

# COMUNICAÇÃO E O TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

## COMMUNICATION AND INTERDISCIPLINARY TEAM WORK IN PALLIATIVE CARE

Fernando Maués de Souza<sup>1</sup>

Rômulo Evandro Leão<sup>2</sup>

Janides de Nazaré Baía Siqueira<sup>3</sup>

**Resumo:** Os cuidados paliativos constituem uma modalidade de tratamento que visa à melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares. A comunicação e as relações interdisciplinares, são elementos significativos no processo de cuidados paliativos. O presente estudo tem como objetivo apontar a importância da comunicação interdisciplinar, a

partir da abordagem de diferentes autores, frente à assistência de pacientes em cuidados paliativos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, tendo como instrumento a revisão bibliográfica de autores que discutem o assunto. Nesse estudo, constata-se a importância da comunicação no trabalho em equipe interdisciplinar na relação equipe, paciente e família.

---

1 Graduando do curso de Fonoaudiologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)

2 Fonoaudiólogo, mestrando em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA)

3 Graduada do curso de Fonoaudiologia da Universidade da Amazônia (UNAMA)



**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Comunicação, Equipe interdisciplinar, Humanização.

**Keywords:** Palliative care, communication, interdisciplinary team, Humanization.

**Abstract:** Palliative care is a treatment modality that aims to improve the quality of life of patients and their families. Communication and interdisciplinary relationships are significant elements in the palliative care process. The present study aims to point out the importance of interdisciplinary communication, based on the approach of different authors, in the care of patients in palliative care. This is an exploratory research, having as a tool the bibliographic review of authors who discuss the subject. In this study, the importance of communication in interdisciplinary teamwork in the team, patient and family relationship is verified.

## INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo (CP) tem como finalidade a promoção de conforto e controle dos sintomas, abrangendo os aspectos físicos, biopsicossociais e espirituais do paciente e de sua família (HERMES; LAMARCA, 2013).

Costa e Antunes (2012, p.65), o CP tem por objetivo proporcionar bem-estar e qualidade de vida em uma perspectiva global e holística do sofrimento do indivíduo.

São prestados à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (MONTEIRO, KRUSE e ALMEIDA, 2010, p. 785).



Para Silva e Sudigurski (2008, p. 507) alcança um cuidado integral baseado com os princípios éticos dos direitos humanos.

Percebe-se, na literatura, diversos autores que se dispuseram a conceituar e discutir sobre CP apresentando informações significativas para a sociedade, o poder público e para famílias que vivenciam o processo de palição.

Assim, para compreender o contexto desses cuidados na contemporaneidade, faz-se necessário entender sua origem, a saber:

Etiologicamente, o termo paliativo deriva do vocabulário latino *pallium*, que significa manto ou coberta, forma de proporcionar alívio ao sofrimento para os pacientes sem possibilidades de cura e que não podem mais

serem ajudados pela “medicina curativa”. Em inglês o termo refere-se ao *care* (cuidar) em vez de *cure* (curar) e pode ser traduzido como aliviar ou suavizar (LISBOA e MOREIRA, 2008, p. 37).

Para Chaves et al. (2011, p. 251) acrescentam que o conceito de CP teve início no movimento hospice, sendo que a própria palavra hospice significa “estranho” e “anfitrião”.

Outra definição, que os CPs são uma filosofia (PIMENTA, 2010) e não apenas uma modalidade de atendimento. Os princípios dos CPs afastam a idéia de “não ter mais nada a fazer” (MATSUMOTO, 2009).

A importância dos CPs se deu ao fato do aumento de sobrevivência dos pacientes (FERNANDES, SILVA e SCHWARTZ,



2012). Com o avanço tecnológico, os indivíduos têm sua morte reduzindo, prolongando, assim sua vida (BRAGA e QUEIROZ, 2013, p. 413). Para Fernandes, Silva e Schwartz (2012, p. 141) “[...] o tratamento paliativo é aquele que procura reduzir ou amenizar os danos da doença, sem remover sua causa ou garantir uma cura”. Para tanto, “deve-se dirigir ao paciente um olhar cuidadoso e global para suas necessidades e desejos” (MAZUTTI, 2010, p. 15), ajudando o ser humano a buscar a qualidade de vida, quando não é mais possível crescer quantidade (ARAÚJO e SILVA, 2007, p. 669). Matsumoto (2009, p. 16) acrescenta que o CP dá ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

Cabe destacar, que a prática do CP está fortemente relacionada com a oncologia, porém para os autores Taquemori e Sera (2008, p. 48) o CP é ofe-

recido a pacientes com doenças crônicas progressivas e neurodegenerativas, como Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer e outras demências que são patologias lembradas por Pinto (2009, p. 234).

Nessa perspectiva, Hermes e Lamarca (2013) referem que o paciente não é apenas um ser biológico, mas um indivíduo composto pelas esferas social, espiritual e psicológica, sendo necessário ser cuidado em todos os aspectos, pois quando um funcional mal, todos os outros são afetados. “Esse é o significado maior de valorizar a vida até o último momento” (BARBOSA, 2009, p. 67).

Garcia-Schinzari e Santos (2014, p. 100) explicam que os CPs têm início no diagnóstico da doença e permeiam mesmo que o paciente receba ou não um trata-



mento curativo. Se não é possível vencer a morte, pode-se aliviar o sofrimento, ajudando a manter a autonomia do paciente e respeitando sua dignidade (COSTA e ANTUNES, 2012, p. 71). Quando o paciente não tem condições de decidir sobre sua própria saúde, a família deve decidir pela conduta a ser adotada para o seu ente querido (VASCONCELOS et al., 2013).

Os CPs estão entrelaçados com os princípios da bioética (SANTANA et al, 2013, p. 303). Sousa et al. (2010, p. 120) advogam que os princípios fundamentais em que está pautada a bioética – autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência – regem qualquer ação que esteja relacionada à vida, contemplando o nascimento até a morte.

O CP inova na abordagem em saúde, incluindo a espiritualidade entre as dimensões do

ser humano e a família na assistência após a morte do paciente – no período de luto (MATSUMOTO, 2009, p. 16).

De acordo com a (ANCP) Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), o Cuidado Paliativo é o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida.

Ainda de acordo com a ANCP, devido à natureza complexa, multidimensional e dinâmica da doença, o Cuidado Paliativo avança como um modelo terapêutico que endereça olhar e proposta terapêutica aos diversos sintomas responsáveis pelos sofrimentos físico, psíquico,



espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do paciente, sendo que com isto, busca-se melhorar esta qualidade de vida.

Segundo Silva e Araújo (2009) apud Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado. O emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais da saúde é medida terapêutica comprovadamente eficaz, permitindo ao paciente compartilhar medos, dúvidas e sofrimento, contribuindo para a diminuição do estresse psicológico e garantindo a manifestação de sua autonomia.

Pessini e Bertachini (2006), referem que entre os princípios básicos dos cuidados paliativos estão:

- a) Controlar a dor e administrar os sintomas, levando em conta a história do paciente e lançando mão de fármacos e opioides disponíveis.
- b) Afirmar a vida e entender a morte como processo natural e não como fracasso médico, levando em conta o bem-estar físico, psíquico e espiritual do sujeito.
- c) Não apressar a morte, contudo não estender obstinadamente a vida por meio da tecnologia.
- d) Não reduzir a pessoa humana a uma entidade biológica.
- e) Promover uma vida digna e ativa ao paciente de forma que ele possa opinar sobre o tratamento e optar por recebê-lo ou não, ou seja, o paciente estabelece os objetivos e as prioridades, e os profissio-



nais devem estar preparados para atender a esses propósitos (autonomia do enfermo).

f) Ajudar a família a cuidar do enfermo e ampará-la no momento da morte. (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Sousa e Carpigiani (2010), afirmam que os cuidados de saúde, sob o paradigma do cuidar (caring), aceitam o declínio e a morte como parte da condição do ser humano, uma vez que todos sofremos de uma condição que não pode ser “curada”, isto é, somos criaturas mortais. A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e

projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral.

Menezes (2004) entende que os cuidados paliativos decorrem de uma transformação social quanto à morte, bem como de mudanças no meio médico. A comunicação franca entre paciente, familiares e profissionais envolvidos é marca desse tipo de cuidado. No ideário dos cuidados paliativos, os cuidadores (profissionais ou familiares) têm um crescimento individual. Em sua crítica a esse novo método de cuidado, Menezes (2004) afirma que esse modelo de “boa morte” que idealmente se opõe à medicina tecnologizada constitui, na realidade, uma continuidade dessa prática e não uma ruptura com ela, dada a dependência que o paciente e a família criam em relação à equipe e o controle que a última acaba por exercer.



## COMUNICAÇÃO

De acordo com Baena (2013) a comunicação é qual-quer processo pelo qual os seres humanos trocam informações, fazem questionamentos, expres-sam sentimentos e pensamentos. Pode ser utilizada não somente a expressão verbal, mas tam-bém atos, as expressões faciais e toques, pois o corpo fala. Ain-da segundo o autor, para um ser humano ser aceito na sociedade em que vivemos, sendo confi-ável e apto com plenos direitos de cidadão, são necessários três tipos principais de competência: habilidades cognitivas (baseado no uso da linguagem e na capa-cidade de comunicação); controle do corpo e controle das emoções.

Segundo Baena, a co-municação é uma das mais im-portantes necessidades huma-nas, e o homem é um ser social

e necessita da comunicação do mesmo modo que o corpo requer água e alimento para um bom funcionamento. Para que se tenha uma boa comunicação, devemos transmitir as mensagens com cla-reza e objetividade, recorrendo sempre que possível aos recursos da voz, que enriquece, quando bem colocada, e bem impostada o discurso, prendendo a atenção de quem ouve.

A arte do diálogo, não é um simplesmente dizer palavras, é ir ao encontro, questionar, para poder responder, dando chan-ces para a troca democrática de ideias, o que gera um clima de confiança e bem estar, utilizando a empatia na busca do processo de sinergia, é através desta busca simultânea, que conseguiremos construir verdadeiras relações, com mais propriedade, causando impacto nos vários grupos so-ciais.



De acordo com a ANCP (2009) a questão da comunicação, ferramenta indispensável para um trabalho integrado, foi analisada e compreendida em sua complexidade, de modo a poder contribuir para o aprimoramento desse processo, aparando arestas que ainda parecem existir. Comunicação interpessoal não se resume à troca de mensagens entre duas ou mais pessoas, tampouco à mera transmissão de informações. Trata-se de um processo complexo que envolve percepção, compreensão e transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se contexto, cultura, valores individuais, experiências, interesses e expectativas de cada um.

Segundo Silva (2009, p. 51), todo processo de comunicação é constituído por duas dimensões: verbal e não-verbal. Para a

ANCP (2009), a verbal é aquela que ocorre por meio de palavras, com o objetivo de expressar um pensamento, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo. Porém ela é insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre no relacionamento humano. É necessário qualificá-la, oferecer-lhe emoções, sentimentos e adjetivos, para que seja possível perceber e compreender não só o que significam as palavras, mas também os sentimentos implícitos na mensagem; e é a dimensão não-verbal do processo de comunicação que permite demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais. A linguagem verbal é qualificada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, olhares e expressões faciais, postura corporal, distância física que as pes-



soas mantêm umas das outras e até mesmo por roupas, acessórios e características físicas.

Sousa e Carpigiani (2010), ao tratar de comunicação, afirmam que esta depende de três fatores: transmissão, recepção e canais que podem ser verbais ou não verbais. As autoras propõem o conceito de vínculo, que consiste no estado mental de ligação entre partes inseparáveis, mas distintas entre si. O estado vincular pode ser subdividido em quatro conceituações: reconhecimento de si, ou seja, que o sujeito possa conhecer de novo seus conteúdos mentais e a partir daí ressignificar suas experiências; reconhecimento do outro; ser reconhecido aos outros; ser reconhecido pelos outros. Para Carpigiani (2007), a comunicação passa por escuta e vínculo, o que pressupõe envolvimento emocional.

## **CUIDADOS PALIATIVOS, INTERDISCIPLINARIEDADE E COMUNICAÇÃO**

Acredita-se que a comunicação seja um forte fator para a prática do profissional que trabalha com CP, pois como afirma Silva (2009, p. 49) “[...] a comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado”.

Menezes (2004) entende que os cuidados paliativos decorrem de uma transformação social quanto à morte, bem como de mudanças no meio médico. A comunicação franca entre paciente, familiares e profissionais envolvidos é marca desse tipo de cuidado. No ideário dos cuidados paliativos, os cuidadores (profissionais ou familiares) têm um crescimento individual. Em sua crítica a esse novo método de cuidado, Menezes (2004) afirma



que esse modelo de “boa morte” que idealmente se opõe à medicina tecnologizada constitui, na realidade, uma continuidade dessa prática e não uma ruptura com ela, dada a dependência que o paciente e a família criam em relação à equipe e o controle que a última acaba por exercer.

Segundo Moretto (2005, p. 20), no hospital “há gente que fala e, mais ainda, que deseja, que precisa falar”. Supõe-se que ao profissional de saúde que atua em CP cabe a escuta atenta, tanto para o conteúdo quanto para a forma, como também para aquilo que o paciente deixa de dizer.

Dentro do contexto de cuidados paliativos, destaca-se, conforme a ANCP (2012), o trabalho integrado de equipe multiprofissional, fundamental para a melhor abordagem, envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes

sociais, psicólogos, fisioterapeutas, capelão, fonoaudiólogo, dentista e terapeuta ocupacional. Equipes de apoio que amplia as diversas formas de abordagem, proporcionando cuidados paliativos com ações integradas contemplando a totalidade da assistência à saúde do paciente.

A posição de Vilela e Mendes (2003) tem pontos em comum com a filosofia dos cuidados paliativos e vem ressaltar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar. De acordo com Vilela e Mendes (2003, p. 529), “saúde como integridade não permite a fragmentação em saúde física, mental e social e, portanto, parte-se de uma visão holística que supõe entendê-la na interface de grande diversidade de disciplinas”.

Segundo Japiassu (1976 apud VILELA; MENDES, 2003, p. 527):



O exagero das especializações conduz a uma situação patológica em que uma “inteligência esfacelada” produz um “saber em migalhas”. Nesse contexto, o esforço de integração da interdisciplinaridade se apresenta como “o remédio mais adequado à cancerização ou à patologia geral do saber”.

Além dos estudos que ressaltam a interdisciplinaridade, há quem aponte para a produtividade e os resultados dessas equipes, e também aqueles que, partindo de um viés psicológico, se atentam às relações nelas construídas (PEDUZZI, 2001).

Há duas possibilidades para entender o trabalho em equipe multiprofissional: “equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agru-

pamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 2001, p. 106). Contudo, em ambas as modalidades, existe uma valoração maior de certas atuações em detrimento de outras, e a hierarquia continua presente.

Segundo Peduzzi (2001), a comunicação é relevante nos trabalhos em equipe multiprofissional, pois serve tanto à técnica quanto às relações pessoais, favorecendo a ligação entre os elementos da equipe. Evidência as conexões existentes entre as distintas ações e os variados conhecimentos técnicos. A interação como uma prática comunicativa, na qual os envolvidos se colocam num projeto comum; capaz de promover a cooperação e integração entre as equipes.

Oliveira e Silva (2010, p. 217) asseveram que a filosofia



dos CPs será mais forte conforme for o entrosamento da equipe de saúde, interferindo na delimitação técnica das funções como reflexo da interdisciplinaridade dos responsáveis pelas ações.

Mencarelli, Bastidas e Vaisberg (2008) tratam da dificuldade de comunicar ao paciente o diagnóstico de uma doença incurável. Essa tarefa deve ser realizada de forma processual, visto que suscita diversas fantasias e medo da morte. De acordo com Bromberg (1997), o diálogo na equipe é primordial para que não pese sobre um de seus membros a culpa pela morte, de forma que a experiência da perda seja acolhida pelo grupo e se torne um momento propício de compreensão e crescimento, fortalecendo a equipe. Além disso, segundo Meireles e Erdmann (1999 apud Vilela; Mendes, 2003), o diálogo integrador deve ser considerado

como uma característica imprescindível para a constituição de uma equipe que se denomina interdisciplinar.

Apesar de não abolir as peculiaridades técnicas de cada especialidade, o trabalho em equipe pressupõe uma flexibilização da divisão do trabalho, aponta Peduzzi (2001). A autonomia não dispensa a complementaridade e a interdependência entre as disciplinas.

Segundo Meireles e Erdmann (1999 apud VILELA; MENDES, 2003, p. 528), a interdisciplinaridade consiste em “uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum”.

Um trabalho interdisciplinar carece então de comunicação entre os agentes, igual valorização das diferentes especialidades, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia acompa-



nhada de interdependência e integração (VILELA; MENDES, 2003; PEDUZZI, 2001).

Para Vilela e Mendes (2003), o trabalho interdisciplinar se faz a partir da interação dos sujeitos das práxis a fim de solucionar um problema complexo e concreto, e não meramente pela intersecção dos campos do saber.

Deste modo, diferentes profissionais com competências específicas visam o bem-estar do paciente e atendê-lo em suas múltiplas dimensões, garantindo a comunicação na dimensão do cuidado.

### **COMUNICAÇÃO: RELAÇÃO PROFISSIONAL E PACIENTE**

Por meio da comunicação um profissional pode transmitir acolhimento e honestidade,

contribuindo para um clima de confiança em seus atendimentos (COSTA e ANTUNES, 2012, p. 69). A comunicação do profissional possui duas vertentes: verbal ou não-verbal; seja qual for, deve demonstrar empatia e transmitir segurança (SILVA, 2009, p. 51).

É por meio da comunicação que se pode estabelecer um vínculo com o paciente, configurando um processo ativo, de atenção e de escuta ativa (ANDRADE, COSTA e LOPES, 2013). Através da postura, das atitudes corporais, dos gestos, do contato visual, da expressão facial, da voz, da respiração, da aparência geral, do toque, também, do silêncio, é possível fortalecer a comunicação com o paciente (COSTA e ANTUNES, 2012, p. 69).

Dialogando com Campos, Silva e Silva (2019), referem: a comunicação, verbal ou não, é instrumento fundamental



na área da saúde em virtude das relações intersubjetivas que perpassam o convívio entre equipe, paciente e família. Sua modalidade verbal se caracteriza pela expressão em palavras de pensamentos e sentimentos, visando a compreensão de algo. A comunicação não verbal engloba o uso de linguagem corporal – gestos, olhares, expressões faciais e até o próprio silêncio podem transmitir mensagens em determinado contexto. Ambas se complementam e possibilitam identificar os conteúdos explícitos e implícitos que o sujeito deseja emitir.

Enfatizam o toque no contexto da atenção paliativa como se suma importância, uma vez que se relaciona com o cui-

dado na dimensão emocional (ARAÚJO e SILVA, 2012, p. 631).

Em cuidados paliativos, a família torna-se também unidade de cuidado que deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento de seu paciente, envolvendo uma relação com a pessoa cuidada como também com sua família, os profissionais de saúde devem ter um preparo para poder atender melhor o paciente, tendo em vista que este carrega toda uma expectativa, cultura e crenças a respeito de sua doença (SILVEIRA, et al. 2014).

Silva (2009, p. 51) lista alguns comportamentos para que a empatia seja transmitida pelo profissional que são: manter contato com os olhos durante aproximadamente 50% do tempo da interação; ouvir atentamente; permanecer em silêncio enquanto



o outro fala, utilizando eventualmente meneios positivos; sorrir; manter o tom de voz suave; voltar o corpo na direção de quem fala e manter os membros descruzados; utilizar, eventualmente, toques afetivos em braços, mãos ou ombros.

Em estudo realizado por Araújo e Silva (2012) com profissionais de saúde que trabalhavam com pacientes em CP, as autoras relatam que a maioria dos participantes (57,7%) não foi capaz de citar pelo menos uma estratégia que corresponda à comunicação não-verbal, e apenas 15,2% mencionaram 5 sinais ou estratégias não-verbais, evidenciando, assim escassez de conhecimento dos profissionais em estratégias de comunicação.

Os profissionais não devem apenas ter a idéia do quê falar, mas também quando e como falar, “precisam até mesmo saber

o momento de calar, substituir a frase por um toque afetivo ou potencializar o efeito de um ansiolítico com um bom par de ouvidos, estando mais próximo e acessível às reais necessidades dos pacientes” (SILVA, 2009, p. 50).

Silva e Sudigurski (2008, p. 507) defendem que a comunicação deve ser sincera com o paciente e seu acompanhante, sendo fornecido informações verdadeiras para que a relação seja de total confiança.

Silva (2009, p. 54) cita algumas estratégias para a adequada comunicação verbal ao final da vida: utilizar clareza e sinceridade no que for dito; disponibilizar tempo e verbalizar a disponibilidade para interação; oferecer feedback ao que o outro manifesta; utilizar linguagem coloquial, com vocabulário adequado à compreensão; verbalizar disponibilidade para o cuidado



e não-abandono, compreensão e aceitação; estimular verbalização de medos e angústias; valorizar todas as informações dadas pelo paciente ou seu familiar.

Silva ainda menciona algumas estratégias não-verbais, tais como: utilizar toque afetivo (mãos, braços ou ombros); sorrir; utilizar o silêncio; manter proximidade física, preferencialmente sentando-se próximo ao outro; atentar para as próprias expressões faciais; manter contato visual; utilizar tom de voz adequado; atentar para as reações que provoca no outro; promover ambiente reservado e tranquilo para uma conversa.

Em situações particulares em que o paciente não quer saber sua real situação, em que as informações podem trazer riscos ao paciente (como suicídio ou automutilação) alguns cuidados devem ser tomados durante a co-

municação, além disso, a equipe deve decidir até em que ponto as informações passadas ao paciente podem ser geradoras de sofrimento ou não (SOUSA, 2010, p. 127).

Filho et al. (2008, p. 91) listam alguns princípios para a comunicação de uma má notícia: escolher um momento em que o paciente e profissional estejam descansados e com tempo adequado; avaliar o estado emocional e psicológico do paciente; preparar inicialmente o paciente e sua família informando que precisa discutir algo sério; usar linguagem clara e simples; expressar empatia e compaixão pelo paciente; dar informações de forma gradual, programando outro encontro se for necessário; ser realista, mas não anular as esperanças do paciente e acompanhante; verificar como o paciente e familiar se comportou depois



da notícia; reforçar a continuidade do cuidado, independente do que houver no estado de saúde do paciente; assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas.

A comunicação é dita por Araújo e Silva (2007, p. 673) como um instrumento que fornece suporte frente ao paciente em estado terminal. De acordo com Filho (2008), a filosofia dos CPs também visa melhorar a comunicação.

Logo, a comunicação é de suma importância para a promoção dos CPs (Andrade, Costa e Lopes, 2011), pois na fase final de vida, os relacionamentos interpessoais são os aspectos que mais qualificam a vida. (SILVA, 2008, p. 35).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora apresen-

tada possibilitou apontar a importância da comunicação entre os profissionais de saúde frente à assistência de pacientes em CP.

Com o estudo, assinala-se que o paciente sob CP necessita ser compreendido como um ser humano em sofrimento, pois além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que somente os remédios ou a alta tecnologia não podem suprir. Assim, ele necessita sentir-se amado, cuidado, compreendido pelos profissionais da saúde responsáveis pelo seu atendimento. Faz-se necessário expressões de afeto na relação com o paciente o que dá a ele, a certeza de ser importante, o que poderá causar-lhe sensação de proteção e consolo, o que certamente o ajudará em seu tratamento, apesar da impossibilidade de cura.

Para que o cuidado ao fim da vida seja bem sucedido,



é necessário que os profissionais da saúde resgatem a relação interpessoal empática e compassiva e para isso, faz-se necessário mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar adequadamente, atendendo-se a todas as necessidades que o ser humano possa apresentar, para que este se sinta realmente acolhido e atendido em sua todas as suas demandas.

Nesse sentido, a comunicação interdisciplinar mostra-se essencial no processo de cuidado, estabelecendo a interação/integração entre a equipe de saúde, paciente e a família. Nesse ínterim, percebe-se a tomada de decisão compartilhada, que culmina na construção de cuidado em que todos estão inseridos.

Todavia, não esgotando aqui a temática, entendendo que se deve avançar na discussão acerca da literatura de CP, com

realização de novos estudos, pois o CP firma-se como área de atuação para os profissionais da saúde, gestores, assim como tema relevante para toda sociedade.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP, 2012.

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia da. A comunicação com o paciente em



cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012.

BAENA, Ademir G. A Importância de uma Boa Comunicação. 2013. Disponível em: <http://www.douradosnews.com.br/especiais/opiniaio/a-importancia-de-uma-boa-comunicacao-por-ademir-g-baena>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo. Cuidado paliativo em pediatria. In: CARVALHO, Ri-

cardo Tavares de. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BRAGA, Fernanda de Carvalho; QUEIROZ, Elizabeth. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. Psicologia USP, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 413-429, 2003.

CAMPOS, V. F; SILVA, J.M; SILVA, J.J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 17 (01) • Jan-Mar 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wsKgjvzvvh5dxSpZtGJT-cHRn/?lang=pt>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. Revista Dor, v. 12, n. 3, p. 250-255, jul/set. 2011.



- COSTA, Maria Antónia Cerqueira Morais da; ANTUNES, Maria Teresa Calvário. Avaliação de sintomas de doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, n. 7, jul. 2012.
- FERNANDES, Rejimara; SILVA, Marta Solange Stricher Jannelli da; SCHAWARTZ, Eda. O estilo defensivo dos cuidados de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Geriatrics & Gerontology*, v. 6, n. 2, abr/jun. 2012.
- FILHO, Rubens C. Costa et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 10, n. 1, p. 88-92, jan/mar. 2008.
- GARGIA-SCHINZARI; Na-thália Rodrigues; SANTOS, Franklin Santana. Assistência à criança em cuidados paliativos na produção científica brasileira. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 32, n. 1, p. 99- 106, 2014.
- HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.
- JORGE, Márcia Delbon; RAMOS, Dalton Luiz de Paula; JORGE, Waldyr Antonio. Odontologia. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (org.). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
- LISBOA, Cíntia Regina Cunha; MOREIRA, Érika Ribeiro. Hu-



manização na Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) do Hospital Ophir Loyola (HOL) e sua relação com o serviço social. 2008. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p. Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2022

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic,

2009.

MAZUTTI, Sandra Regina Gonzaga. Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. In: FELIX, Valter Nilton (org.). Atualização em medicina intensiva. São Paulo: Ed do Autor, 2010. V 8.

MENCARELLI, V. L.; BASTIDAS, L. S.; AIELLO VAISBERG, T. M. J. A. A difícil notícia da síndrome de imunodeficiência adquirida para jovens: considerações psicanalíticas com base na perspectiva winnicottiana. Psicologia: teoria e prática, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 106-120, 2008.

MONTEIRO, Daiana da Rosa; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment



- System em cuidados paliativos: revisão integrativa. Revista gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 4, dez. 2010.
- MORETTO, M. L. T. O que pode um analista no hospital? 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- OLIVEIRA, Aline Cristine de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta. Paul. Enferm., v. 23, n. 2, p. 212-217, 2010.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.
- PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Cuidados paliativos: uma nova especialidade no trabalho da enfermagem? Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 3, 2010.
- PINTO, Adriana Colombani. Papel do fonoaudiólogo na equipe de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta. Paul. Enferm., v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.
- SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Monica Martins Trovo de. Comunicação em cuidados paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.



SILVA, Maria Julia Paes da. Falando da comunicação. In: OLIVEIRA, Reginaldo Ayer de. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2009.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wsKgjv-zvh5dxSpZtGJTcHRn/?lang=pt>. Acesso em: 23 de agosto de 2022.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira de et al. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. Revista Cubana de Enfermagem, v. 26, n. 3, p. 117-119, 2010.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira

de et al. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. Revista Cubana de Enfermagem, v. 26, n. 3, p. 117-119, 2010.

SOUSA, Karla Carolina; CARPIGANI, Berenice. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. Psicol. teor. prat., São Paulo, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi6872010000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi6872010000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 de agosto de 2022.

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, Reginaldo Ayer de. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.



VASCONCELOS, Monica Ferreira de et al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2559-2566, 2013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. de J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 11, n. 4, p. 525-531, ago. 2003.

