

Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos

**Karla Carolina Sousa
Berenice Carpigiani**

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Resumo: Os cuidados paliativos têm como característica fundamental a humanização da morte, e o trabalho em equipe interdisciplinar é outra marca dessa atuação, uma vez que o paciente é compreendido e tratado em sua totalidade. O objetivo deste artigo é apresentar parte de uma pesquisa exploratória realizada em uma enfermaria de cuidados paliativos no que concerne à comunicação. O método utilizado foi o qualitativo exploratório, e o instrumento consiste em entrevistas semiestruturadas com os profissionais que, transcritas, passaram por análise de conteúdo. Notou-se grande facilidade de comunicação, que é garantida por um procedimento técnico bem estruturado, e alguns aspectos a serem mais bem trabalhados, tais como: diálogo sobre morte, relação personalizada entre profissionais e reuniões que abarquem todos os profissionais, inclusive os técnicos.

Palavras-chave: comunicação; cuidados paliativos; equipe interdisciplinar; morte; análise de conteúdo.

SAID, UNSAID AND WHAT IS SAID IN BETWEEN: THE COMMUNICATION IN PALLIATIVE CARE

Abstract: The fundamental characteristic of palliative care is the humanization of death and the interdisciplinary team work is the mark of this actuation, since the patient is understood and treated as a whole in this context. The objective of this article is to present a part of an exploratory research about communication, which was done at a palliative care nursery. The methodology adopted was qualitative exploratory, this instrument consist on semi structured interviews with professionals, that were later transcribed and analyzed concerning it's content. It was observed that the well-structures technicals procedures ensure the process of communication. It was also noticed that are still some aspects that need to be worked on, ass: dialogues about death, relationship among co-workers and meetings with all professionals, including technicians.

Keywords: communication; palliative care; interdisciplinary team; death; analysis of content.

DICHOS, NO DICHOS Y ENTREDICHOS: LA COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Resumen: Los cuidados paliativos tienen como característica fundamental la humanización de la muerte, y el trabajo en equipo interdisciplinario es otra característica de esta actuación, una vez que se percibe y se trata el paciente en su totalidad. El objetivo de este trabajo es presentar parte de un estudio de investigación llevado a cabo en una enfermería de cuidados paliativos en lo que concierne a la comunicación. El método utilizado fue el cualitativo-exploratorio y el instrumento consiste en entrevistas semi-estructuradas con los profesionales que, transcritas se fueron sometidas a análisis de contenido. Se observó gran facilidad de comunicación que fue garantizada por un procedimiento técnico bien estructurado y algunos aspectos a ser mejor elaborados, como el diálogo sobre la muerte, la relación personalizada entre los profesionales y reuniones que abarquen todos los profesionales, incluyendo los técnicos.

Palabras clave: comunicación; cuidados paliativos; equipo interdisciplinario; muerte; análisis de contenido.

Introdução

O presente artigo visa apresentar parte de uma pesquisa exploratória realizada em uma enfermaria de cuidados paliativos. A pesquisa teve como objetivo geral verificar a atuação do psicólogo em equipe interdisciplinar na proposta de cuidados paliativos e, entre outros temas, tratou da comunicação, assunto que será abordado neste trabalho.

Conhecer a representação da equipe e daqueles que recebem os cuidados psicológicos trouxe à luz as possíveis expectativas e ansiedades destes em relação ao trabalho do psicólogo, o que pode oferecer ao profissional ferramentas para o aprimoramento de sua intervenção, de acordo com a demanda dos atendidos e dos colegas de trabalho.

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.

Entrevistar a psicóloga que exerce seu papel dentro de uma equipe interdisciplinar permite a abertura de um espaço para a reflexão acerca de sua atuação e proporciona à comunidade científica o acesso a tal reflexão, levando assim à possibilidade de uma ampliação do olhar sobre o trabalho dessa profissional na área da saúde, em particular no tocante às possibilidades e dificuldades de comunicação em um trabalho interdisciplinar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), os cuidados paliativos promovem melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares ante doenças graves e terminais. Objetivam o controle da dor e alívio dos sintomas, além de oferecerem suporte psicossocial e espiritual desde o diagnóstico até a morte e o luto.

Quem introduziu essa nova perspectiva de cuidados perante a morte foi a médica Cecily Saunders. Sua visão sobre o doente foi para além da enfermidade física, englobando as dimensões sociais, emocionais e espirituais do sofrimento. A fundação do primeiro *hospice* em Londres inspirou outras iniciativas da mesma natureza. Ali se combinavam três princípios básicos: cuidados clínicos de qualidade, investigação sobre a dor e formação para os profissionais de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Os cuidados paliativos têm como objetivo essencial o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento dos pacientes que sofrem de doenças crônico-degenerativas ou estão em fase terminal. Inicialmente, esses cuidados eram aplicados apenas quando a morte era indubitável; hoje, são empregados também diante do diagnóstico de uma enfermidade que é incurável e progressiva. Trata-se do paciente em sua globalidade, buscando melhorar sua qualidade de vida. É uma filosofia que não está necessariamente atrelada ao contexto hospitalar, mas pode ser usada em diversos contextos e instituições (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Segundo Pessini e Bertachini (2006), em 1987 a medicina paliativa foi reconhecida como especialidade médica. A expressão “cuidados paliativos” indica uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, voluntários treinados e conselheiros pastorais que trabalham de forma articulada, promovendo coordenação e continuação dos cuidados com o paciente e sua família, além de objetivar trabalho com esta após a morte do ente querido (PESSINI, 1996).

Entre os princípios básicos dos cuidados paliativos citados por Pessini e Bertachini (2006) 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 profissionais 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.

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 integrada (PESSINI, 1996, p. 35).

Todos esses procedimentos exigem trabalho em equipe e buscam melhorar a qualidade de vida do sujeito enfermo, contudo é o paciente quem define o que é bem-estar para si. De acordo com Menezes (2004), todo esse processo em um serviço de saúde integrado

[...] teria surgido no final da década de 60 do século XX na Inglaterra, em contraposição a uma prática médica tecnologicizada e “desumana”, na qual o doente é excluído do processo de tomada de decisões relativas à sua vida e, em especial, à sua própria morte.

Essa autora 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 tecnologicizada 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”. Ao analista cabe a escuta atenta, tanto para o conteúdo quanto para a forma, como também para aquilo que o paciente deixa de dizer.

Moretto (2005), com base na perspectiva lacaniana, afirma que a psicanálise opera sobre o sintoma fazendo uso da palavra, e esta pode ser tanto do analista quanto do analisando. Por essa razão, “é necessário que o profissional da saúde crie condições para que o paciente consiga refletir sobre o significado do seu adoecer” (CAMPOS, 1995, p. 60) e que o analista, para realizar um bom trabalho, faça bom uso do lugar que ocupa no psiquismo do paciente a partir do momento que lhe oferece escuta (MORETTO, 2005).

Zimerman (2001 apud CARPIGIANI, 2007), ao tratar de comunicação, afirma que esta depende de três fatores: transmissão, recepção e canais que podem ser verbais ou não verbais. O autor propõe 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.

Em cuidados paliativos, uma característica fundamental é o trabalho em equipe interdisciplinar. Segundo Vilela e Mendes (2003), a interdisciplinaridade é a troca e a interação de diferentes especialidades no interior de um mesmo trabalho e em torno de um mesmo objetivo.

A especialização característica da cultura ocidental, marcada pelo cartesianismo, desenvolveu técnicas excelentes graças à disciplinarização, contudo perdeu de vista a complexidade dos fenômenos humanos. Um trabalho interdisciplinar deve buscar uma visão unitária do ser humano (VILELA; MENDES, 2003), sem apagar as características próprias de cada atuação, mas estabelecendo entre as diferentes disciplinas um elo de tal maneira que estas se modifiquem entre si e passem a depender umas das outras, criando conceitos novos e diferentes olhares na busca de soluções para um determinado problema.

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 agrupamento 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.

Mencarelli, Bastidas e Aiello 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”.

Nesse caso, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento. Dessa maneira, a interdisciplinaridade se apresenta como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual.

Um trabalho interdisciplinar carece então de comunicação entre os agentes, igual valoração das diferentes especialidades, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia acompanhada 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 da práxis a fim de solucionar um problema complexo e concreto, e não meramente pela intersecção dos campos do saber.

Método

Trata-se de uma pesquisa de tipo exploratório de análise qualitativa.

O campo de pesquisa foi um hospital público de São Paulo, sendo o universo de sujeitos os integrantes da enfermaria de cuidados paliativos desse hospital. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição.

A amostra foi dividida nas seguintes categorias:

- a) Integrantes da equipe, a saber: médica, enfermeira-chefe, assistente social, voluntária religiosa, auxiliar de enfermagem e secretária.
- b) Psicóloga integrante da equipe.

Os sujeitos faziam parte da instituição na condição de profissionais de saúde. Todos possuíam idade acima de 18 anos, participaram voluntariamente, leram a Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegura o sigilo de identidade e possibilita a desistência da colaboração e retirada de seu termo de consentimento a qualquer momento.

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada dirigida a cada grupo de participantes (psicóloga e equipe). Dessa forma, elaboraram-se roteiros distintos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, e todos os nomes utilizados, tanto da instituição como dos participantes, são fictícios.

A proposta de análise de dados foi a análise de conteúdo, ferramenta utilizada na leitura das entrevistas que, segundo Bardin (2006, p. 33), consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição e conteúdo das mensagens”.

A metodologia proposta nos moldes da pesquisa qualitativa parte do princípio de que as questões humanas precisam ser estudadas em sua singularidade, portanto, ao se tratar de uma análise de conteúdo qualitativa, foi importante levar em conta o contexto da mensagem e questionar as evidências deste.

Os indicadores utilizados seguiram a epistemologia qualitativa proposta por Rey (2005), ou seja, não foram definidas categorias *a priori*, mas as categorias se deram na construção do conhecimento, conforme a necessidade do objeto. Essa postura permitiu que as falas dos entrevistados fossem organizadas conforme a demanda.

A análise foi realizada por meio de leituras sistemáticas do material coletado, que permitiu a criação de categorias compostas por expressões significativas. As categorias surgiram com base na leitura, ou seja, *a posteriori*.

Houve uma primeira leitura de caráter mais flutuante, seguida de nova leitura para cada categoria a fim de retirar expressões significativas. Seguiu-se com a criação de subcategorias, de acordo com a necessidade do fenômeno, e extração de palavras ou pequenas expressões que compõem cada categoria.

Resultados

A seguir, serão apresentadas as categorias referentes à comunicação na equipe e, posteriormente, analisados os termos à luz da teoria.

1. Percepções da equipe sobre a comunicação

- *Categoria 1* – Facilidades na comunicação: liberdade; expressivo; emotivo; trocar; ajudar; interdigital; limite; tranquilo; cresceu assim; harmonia; interação; disponi-

bilidade; ouvir; prestar atenção; boa vontade; identificação; respeito mútuo; muito aberto; falar mais a mesma língua; consegue.

- *Categoria 2* – Dificuldades na comunicação: não; nenhuma; atritos; as diferenças; normal no dia a dia; hierarquias; tempo.
- *Categoria 3* – Formas de comunicação: visita às sextas-feiras; prontuários; relatórios; copinha.
- *Categoria 4* – Sugestões para o aprimoramento da comunicação: reuniões; todos os plantões; interar; com o tempo.

2. Sobre o significado da morte para a equipe

- *Categoria 1* – Palavras usadas para designar morte entre os integrantes da equipe: óbito; passagem; faleceu; partir; hora; instante; último momento; desligamento; fase bem final; vai embora; luto; funções cessam.

3. Informações sobre a concepção de morte entre os integrantes da mesma equipe

- *Categoria 1* – O que seus pares pensam: nunca conversamos; pouco; não.
- *Categoria 2* – O que imaginam que os pares pensam: mais ou menos igual; convicção religiosa; para cima; diferente; física idêntica; bem; contraponto nenhum; não conflitante; normal.

4. Percepções da psicóloga sobre a comunicação

- *Categoria 1* – Características da comunicação atribuídas pela psicóloga: compartilhar; falar; tirar do campo da realidade crua.
- *Categoria 2* – Facilidades na comunicação: experiência multiprofissional; muito boa; entendo os médicos.
- *Categoria 3* – Dificuldades na comunicação: fazer-me clara; sigilo.
- *Categoria 4* – Formas de comunicação: prontuário; perguntando; colocar alguma questão.

5. O significado da morte para a psicóloga da equipe de cuidados paliativos

- *Categoria 3* – Informações sobre as concepções de morte dos integrantes da equipe: sei algumas; religiosas; falam; trocam.

Discussão

A equipe elenca diversas facilidades de comunicação em detrimento das dificuldades, o que leva a crer que o diálogo na equipe acontece de forma positiva. Entre os fatores que tornam a equipe tão eficaz, as entrevistadas apontaram a abertura ao diálogo, o respeito ao papel do outro e a ajuda recíproca. “A troca de informação aqui é uma coisa difícil de ver em outros serviços”, afirma a médica. O maior inimigo dessa tarefa parece ser o curto tempo que impede mais momentos de conversas formalizadas. Para Peduzzi (2001), a comunicação é indissociável do trabalho em equipe interdisciplinar.

A eficácia da comunicação e a dita interdigitalidade parecem contribuir para esse trabalho em equipe interdisciplinar que resguarda as particularidades de cada atuação e

necessita, concomitantemente, de uma membrana permeável para que as trocas entre os diferentes profissionais sejam possíveis. A médica afirma ainda: “Andamos juntos até o limite que não esteja entrando muito na parte técnica de cada um, dá tudo certo”. Além desse fator, em cuidados paliativos, há uma conceituação única que está para além de cada área do conhecimento e é constituída pelos diversos saberes que compõem o cuidado em saúde. Diante da complexidade que representam a dor crônica e a morte, a atuação exige diferentes olhares para que funcione.

Os meios de comunicação utilizados, formais e informais, se mostram eficazes. Prontuários, conversas na copa, relatórios e visitas ao leito em equipe são canais facilitadores. Para a assistente social, “As visitas é, assim, um evento fantástico”. É importante salientar que o bom funcionamento da equipe parece se dever mais aos procedimentos técnicos, que estão muito bem estabelecidos, do que às relações pessoais.

As profissionais sugerem haver maior interação entre os diferentes plantões e mais encontros onde participem todos os profissionais para que haja um relacionamento ainda melhor. Diz a auxiliar de enfermagem: “Eu acho que falta um... reuniões, sabe? [...] aí a equipe vai se interar mesmo no quadro daquele paciente”, e continua: “Ainda precisa de um pouquinho de melhora. Mas isso com o tempo”.

Um objetivo comum, outra marca da interdisciplinaridade, é nomeado por uma participante – acolher doente e família em um momento difícil. Conforme a literatura, o trabalho interdisciplinar se faz pela interação dos sujeitos da práxis, a fim de solucionar um problema complexo e concreto, como ocorre na enfermagem de cuidados paliativos estudada, e não meramente pela intersecção dos campos do saber.

O desconhecimento da concepção dos pares sobre morte aponta para a ausência de diálogo consistente sobre o tema. A fala que mais expressa essa falta é da auxiliar de enfermagem: “Nunca conversamos sobre isso”. O silêncio que paira sobre a morte parece também pairar sobre os conflitos. Essa situação de paz aparente pode se dever a um temor de que divergências de pensamento possam gerar instabilidade no trabalho.

Do ponto de vista da psicóloga entrevistada, a natureza do serviço exige diálogo e ele acontece. Falando do compartilhar tão necessário para elaborar as duras vivências, expressa:

Esse é um serviço no qual se fala muito, né?, sobre o próprio serviço tô dizendo, né? Pela natureza, as pessoas precisam é justamente compartilhar, falar, né? Tirar esse, essa vivência do campo da... da... daquela realidade crua que é a ferida, o câncer a morte, e pensar isso, falar sobre ela.

Esse ato é primordial para que não pese sobre um só membro a culpa pela morte, mas que a experiência da perda seja acolhida pelo grupo e se torne momento propício de compreensão e crescimento, de forma a haver parceiros nesse processo.

A psicóloga define a comunicação na equipe como muito boa. Entre os canais utilizados, destacou o diálogo direto, os comentários nas reuniões gerais e os cuidadosos prontuários, que contribuem para a eficácia das trocas de informação. Com tom de admiração, relata:

Eu entendo o que os médicos dizem, isso nem sempre é muito simples. Quem trabalha no hospital, como psicólogo, acho que pode entender o que eu tô falando [...] os registros nos prontuários aqui são muito, muito cuidadosos, é... são instrumentos mesmo de comunicação.

Isso ratifica a constatação de que é o procedimento técnico, e não as relações interpessoais, que garante a comunicação funcional. A psicóloga diz que comumente pergunta à equipe de enfermagem sobre os pacientes e como tem caminhado o trabalho no setor. Esta última afirmação, contudo, se opõe ao que a auxiliar de enfermagem relatou.

As únicas dificuldades concernentes à comunicação referidas pela psicóloga foram imputadas a si mesma. Mencionou a preocupação em se fazer clara para a equipe e de manter o sigilo. A psicóloga expressa: “Essa questão do sigilo [...] ‘Será que isso é importante? Como será que eu posso comunicar isso sem dizer exatamente o que ele me contou’”.

Ao tratar do tema morte, uma gama de significados apareceu – dentre eles, diversos sinônimos caracterizam a forma eufêmica de lidar com o assunto. Apesar de se tratar de um serviço onde se convive com a iminência da morte, a dificuldade em lidar com a questão da finitude da vida persiste. De acordo com Maranhão (1987), o uso de eufemismo se deve ao silêncio que paira sobre a morte, este, por sua vez, oriundo da lógica capitalista de produtividade e progresso.

Outra leitura possível para esse fato é que a equipe neutraliza a força da palavra relativa ao fenômeno que faz parte de seu cotidiano e que é a própria natureza do fazer dos profissionais de cuidados paliativos. Mecanismos de defesa como racionalização e negação atuam no interior dos integrantes da equipe. Essas proposições ficam claras em falas como a da secretária: “A gente fala muito o óbito, né? Não a morte”. Oliveira (2002, p. 33) afirma que, “entre a vida e a morte, há uma produção imaginária incontável, que tenta dar conta da precariedade da existência”.

Visto que a morte é vazia de significado, já que é um nome para uma experiência que não se vivencia, é possível compreender a dificuldade em falar sobre o tema. Se teoricamente a morte se torna uma categoria de análise, na experiência cotidiana é costumeiramente geradora de angústia. Estar em contato com o paciente terminal e a família enlutada, precisar noticiar o diagnóstico de doença grave e terminal, bem como o óbito, é uma tarefa de forte impacto emocional e implica dar-se conta da própria finitude.

Sendo assim, a concepção da própria mortalidade, que, em geral, fica afastada da consciência, é constantemente lembrada a essas profissionais que lidam diariamente com a eminência da morte.

Ao serem indagadas a respeito do conhecimento da concepção de morte de seus pares, as participantes dizem imaginar que as visões sejam semelhantes às suas e, as divergências, que possivelmente existam, se devem às convicções religiosas. Segundo a voluntária religiosa: “Há que se respeitar a convicção religiosa de cada um, então difere, mas não é conflitante”. Entretanto, é consenso que não há formas de pensar extremamente opostas, tampouco conflitos por conta das diferenças.

A psicóloga acredita que, na enfermagem de cuidados paliativos, há conversas a respeito da morte e que as pessoas abordam esse assunto, no entanto não explicitou claramen-

te a concepção de seus pares: “De maneira geral, acho que as pessoas falam sobre isso aqui, trocam, né?, ideias a respeito disso”.

Considerações finais

Nessa equipe, é consenso a eficácia da comunicação que, de acordo com a análise, se deve aos procedimentos técnicos muito bem estabelecidos. Há convergência quanto à qualidade na comunicação e aos meios utilizados para realizá-la. O tempo é apontado como uma barreira para desenvolvimento ainda melhor dos processos comunicacionais. A psicóloga também enaltece a boa comunicação na equipe e entende como dificuldades a questão de articular o sigilo quanto aos conteúdos a ela dirigidos pelos pacientes e a necessidade de comunicar à equipe aquilo que contribui para o tratamento deles.

A equipe pode, portanto, ser considerada interdisciplinar, uma vez que as características observadas pelas pesquisadoras e verbalizadas nas entrevistas coincidem com a descrição presente na literatura (a título de exemplo: apesar da hegemonia médica, é possível perceber a valoração das contribuições dos diferentes profissionais e o diálogo integrador). O conceito de interdisciplinaridade surgiu na década de 1960, coincidentemente ou não, período que Menezes (2004) atribui ao aparecimento dos cuidados paliativos.

A equipe identifica um objetivo comum, o que, entre outros fatores, caracteriza o trabalho interdisciplinar e sugere maior interação entre os diferentes setores dos cuidados paliativos, a fim de obter maior integração.

Um ponto de divergência se refere a como a psicóloga e auxiliar de enfermagem percebem a aproximação da primeira em relação à equipe técnica. Ao passo que a auxiliar relata a ausência de perguntas da psicóloga sobre como estão os pacientes, a psicóloga descreve seu interesse frequente em saber como caminha o trabalho na enfermaria.

Outro ponto de divergência consiste no comunicado do óbito, já que a psicóloga afirma não ter nenhuma formação específica para tal tarefa e compreende este como um trabalho de qualquer membro da equipe; a equipe, por seu turno, considera ser a psicóloga a pessoa mais bem preparada para assumir tal função.

Realizar o comunicado da terminalidade e do óbito ao paciente e ao familiar de forma menos traumática exige que o profissional suporte os intensos sentimentos contratransferenciais e aguarde o tempo de elaboração, para que assim possibilite ao sujeito uma experiência completa, conforme propõem Mencarelli, Bastidas e Aiello Vaisberg (2008). Entretanto, não se trata de um manejo simples, pois, além de ser necessário um conhecimento técnico sobre esses processos, são fundamentais ainda recursos egoicos para conter as projeções do outro.

As palavras da psicóloga levam a crer que, nos cuidados paliativos, morrer é permitido e aceitável. Contudo, notou-se que há pouco diálogo sobre o tema morte entre os membros da equipe, apesar da importância desse assunto para o serviço. Mesmo não ocorrendo com frequência, o diálogo sobre a morte provavelmente não sofreria grandes empecilhos, haja vista as facilidades de comunicação mencionadas pelas profissionais.

No curto período em que se observou a equipe, foi possível perceber que a morte é um assunto, mas tratado de maneira impessoal, isto é, fala-se sobre a morte, mas não das

próprias experiências e dos sentimentos em relação a ela. Talvez por isso a impressão de que se fala de morte, mas não se conhece o que os colegas pensam.

A comunicação em cuidados paliativos é instrumento indispensável para que se atenda ao objetivo de cuidar do paciente e familiar em sua integridade. Notou-se que essa comunicação ocorre de forma eficaz, mas há arestas a serem aparadas. Sugere-se, portanto, uma relação entre profissionais mais pessoalizada, um espaço sistemático para reunião de equipe que abarque todos os profissionais – inclusive as auxiliares de enfermagem – e a questão do diálogo sobre a morte.

A vinculação entre os membros da equipe mostra-se necessária, visto que a comunicação passa por envolvimento emocional. Se for possível o reconhecimento de si e do outro no processo comunicacional, para além do aparato técnico, a equipe pode atingir um nível de comunicação mais maduro, que não seja apenas eficaz, mas também efetivo.

A proposta do serviço de cuidados paliativos, de acordo com diversos relatos – desde a recepção do hospital –, se diferencia dos outros serviços e suscita questões na instituição. É imprescindível que outras pesquisas sejam realizadas para identificar o impacto da dinâmica dos cuidados paliativos no hospital, a concepção de morte entre os profissionais dos diferentes serviços e ainda os processos de comunicação nas diversas enfermarias do hospital, a fim de refletir se os cuidados paliativos realmente se diferenciam de outros serviços nesse aspecto.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BROMBERG, M. H. P. F. O profissional de saúde e o enfrentamento da morte. **Revista de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, ano 7, v. 13, n. 1, p. 4-8, 1997.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospital: adentrando um hospital**. São Paulo: EPU, 1995. p. 15-62.

CARPIGIANI, B. **A arte e a técnica da comunicação na saúde: um estudo das estruturas de comunicação presentes na relação entre o médico e seu paciente: comunicação e relação: técnica e arte**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

MARANHÃO, J.L. de S. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

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.

MENEZES, R. A. **História dos cuidados paliativos: uma nova especialidade médica**. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/ichf/anpuhrio/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Rachel%20Aisengart%20Menezes.doc>>. Acesso em: 1º out. 2007.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, ano 22, n. 2, p. 30-40, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 24 out. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 12, n. 2, p. 231-242, 2006.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira, 2005.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2009.

Contato

Karla Carolina Sousa
Rua Gregório Torres, 93 A
Jardim Iporanga – São Paulo – SP
CEP 04828-160
e-mail: karura15@yahoo.com.br

Tramitação

Recebido em novembro de 2009
Aceito em março de 2010