12345-29982-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/JLC/Downloads/12345-29982-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 10 abr. 2018.

SILVA, R. S. *et al.* O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 415-424, 2015. Disponível em: <https://vdocuments.mx/o-cuidado-a-pessoa-em-processo-de-terminalidade-na-percepcao-.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SILVA, R. S.; SILVA, M. J. P. A enfermagem e os cuidados paliativos. *In*: SILVA, R. S. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p. 3-36.

SILVIA, D. M. G. *et al.* **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem: doenças crônicas não transmissíveis: módulo 5: cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/163504>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SIQUEIRA, C. L. **Diálogos difíceis em oncologia**: construção de um manual de orientação para enfermeiros. 2016. 362 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jsui/handle/REPOSIP/325018>. Acesso em: 17 maio 2019.

SOUZA, K. A. *et al.* O itinerário terapêutico do cliente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 259, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29896/17399>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Rev. Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

SOUZA, R. S.; SIMÃO, D. A. S.; LIMA, E. D. R. P. Perfil sociodemográfico e clínico de clientes atendidos e um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Rev. REME**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 38-47, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>. Acesso em: 10 abr. 2019.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

STOCK, F. S.; SISSON, M. C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-cliente após mudança curricular. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 5-13, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a02v36n1>. Acesso em: 10 abr. 2019.

TAPIERO, A. A. Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas. **Anales de Medicina Interna**, [s. l.], v. 21, n. 7, p. 355-358, 2004. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000700009. Acesso em: 15 maio 2019.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. 5. ed. Portugal: Lusociência, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças na prática de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VAN VLIET, L. M.; EPSTEIN, A. S. Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: patients' need to know and need to feel known. **Journal Clinical Oncology**, [s. l.], v. 32, n. 31, p. 3474-3478, nov. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5569682/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VISSER, M.; DELIENS, L.; HOUTTEKIER, D. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: A systematic review. **Critical Care**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1-19, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258302/>. Acesso em: 2 jun. 2018.

WARNOCK, C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. **Nursing Standard**, [s. l.], v. 28, n. 45, p. 51-58, Jul. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005417>. Acesso em: 2 jun. 2018.

WHO. **Cancer control**: knowledge into action: Who guide for effective programs: module 5: palliative care. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/modules/en/>. Acesso em: 30 jul. 2019.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 30 maio 2019.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**Título: Comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos**

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa Comunicação da transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos, sob a responsabilidade da pesquisadora Jeniffer Lopes Rodrigues da Silva.

A pesquisa tem por objetivo, analisar como o cliente oncológico avalia a comunicação na transição para os cuidados paliativos; identificar necessidades e preferências do cliente oncológico acerca da comunicação na transição para os cuidados paliativos relacionados ao seu prognóstico, tomada de decisão e participação familiar e elaborar um protocolo de comunicação, a partir das necessidades e preferências apontadas pelo cliente oncológico. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde, e sua participação é de fundamental importância.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas que serão realizadas sob a forma de entrevista, que será gravada e algumas questões serão registradas em impresso próprio pela pesquisadora.

A entrevista será realizada no ambiente hospitalar, no dia e horário de conveniência do entrevistado. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua identidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por código. Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para pesquisar sobre como melhorar a comunicação com clientes oncológicos. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: O risco decorrente de sua participação na pesquisa é da possibilidade de dano à dimensão psicológica do ser humano, pelo fato de recordar vivências e de mobilizar sentimentos durante a entrevista. Para minimizar esse risco a entrevista ocorrerá em ambiente reservado garantindo a privacidade e o sigilo das informações. Será oportunizado momento de

escuta terapêutica com um psicólogo, caso haja necessidade, demonstrando atenção e compreensão com o participante.

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a colaborar para o processo de cuidar de clientes através do processo comunicacional no contexto da unidade de oncologia, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá informações relevantes para aprimoramento do cuidado através da comunicação terapêutica com base nas necessidades do cliente.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Federal do Estado do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós graduação – Mestrado em Enfermagem, sendo a aluna Jeniffer Lopes Rodrigues da Silva a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Sonia Regina de Souza e co-orientadora Prof^a. Dr^a. Laisa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com Jeniffer Lopes Rodrigues da Silva no telefone 996032377, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura(Pesquisador) _____

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Data: __/__/__

Parte I: Perfil do participante

Participante (Identificação alfanumérica): _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade atual: _____

Matrícula: _____

Diagnóstico médico: _____

Admissão no ambulatório de oncologia: _____

Início da quimioterapia paliativa: _____

Estado civil: _____

Religião: _____

Escolaridade: _____

Parte II – Entrevista

Convidar o participante a realizar um breve histórico da sua jornada terapêutica

- 1) O que você sabe sobre sua doença?
- 2) Você sabe o objetivo do seu tratamento atual? Qual é?
- 3) Como você avalia as informações recebidas sobre sua doença e tratamento atual?
- 4) Como você avalia a linguagem utilizada pelos profissionais para conversar com você à respeito do desenvolvimento da doença e informação do seu tratamento atual.
- 5) Você tem necessidade de obter mais informações sobre o seu caso? Quais? Por quê?

- 6) Como você gostaria que os profissionais conversassem com você?
- 7) O que pode ser feito para melhorar essa comunicação?
- 8) Sobre seu caso, você prefere saber todas as informações possíveis ou somente notícias boas? Por quê?
- 9) Você gostaria de participar do processo de escolha do seu tratamento junto com os profissionais ou prefere deixar a decisão somente para eles? Por quê?
- 10) Sobre a participação familiar, você prefere que seu familiar saiba todas as informações sobre sua doença e tratamento? Por quê?

ANEXO – Parecer consubstanciado do CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação na transição do cliente oncológico para os cuidados paliativos

Pesquisador: JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99417418.1.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.137.508

Apresentação do Projeto:

Perante o agravamento de um adoecimento por cancer e transicao do tratamento para os cuidados paliativos, a comunicacao se torna uma habilidade especialmente necessaria para o sucesso do tratamento, pois atraves dela e possivel reconhecer as necessidades do cliente para garantir um cuidado integral. Dessa forma, para que a comunicacao seja um elemento terapeutico eficaz e preciso que o profissional de saude alem de fornecer informacoes ao cliente, esteja atento as suas necessidades e respeite sua autonomia e tomada de decisao para essa nova fase.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como o cliente oncológico avalia a comunicacao na transicao para os cuidados paliativos; identificar as necessidade e preferencias do cliente oncológico

acerca da comunicacao na transicao para os cuidados paliativos relacionados ao seu prognostico, tomada de decisao e participacao familiar; elaborar um protocolo de comunicacao a pacientes em transicao para os cuidados paliativos, a partir das necessidades e preferencias apontadas pelo cliente oncológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ha possibilidade de risco minimo a dimensao psicologica, pelo fato de recordar vivencias e mobilizar sentimentos durante as entrevistas, essas ocorrerao em ambiente reservado para

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirc09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.137.508

garantir a privacidade e o sigilo das informações. Além disso, será realizada pausa na entrevista e será oportunizado momento de escuta terapêutica com um psicólogo, caso haja necessidade, demonstrando atenção e compreensão com o participante.

Benefícios:

Ajudará a colaborar para o processo de cuidar de pacientes através do processo comunicacional no contexto da unidade de oncologia, onde serão coletadas informações relevantes para aprimoramento do cuidado através da comunicação terapêutica com base nas necessidades e preferências do cliente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

os riscos foram informados e modificado o instrumento. Apresentada a anuência do diretor da co-participante e explicado o financiamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: de acordo ;
- Termo de compromisso;
- Termo de Anuência;
- Instrumentos;
- Cronograma;
- Folha de rosto;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1221405.pdf	30/11/2018 19:58:51		Aceito
Outros	roteiro_entrevista.docx	30/11/2018 19:52:18	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	30/11/2018 19:51:23	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Orçamento	financiamento.docx	30/11/2018 19:50:48	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.137.508

Orçamento	financiamento.docx	30/11/2018 19:50:48	SILVA	Aceito
Outros	Termo_anuencia_diretor.pdf	29/11/2018 22:01:31	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	19/09/2018 14:28:32	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	19/09/2018 14:27:06	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	termo_anuencia.pdf	19/09/2018 14:26:28	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/09/2018 17:35:53	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	15/09/2018 23:12:26	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/09/2018 22:06:24	JENIFFER LOPES RODRIGUES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Renata Flavia Abreu da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com