

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANA BASTOS RAMOS

**COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

BELO HORIZONTE

2013

MARIANA BASTOS RAMOS

**COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Oncologia.
Orientadora: Prof. Dra. Mércia H.F.Cunha

BELO HORIZONTE

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Ramos, Mariana Bastos

Comunicação na assistência do paciente oncológico em cuidados paliativos [manuscrito] / Mariana Bastos Ramos. - 2013.

45 f.

Orientadora: Mércia Heloísa Ferreira Cunha.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Media e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Oncologia.

1.Comunicação. 2.Enfermagem Oncológica. 3.Cuidados Paliativos. I.Cunha, Mércia Heloísa Ferreira. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

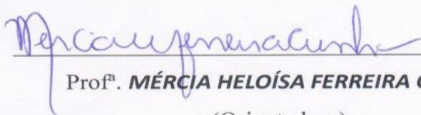


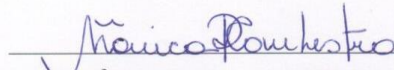
MARIANA BASTOS RAMOS


TÍTULO DO TRABALHO: *"Comunicação na Assistência do paciente oncológico em cuidados paliativos.."*

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade*, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em *Oncologia* (Área de concentração).

APROVADO: 31 de julho de 2013.


Prof.^a **MÉRCIA HELOÍSA FERREIRA CUNHA**
(Orientadora)
(UFMG)


Prof.^a **MÔNICA RIBEIRO CANHESTRO**
(UFMG)


Prof.^a **FLÁVIA SAMPAIO LATINI**
(UFMG)

RESUMO

Esta revisão integrativa tem como objetivo sintetizar as contribuições dos estudos que apontem evidências da eficácia da comunicação na assistência ao paciente oncológico em cuidados paliativos. O estudo foi norteado pelo método da revisão integrativa e para seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados: BDNF, MEDLINE e LILACS. Conforme os critérios de inclusão e exclusão da amostragem foram obtidos 09 estudos. Após análise do material, os resultados apontaram que entre as ações da equipe multidisciplinar direcionadas à pacientes em cuidados paliativos destacam-se a comunicação como uma estratégia eficaz para o alívio e redução do sofrimento vivenciado pelo paciente oncológico. Considera-se que no contexto dos cuidados paliativos, a enfermagem deve proporcionar uma assistência humanizada, a fim de amenizar os desconfortos e sofrimentos do paciente oncológico, promovendo melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

This integrative review aims to summarize the contributions of studies that indicate evidence of efficacy or effectiveness of communication in care for cancer patients in palliative care. The study was guided by the integrative review method to select the articles used three databases: BDENF, MEDLINE and LILACS. As the criteria for inclusion and exclusion, we obtained a sample of 10 studies. After analysis of the material obtained, the results showed that among the actions of the multidisciplinary team directed to patients in palliative care, highlight communication as an effective strategy for relief and reduction of suffering experienced by cancer patients. In the context of palliative care nursing must provide a humanized. In order to ease the discomfort and suffering of cancer patients, promoting improved quality of life of these patients.

Keywords: Communication, Palliative Care, Oncology Nursing.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVO	13
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 História do Cuidado Paliativo.....	14
3.2 Controle dos Sintomas no Cuidado Paliativo.....	17
3.3 Controle dos Sintomas no Cuidado Paliativo.....	18
3.4 Depressão e Cuidados Paliativos.....	19
4 MÉTODO.....	20
4.1 Práticas Baseada em Evidências.....	20
4.2 Revisão Integrativa.....	21
5 PERCURSO METODOLOGICO.....	24
5.1 Procedimentos para busca e seleção dos Estudos.....	24
5.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	25
6 RESULTADOS.....	28
7 DISCUSSÃO.....	32
7.1. Visão dos Pacientes em Relação à Comunicação e Formas de Agir do Profissional de Saúde Frente o Paciente Oncológico sob Cuidados Paliativos.....	32
7.2. Importância da Comunicação Não Verbal.....	33
7.3. Comunicação e Melhora do Sofrimento do Paciente, a Expectativa dos Cuidados e a Relação de Confiança com o Profissional.....	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APENDICE.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos conforme o autor, graduação e nível de evidência.

Quadro 2- Base de dados, estratégia de busca dos descritores e publicações identificadas.

Quadro 3- Distribuição dos artigos conforme identificação do estudo, título, periódico, ano de publicação, volume e número.

Quadro 4- Objetivo, resultados, conclusão e método dos estudos da amostra.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS- Organização Mundial de Saúde

ABCP- Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

PBE- Prática Baseada em Evidência

AHRQ- Agency for healthcare research and quality

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

BDENF- Banco de dados em enfermagem

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) o câncer se tornou nas últimas décadas um problema de saúde pública mundial, estima-se que em 2030 chegará a 27 milhões de casos incidentes de câncer na população totalizando 17 milhões de óbitos devido ao câncer e no Brasil, segundo estimativa para o ano de 2013 ocorrerá aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, ao excluir os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos da doença.

Os cânceres mais frequentes são os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para sexo masculino, e os de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para sexo feminino, espera-se 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino (BRASIL, 2012).

O câncer cada vez mais vem tornando uma doença de grande magnitude para a população, podendo causar sérios danos a toda família; principalmente quando o provedor da família é afetado, ou mesmo quando os filhos têm que modificar suas atividades diárias para se tornar um cuidador para o familiar que necessita de ajuda (BRASIL, 2012).

É fato que o tratamento oncológico vem progredindo nas últimas três décadas com o surgimento de novos tipos de tratamentos e com o avanço nas drogas utilizadas. Assim, novos procedimentos têm sido utilizados no tratamento do câncer tais como: a cirurgia, a radiação, o transplante de medula, os controladores de imunidade e a combinação de quimioterápicos (BORGES *et al*, 2006).

Apesar dos avanços no tratamento do câncer nem todas as pessoas respondem de forma positiva ao tratamento, na medida em que existem diversos fatores ligados ao prognóstico tais como: o tamanho de tumor, comprometimento do tumor no órgão, extensão de acometimento linfonodal, existência de metástase à distância, invasão vascular, invasão neural, diferenciação celular, estadiamento do tumor, idade, entre outros. Indivíduos que possuem resposta negativa ao tratamento chegando a não ter possibilidades terapêuticas necessitam de uma forma de cuidado que vai além do controle da dor e de outros sintomas presentes, que contemple a manutenção da qualidade de vida, sendo ele o cuidado paliativo (DINIZ *et al*, 2006).

O cuidado paliativo não é considerado uma forma nova de se cuidar, esta modalidade de cuidado consiste em atividades que sempre foram específicas do cuidado em enfermagem, porém o movimento do cuidado paliativo encontra-se presente para enfatizar que o cuidar, controlar sintomas, aliviar o sofrimento, desconforto e dor, são ações necessárias no cotidiano da enfermagem. O cuidar em enfermagem paliativa significa promover o cuidado, agir e reagir de forma adequada frente um óbito do paciente, é valorizar o sofrimento, é saber valorizar o próximo, preservar a integridade física, emocional e espiritual e contribuir com o outro e a si mesmo a buscar sentido nas situações diárias. As ações de enfermagem em cuidados paliativos são promover, permanecer com o foco no doente e família e não na doença, cooperar e manter uma comunicação honesta e aberta com os pacientes e familiares (PIMENTA; 2010).

A equipe de enfermagem tem como objetivo promover o cuidado, mantendo sempre a dignidade humana, sendo assim, a comunicação é considerada um elemento essencial na relação paciente e profissional, é uma forma de promover o cuidado humanizado ao indivíduo, estabelecendo uma relação de confiança como forma de melhoria ao cuidado de enfermagem. Através da comunicação é formado um elo entre o paciente a família e o profissional pode então obter uma aproximação, existindo troca de experiência e vivências, sendo possível também obter respostas do estado de saúde do paciente através de um diálogo sincero (BROCA; FERREIRA, 2012).

Para Berlo (2003), existem diversos tipos de comunicação, sendo que comunicação é tudo aquilo que pode conceder um sentido, sendo importante ressaltar que a função do profissional de enfermagem não se restringe a executar técnicas e procedimentos, o enfermeiro deve proporcionar ao paciente um cuidado de forma integral, abrangendo aspectos diversos, desenvolvendo também habilidades de comunicação. A utilização do diálogo deve ser uma forma de identificação das necessidades do paciente e seus familiares. Através da comunicação os indivíduos expressam seus sentimentos, angústias, anseios, dores, satisfações, e a partir disto pode-se promover um cuidado adequado (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2007).

A realização da comunicação entre enfermeiro e paciente não deve ser uma atitude mecânica como em grande maioria acontece, além disso, o paciente deve ter todas as suas necessidades atendidas. Se o indivíduo é visto como um objeto de trabalho pelo profissional

de enfermagem pode ocorrer de necessidades não serem atendidas, uma vez que a comunicação não é simplesmente troca de palavras entre duas pessoas, é uma ação que deve ser planejada e individualizada antes da sua realização (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2007). A comunicação e o cuidado possuem uma relação uma vez que são fenômenos básicos intrínsecos ao indivíduo, sendo estabelecidos de forma natural e sendo passível de aprendizado. A comunicação é considerada um instrumento primordial na prática do cuidado de enfermagem ao paciente e é através do diálogo que o profissional ajudará o paciente a enfrentar seus medos e dores frente à doença, estabelecendo assim um relacionamento de confiança e vínculo (LIMA *et al*, 2010).

A pessoa fora de possibilidades terapêuticas de cura é rotulada como “terminal” e tal fato traz a falsa idéia de que nada mais pode ser feito por ela, porém, os cuidados paliativos não visam à cura e sim o cuidado de forma a preconizar a compaixão e não o abandono é neste cuidado que a relação paciente-profissional está pautada em uma relação extremamente humanizada e boa para ambas as partes, na medida em que o profissional tem que atentar para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente mesmo que no fim da vida (PIMENTA, 2010).

No estágio avançado da doença a pessoa portadora de câncer também pode manifestar várias atitudes e comportamentos como pensamentos de impotência, raiva, ansiedade, incertezas, medo do sofrimento do que ainda está por acontecer, angústia, medo de sentir dor, medo da dependência e de como será sua vida dali em diante, assim, as reações variam de pessoa para pessoa e é o profissional que deve transmitir confiança, demonstrar compreensão e incentivá-lo a tomar decisões positivas neste momento. (MORAES, 2009).

Os familiares também enfrentam dificuldades sobre como lidar com a situação e o que fazer para ajudar a pessoa, o que determina o surgimento de diversas preocupações no cotidiano da família. As reações por parte dos familiares são afetadas devido o aspecto cultural, socioeconômico, crenças e valores que devem ser compreendidos por quem deseja prestar assistência aquele indivíduo. Torna-se importante, portanto, priorizar as necessidades de cada paciente individualmente (MORAES, 2009).

A adoção dos cuidados paliativos passa pela interação de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, assistente social, voluntários treinados, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta entre outros, para que possam promover os cuidados com o

paciente e a família, sendo que os cuidados com a família vão além à morte do paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

O cuidado paliativo é uma forma de cuidado que contribui na assistência aos pacientes portadores de doenças oncológicas que se encontram fora de possibilidade terapêutica, apresenta uma postura ativa frente ao controle de sinais e sintomas inerentes à fase avançada da doença. Não deve ser considerado como uma alternativa após a ineficácia do tratamento curativo, e sim um agrupamento de cuidados prestados desde o início da terapêutica (BOEMER, 2009).

Alguns estudos apontam que o relacionamento interpessoal e a comunicação entre o paciente e o profissional não são realizados de maneira adequada (PONTES, LEITÃO, RAMOS; 2008).

Através de vivências em hospitais com pacientes oncológicos sob cuidados paliativos pode-se perceber que a comunicação ainda sim é um instrumento pouco utilizado, pois, não há uma pausa no cotidiano para se realizar uma comunicação onde se possa identificar as reais necessidades de cada indivíduo.

Assim, acredita-se que este estudo poderá contribuir tanto para a assistência quanto para a pesquisa, na medida em que auxiliará a equipe na implementação da comunicação diária ao paciente oncológico, criando um laço de confiança e respeito com o profissional. Além de contribuir para o fomento de pesquisas na área da enfermagem oncológica.

2. OBJETIVO

Identificar na literatura evidências de estudos sobre os efeitos da comunicação com o paciente oncológico sob cuidados paliativos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1. História do cuidado paliativo

O início dos cuidados paliativos se deu na Inglaterra em 1967 pela médica Cicely Saunders que nasceu em 1918 em Londres, teve início de sua vida com os estudos em 1939, iniciou os estudos de filosofia em Oxford em meados da segunda guerra mundial abandonou os estudos e começou a trabalhar como enfermeira. Em 1947 retornou para Oxford para obter a licenciatura em Serviço Social. Deu início a carreira de medicina aos 33 anos e em 1957 ganhou uma bolsa de estudos para estudar os tratamentos da dor em pacientes em fase terminal. Em 1963 realizou diversas publicações em revistas médicas e foi convidada para ministrar várias palestras (VIDAL; TORRES, 2006).

Em seus estudos pôde observar dois tipos de dor, sendo elas: dor física e dor psicológica da morte espiritual. Em 1967 Cicely Saunders inaugurou o St. Christopher *Hospice* em Londres foi o primeiro *hospice* de cuidados paliativos próximo de Londres (VIDAL; TORRES, 2006).

O termo cuidados paliativos é utilizado como sinônimo de tratamento tipo *hospice*. *Hospice* significa abrigo, conforto, refúgio, sendo atendidos pacientes fora de possibilidade terapêutica. Na abordagem dos cuidados paliativos os pacientes podem ser atendidos em internação hospitalar, em casas ambientadas, ambulatórios ou em domicílio. Hospitais de média complexidade tornam-se necessário no ambiente da enfermagem de cuidado paliativo a possibilidade de permanência de familiares junto ao paciente durante 24 horas, e é fundamental que o paciente perceba a importância que o mesmo possui para a pessoa independente do estágio que encontra sua doença (FILHO *et al*, 2010).

O *hospice* foi fundado para atender pacientes em fase terminal, com o objetivo de controlar a dor, promovendo uma morte digna. Este também foi o primeiro *hospice* acadêmico onde foi ensinado os cuidados paliativos, posteriormente se espalhando em todo o mundo (VIDAL; TORRES, 2006).

Em 1982 o Comitê de Câncer da OMS criou grupos de trabalho para formular políticas de cuidados e alívio dos sofrimentos do tipo *hospice* a ser recomendado como forma de cuidados para todos os países para pacientes com câncer. A OMS publicou a primeira definição para cuidados paliativos em 1999, que foi revisada em 2002 permanecendo a atual (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Cicely possui diversas publicações e prêmios internacionais como a medalha de ouro da Associação Médica Britânica e o título de dama do Império Britânico, em 14 de julho de 2005 Cicely Saunders faleceu de câncer de mama, permaneceu até o último dia de sua vida em um quarto no St Christopher *Hospice* cercada pelo tratamento e a relevância dos cuidados paliativos que ela ensinou e deixou para todos (VIDAL; TORRES, 2006). Para a criação do *hospice* Cicely Saunders observou a carência de cuidados hospitalares existentes para os pacientes incuráveis, sendo a primeira pessoa a se especializar em cuidados dos sintomas de sofrimento apresentados pelos pacientes em estágio avançado da doença. Iniciou com o movimento *hospice* onde propunha uma nova abordagem aos pacientes em fase terminal e uma abordagem de forma global para que fosse possível enfrentar a doença tendo atenção em diversos sintomas de sofrimento vivenciados pelos pacientes. Este movimento nasceu em Londres e posteriormente estendeu por todo o mundo (VIDAL; TORRES, 2006).

Os cuidados paliativos tiveram início no Brasil na década de 1980 tendo um avanço a partir do ano 2000, totalizando 40 iniciativas em todo o Brasil até o atual momento (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009). Para a implantação dos cuidados paliativos no Brasil foi necessário que médicos, psicólogos e teólogos fossem ao exterior para conhecer a realidade dos cuidados paliativos em outros países. No retorno ao Brasil foi implantada a filosofia *hospice* para os pacientes em fase terminal e o primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil foi iniciado no Rio Grande do Sul, aproximadamente em 1983, o segundo em São Paulo em 1986, e o terceiro em Santa Catarina em 1989, após foram surgindo outros (RODRIGUES, 2004). Em 2005 criou-se no Brasil, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) composta por profissionais atuantes na área de oncologia, e a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

Os cuidados paliativos não estão baseados em protocolos, mas sim em princípios que visam proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida, seus princípios listados são: ocasionar alívio da dor e dos demais sintomas estressantes, enfatizar a vida e a morte como processos naturais, não antecipar ou adiar a morte, incorporar os aspectos psicológicos, espirituais e sociais ao cuidado no paciente, disponibilizar um serviço que possibilite que o paciente viva ativamente o máximo possível até o momento da sua morte, oferecer um sistema de suporte para amparar os familiares durante todo o percurso da doença e o luto, oferecer abordagem multiprofissional em todo momento da doença, melhorar a qualidade de

vida do paciente, iniciar com cuidados paliativos o mais precocemente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Pessini e Bertachini (2006), afirmam que a pessoa deve receber atenção psicológica, pois, somente os cuidados físicos não são suficientes, pois os cuidados paliativos são um sistema de cuidado para a pessoa viver de forma ativa até o dia de sua morte, neste caso, a pessoa define os objetivos e o profissional de saúde deve ajudá-la para que suas prioridades sejam alcançadas, bem como a família para que possa lidar com a doença e a dor da pessoa. O enfermeiro enquanto membro da equipe multidisciplinar deve se inteirar das vivências da pessoa portadora de câncer e dos familiares e compreender os problemas enfrentados por ela, de modo que possa planejar e implementar intervenções num contexto sistêmico valorizando todas as necessidades físicas, psíquicas, sociais, espirituais e culturais (PESSINI, BERTACHINI; 2006). Assim, o cuidado paliativo oferece à pessoa uma proposta de cuidados no final da vida por uma equipe multiprofissional nas diversas dimensões e aspectos da sua vida, com vista ao atendimento das necessidades individuais, pois, os cuidados paliativos não podem ser considerados como uma alternativa após a ineficácia do tratamento curativo, e sim um agrupamento de cuidados prestados desde o início da terapêutica (BOEMER, 2009). Os cuidados paliativos são realizados através de uma abordagem multiprofissional com o objetivo de promover qualidade de vida ao paciente mediante a prevenção e o alívio dos sintomas estressantes e do sofrimento vivenciado pelo paciente e deve ser utilizado em doenças que ameaçam a continuidade da vida. A atenção oferecida não é para a cura da doença, mas, sim para o paciente, uma vez que as doenças são incuráveis (FILHO *et al*, 2010).

As necessidades dos pacientes que estão associadas à doença devem ser priorizadas, sabendo que muitas vezes estão relacionadas com aspectos físico, emocionais, e psicológicos (MORAES, 2009). Os níveis dos cuidados paliativos são divididos do nível I ao nível III sendo classificados da seguinte maneira: nível I são equipes com formação diferenciada, possui equipes móveis que não possui internação própria, no nível II o cuidado é prestado em internação ou em domicílio por um profissional com formação diferenciada e deve possuir atenção 24 horas, no nível III encontra-se agrupado o nível II acrescentado de desenvolvimento de pesquisas em cuidados paliativos e desenvolvimento de protocolos (MACIEL *et al*, 2006).

3.2. Controle dos sintomas no cuidado paliativo

É necessário que o foco dos cuidados paliativos seja o controle dos sintomas e do sofrimento que cada paciente irá manifestar individualmente. Estes pacientes necessitam de um cuidado especial, pois, a presença da doença já causa nos doentes momentos de tristeza, saber que não há mais tratamento curativo para o seu caso, trará pensamentos negativos sendo importante a assistência especializada (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

O controle dos sintomas no paciente oncológico é de fundamental importância para que o indivíduo possa continuar realizando atividades e para minimizar o sofrimento. O paciente oncológico em sua maioria possui a dor como o sintoma que mais interfere na qualidade de vida e conseqüentemente influencia o humor, o sono, a ingestão de alimentos, e nas atividades diárias (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Ter consciência da própria morte, estar livre de sintomas de sofrimento, e estar neste momento na presença do familiar, torna o processo da morte menos angustiante do que seria caso os sintomas de sofrimentos estivessem presentes no paciente (RODRIGUES; ZAGO, 2009). Nos cuidados paliativos o atendimento deve ser multiprofissional, sendo que a relação do profissional – paciente deve ser humanizadora, todo indivíduo tem direito a uma morte digna com respeito aos princípios éticos (PIMENTA, 2010). Quando o paciente encontra-se em fase avançada da doença iniciam-se problemas relacionados à progressão do câncer, sendo o mais freqüente a dor. É o sintoma mais observado em pacientes oncológicos, há grande preocupação em relação ao controle do sofrimento do paciente, trabalha-se minimizando o desconforto aliviando as aflições e angústias que vão surgindo diariamente. A dor manifesta-se em 51% a 70% em pacientes com diagnóstico de câncer, na fase avançada da doença a porcentagem aumenta para 70% a 90% em indivíduos sob cuidados paliativos. Seguindo estes dados, pode-se concluir que a dor ainda é um assunto que não se encontra totalmente resolvida (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010). A dor é denominada uma experiência de sentimento desconfortável, desagradável, relacionada a algum problema tissular sendo ele real ou potencial. A dor é uma experiência pessoal que varia de cada pessoa, entretanto o melhor meio para conhecer a dor é através de relato de quem já passou por momentos de dores (ALVES *et al*, 2011). É fundamental que o profissional de enfermagem tenha entendimento a respeito da dor, somente desta maneira poderá realizar uma intervenção adequada com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida, conforto e alívio da dor. É importante atentar para o estilo de vida, cultura e crenças de cada indivíduo (ALVES *et al*, 2011)

3.3 Comunicação e cuidado paliativo

É fundamental que haja uma boa comunicação entre o profissional/ paciente e família, principalmente em pacientes críticos ou terminais, o enfermeiro caso tenha uma boa comunicação com o paciente, pode estabelecer um cuidado de melhor qualidade criando uma relação de confiança entre o profissional e o paciente (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

O paciente que encontra em estágio avançado necessita de uma maior atenção e apoio diariamente principalmente indivíduos impossibilitados de comunicar-se com palavras, devem estabelecer uma forma de comunicação com o profissional de modo que haja um bom entendimento prevalecendo à confiança. A presença dos familiares é indispensável, pois, além de apoiar o paciente, a mesma fornece informações necessárias para os profissionais a respeito do paciente como manias, gostos, formas de comunicar, dados que podem ser fundamental para um bom cuidado de enfermagem (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

A comunicação pode ser verbal e não verbal, sendo que as duas maneiras estão presentes no cuidado de enfermagem ao paciente. A comunicação não verbal pode ser utilizada para complementar ou substituir a comunicação verbal, caso haja desacordo entre a comunicação verbal e a não verbal, prevalecerá a não verbal (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

O toque é considerado por Acqu, Araujo, Silva (1998), uma das melhores formas na comunicação não verbal, e é nele que haverá transmissão de sentimento, podendo ser possível à troca de mensagens positivas e negativas dependendo da maneira em que o toque é feito, sua duração e sua localização. O toque pode ser utilizado no momento da realização de um procedimento, como sondagem, curativo, punção venosa, ou de forma mais consciente, para transmitir ao paciente segurança e ou confiança (ACQU, ARAUJO, SILVA; 1998).

A comunicação não verbal pode ser presenciada em grande maioria nos movimentos corporais, na postura corporal, nos sinais vocais ou paralinguísticos. Abrangendo aproximadamente 38% por sinais paralinguísticos e em 55% com sinais silenciosos corporal, incluindo os gestos o modo de olhar a expressão e postura (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

3.4 Depressão e cuidado paliativo

A palavra depressão pode significar tanto um estado de tristeza, quanto um sintoma, síndrome ou doença (JUVER; VERÇOSA, 2008). O câncer é uma doença que vem atingindo muito a saúde mental do paciente. A variação da ocorrência de depressão em pacientes oncológicos se dá devido à extensão e a gravidade do tumor (FANGER et al, 2010). O tratamento oncológico é bastante agressivo, provocando diversos efeitos colaterais no paciente, que por sua vez causa uma modificação em sua vida no aspecto físico quanto emocional, de todos os sintomas psicológicos a depressão e ansiedade é o que aparece com maior frequência (DE PAULA *et al*, 2012).

A prevalência da ocorrência de depressão associada ao câncer é de 14% em pacientes ambulatoriais, 28% em pacientes em cuidados paliativos e 14,1% em pacientes internados para transplante de medula. A presença da depressão associada ao câncer interfere negativamente na qualidade de vida do paciente, entretanto existem intervenções que possibilitam melhora quando abordado a depressão nestes pacientes, como: técnicas de relaxamento, terapia em grupo ou individual, contribuindo para a diminuição dos sintomas depressivos e consequentemente o estresse que é causado no paciente (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009). Mesmo sendo comum a presença de depressão nos pacientes oncológicos, este transtorno não é diagnosticado e tratado corretamente. Torna-se complicado estabelecer o diagnóstico pelo fato das duas doenças apresentarem sintomas comuns como falta de prazer, fadiga, perda de peso, humor deprimido, entre outros (SOUZA *et al*, 2013).

É relevante que a depressão seja diagnosticada e tratada adequadamente, pois, a presença da depressão somente dificultará para a piora do paciente. Em pacientes com câncer avançado a depressão pode estabelecer maior desejo de “encurtar a vida” do que a presença da dor (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009). Menos da metade dos pacientes com depressão associada ao câncer avançado recebem tratamentos com antidepressivo. Pacientes com câncer avançado podem vir apresentar pensamentos suicidas, sendo que os fatores de risco para a obtenção deste pensamento são: o surgimento de episódio depressivo, a presença da dor constantemente, sexo masculino, presença de delirium, fadiga, entre outros (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009).

4 MÉTODO

4.1 Práticas baseada em evidências

A prática baseada em evidência (PBE) consta a melhor evidência científica atual para a escolha de um cuidado ao paciente de forma individual. (DOMENICO; IDE, 2003). Envolve o problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução de estudos buscados em toda literatura e sua avaliação crítica, (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A enfermagem baseada em evidência teve seu início a partir da medicina baseada em evidência. Pesquisas baseadas em evidências possuem um alto grau de validação, pois, a evidência fornece provas concretas de qual a melhor escolha a ser utilizada ao realizar um procedimento ou um cuidado, a evidência é dividida em níveis I, II, III, IV e V, ressalta-se que a enfermagem baseada em evidência está presente para sustentar diagnósticos e intervenções ajudando na tomada de decisão para que aja uma escolha com alto grau de eficácia (CRUZ; PIMENTA, 2005).

A etapa inicial da PBE requer a construção da pergunta adequada de pesquisa e identificação de evidências (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A revisão integrativa deve conter informações específicas para que possibilite ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos utilizados na revisão. Esta etapa consiste na elaboração de documentos abordando as etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A prática baseada em evidências propõe que as dúvidas que surgem no dia a dia da assistência, do ensino ou da pesquisa, sejam organizadas seguindo a estratégia PICO que é representada por um acrônimo onde P é paciente, I intervenção, C comparação e O “outcomes” (desfecho ou resultado). A estratégia PICO contribui para a construção da pergunta, levando à busca de evidências na literatura, quando a pergunta é bem formulada facilita a definição correta de evidências e conseqüentemente à resolução de questões clínicas de pesquisas. Através da utilização da estratégia PICO pode-se obter uma busca de informações bem sucedida uma vez que a estratégia servirá como norte para a pesquisa (SANTOS, PIMENTA, NOBRE; 2007).

4.2 Revisão integrativa

A revisão integrativa é desenvolvida por meio de um método específico que reúne o passado da literatura empírica e teórica para possibilitar um entendimento mais abrangente de um fenômeno particular. Assim, a revisão integrativa inclui análise ampla de pesquisas relevantes que contribuem na tomada de decisão para a melhoria na prática clínica (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Contribuindo para discussão sobre métodos e resultados de pesquisa, refletindo sobre realizações de futuros estudos, seu principal objetivo é adquirir conhecimento de uma determinada área de estudo tomando como base múltiplos estudos anteriores, tornando-se imprescindível seguir um padrão metodológico, transmitindo ao leitor as características dos estudos incluídos na pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO 2008).

A revisão integrativa é uma abordagem metodológica ampla para realizar uma pesquisa de revisão, permite-se a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, podendo incluir dados de literatura teórica ou empírica, além de incorporar diversos propósitos: definições de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Este método de pesquisa possibilita a síntese de diversos estudos sobre um determinado problema resultando em uma conclusão de forma generalizada à respeito de uma particular área de estudo. É um método bastante valioso para o enfermeiro, que por muitas vezes não possui tempo suficiente para acessar a grande quantidade de pesquisas realizadas particularmente sobre um assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Possui seis etapas como apresentadas a seguir: primeira etapa da revisão integrativa consiste na identificação do problema e seleção da questão de pesquisa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO 2011). O assunto deve ser abordado de forma clara e específica, com delimitação da questão de pesquisa, e acesso aos descritores para se iniciar a busca dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na segunda etapa são estabelecidos critérios de inclusão e exclusão e após a escolha do tema e a formulação da pergunta de pesquisa, inicia-se a busca pelos estudos nas bases de dados. Esta etapa está ligada à etapa anterior, pois, dependendo da delimitação do problema, poderá encontrar diversos estudos sobre o assunto, o que necessitará de uma análise mais criteriosa do pesquisador (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

O ideal é a inclusão de todos os artigos encontrados, ou a aplicação de uma seleção aleatória. Caso isso não ocorra, o pesquisador deve abordar com clareza quais foram os critérios de inclusão e exclusão para a construção da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A terceira etapa se caracteriza pela coleta de dados, devendo definir quais as informações serão extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento de pesquisa. Deve avaliar o nível de evidência dos estudos com objetivo de determinar a confiança nos uso dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO 2010).

Na Quarta etapa é realizada a avaliação dos estudos incluídos, e contem a análise de cada estudo, destacando a característica do mesmo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A análise deve ser criteriosa, procurando explicações para resultados diferentes nos diversos estudos. O revisor pode estar optando por análise estatística, a listagem de fatores, a escolha ou exclusão de estudos frente o delineamento da pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A Quinta etapa inclui a interpretação dos resultados, onde será permitido ao revisor que aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionada a assistência à saúde (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2008). A Sexta etapa é a síntese do conhecimento e apresentação da revisão integrativa.

Identificou-se que os níveis de evidência dos estudos de acordo com Stetler, Morsi, Rucki *et al.* (1998), Stetler *et al* (1998) que abordaram uma forma de classificação das evidências para pesquisas ou outros métodos de informações, baseadas na categorização da Agency for Healthcare Reseach and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. A classificação das evidências são divididas de 1 a 6, onde o nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; o nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental, sem randomização, apenas com grupo pré e pós teste, séries temporais ou caso-controle; o nível 4, estudo não experimental, pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; o nível 5 relatório de casos, dados obtidos de forma sistemática ou avaliação de programas; e o nível 6, opinião de autoridades respeitáveis, incluindo informações não baseadas em pesquisas.

Este sistema de classificação auxilia o pesquisador a avaliar o nível de evidência dos estudos, contribuindo assim na decisão sobre a utilização dos estudos na prática clínica (GALVÃO, 2006).

QUADRO 1 - Artigos conforme o autor, graduação e nível de evidência.

Identificação	Autor	Graduação	Nível de evidência
E1	Araújo, Silva (2011)	Enfermagem	IV
E2	Betcher (2010)	Enfermagem	V
E3	Dunne k (2005)	Enfermagem	IV
E4	Bushinski R.L, Cummings K.M (2007)	Enfermagem	III
E5	Dale C (2006)	Enfermagem	IV
E6	Irma et al (2007) ?	Enfermagem	IV
E7	Wilkinson <i>et al</i> (2008)	Medicina	I
E8	Araújo, Silva (2007)	Enfermagem	IV
E9	Araújo, Silva (2012)	Enfermagem	IV

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Procedimentos para busca e seleção dos estudos

Trata-se de uma revisão integrativa que foi elaborada conforme as etapas: identificação do problema e seleção da questão de pesquisa (elaboração da pergunta norteadora), estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados e avaliação dos estudos incluídos. O tema é um elemento relevante no estudo, devido isto torna-se necessário identificar efeitos da comunicação como forma de cuidado aos pacientes oncológicos, a percepção que o paciente e o profissional tem frente comunicação em cuidados paliativos e os diversos tipos de comunicação que pode ser realizada. Na perspectiva de aprofundar o conhecimento acerca da temática emergiu a seguinte questão norteadora: *Qual o efeito da comunicação com o paciente oncológico, no contexto do cuidado paliativo,?* Esse questionamento se configura como o ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa por considerar que pessoas com doença oncológica fora de possibilidades terapêuticas, apresentam diversas necessidades de cuidados.

O levantamento dos artigos que foram analisados foi obtido pela *internet* no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), obtendo acesso as seguintes bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), MEDLINE e LILACS. Utilizou-se para selecionar os artigos os seguintes descritores: em português – “comunicação”, em inglês- “communication”, português-“cuidados paliativos”, inglês- “palliative care”, português- “cuidados paliativos na terminalidade da vida”, inglês- “hospice care”, português- “enfermagem”, inglês- “Nursing”. Como palavra chave foi utilizada: comunicação; cuidados paliativos e enfermagem Oncológica. Aplicaram-se os operadores booleanos OR (Uma combinação aditiva) e AND (Uma combinação restritiva), que são delimitadores das bases de dados.

5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção dos artigos foram utilizados além da questão norteadora, os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: artigos relacionados à assistência de enfermagem no paciente oncológico em cuidados paliativos e nos pacientes adultos, artigos que abordassem a comunicação ao paciente oncológico, artigos em português e inglês.

Como critérios de exclusão: artigos abordando tratamentos pediátricos, artigos que abordavam cuidados paliativos em outras doenças, artigos com descritores incompletos.

QUADRO 2 – Base de dados, estratégia de busca dos descritores e publicações identificadas.

Bases de dados	Estratégia de busca	Publicações Identificadas
Somente base BDEF	(tw:(comunicação)) AND (tw:(cuidado\$ AND paliativo\$)) AND (tw:(enf\$ OR nurs\$)	17
MEDLINE	(MH: F01.145.209\$ OR Comunicação OR Comunicación OR Communication) AND ("Cuidados Paliativos" OR "Palliative Care" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Hospice Care ") AND (MH: H02.478\$ OR Enfermagem OR Enfermería OR Nursing)	838
MEDLINE Assunto principal comunicação	(mh: f01.145.209* OR comunicação OR comunicación OR communication) AND ("Cuidados Paliativos" OR "Palliative Care" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Hospice Care ") AND (mh: h02.478* OR enfermagem OR enfermería OR nursing) AND db:("MEDLINE") AND mj:("Comunicação")	95
Somente base LILACS	(tw:(comunicação))AND (tw:(cuidado\$ AND paliativo\$)) AND (tw:(enf\$ OR nurs\$))	53

Fonte: Bases de dados BDEF, MEDLINE e LILACS 2013

Na busca inicial, encontrou-se 53 referências na base de dados LILACS, 17 na BDEF e 838 na MEDLINE, totalizando 908 trabalhos. Na base de dados MEDLINE realizou-se um filtro com o assunto principal comunicação, obtendo-se 95 referências, totalizando 165 trabalhos. Para a realização desta revisão integrativa optou-se por todos os artigos relacionados ao tema. Inicialmente foi feito uma pré-seleção dos artigos encontrados

por meio de uma leitura do título e o resumo de cada artigo. Em seguida, selecionou-se uma amostra contendo 09 artigos para serem analisados, sendo que 155 artigos foram excluídos por não conter assunto do interesse da pesquisa. A estratégia utilizada para a busca dos artigos foi à seguinte:

1° Estratégia- MEDLINE

(MH: F01.145.209\$ OR Comunicação OR Comunicación OR Communication) AND ("Cuidados Paliativos" OR "Palliative Care" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Hospice Care ") AND (MH: H02.478\$ OR Enfermagem OR Enfermería OR Nursing)

2° Estratégia – MEDLINE assunto principal comunicação

(mh: f01.145.209* OR comunicação OR comunicaci3n OR communication) AND ("Cuidados Paliativos" OR "Palliative Care" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Hospice Care ") AND (mh: h02.478* OR enfermagem OR enfermería OR nursing) AND db:("MEDLINE") AND mj:("Comunica3o")

3° Estratégia- somente base LILACS

(tw:(comunica3o)) AND (tw:(cuidado\$ AND paliativo\$)) AND (tw:(enf\$ OR nurs\$))

4° Estratégia- somente base BDENF

(tw:(comunica3o)) AND (tw:(cuidado\$ AND paliativo\$)) AND (tw:(enf\$ OR nurs\$))

Utilizou-se o instrumento de coleta de dados utilizado por Ursi (2005), (Apêndice1), contendo itens como objetivos do estudo, método, autores, gradua3o, nível de evidência científica, grau de recomenda3o, entre outros. Os resultados dos artigos analisados foram incluídos no resultado e discuss3o do estudo.

6. RESULTADOS

Como forma de identificação dos estudos foi abordada a letras E (estudo) para se obter uma melhor visualização, formando uma seqüência de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9.

QUADRO 3- Distribuição dos artigos conforme identificação do estudo, título, periódico, ano de publicação, volume e número.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO	V/N
E1	A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo	Rev Esc Enferm USP	2007	41/4
E2	Elephant in the room project: improving caring efficacy through effective and compassionate communication with palliative care patients	Medsurg Nurs	2010	19/2
E3	Effective communication in palliative care	Nurs Stand	2005	20/13
E4	Practices of effective end-of-life communication between nurses and patients/families in two re settings.	Creat Nurs	2007	-/3
E5	Communication in palliative care.	Nurs Stand	2006	20/45
E6	Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature.	Cancer Nurs	2000	23/1
E7	Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial.	Palliat Med	2008	22
E8	Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos	Rev. Esc. Enferm. USP	2012	46/3
E9	O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos	Texto & Contexto enferm	2012	21/1

Esta revisão integrativa obteve uma amostra de 9 artigos, em relação ao idioma encontrou-se 3 artigos publicados em português e 6 artigos publicados em inglês. Todos os artigos abordaram a importância da comunicação durante o tratamento do paciente oncológico sob cuidados paliativos. Os artigos foram publicados entre 2000 e 2012.

Todos os estudos da amostra abordaram o tema comunicação no paciente oncológico, obtendo como resultado as expectativas do paciente em relação à comunicação, as barreiras encontradas para a realização da comunicação e a identificação do conhecimento da estratégia de comunicação. Como conclusão encontrou-se a relevância que a comunicação tem para o paciente oncológico em cuidados paliativos.

QUADRO 4 - Objetivo, resultados, conclusão e método dos estudos da amostra.

Identificação	Objetivo	Resultados	Conclusão	Método
E1	Identificar as expectativas de pacientes que vivenciam os cuidados paliativos relacionadas à comunicação com a equipe de enfermagem.	Os pacientes entrevistados destacam a importância da comunicação e do relacionamento interpessoal no momento da terminalidade e reafirmam o desejo de conversar não apenas sobre a doença.	O relacionamento interpessoal com os pacientes sob cuidados paliativos mostrou-se de grande relevância. A comunicação obteve um papel de destaque no processo de morrer.	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa
E2	Apresentação de um projeto implantado em um hospital nos Estados Unidos, com o objetivo de tornar a comunicação dos enfermeiros eficaz com os pacientes sob cuidados paliativos.	Nota-se que os enfermeiros elevam o nível de confiança do paciente através da comunicação eficaz.	A comunicação ao paciente sob cuidados paliativos é essencial.	Estudo qualitativo
E3	Analisar o processo de comunicação em cuidados paliativos	O profissional que apresenta habilidade de comunicação, pode contribuir no alívio	A comunicação é o instrumento pelo qual acontece o relacionamento	estudoduplo-cego.

		do sofrimento do paciente.	interpessoal.	
E4	Analisar a utilização da comunicação pelos enfermeiros aos pacientes sob cuidados paliativos	Os enfermeiros do estudo consideram a estratégia de comunicação eficaz, a confiança foi identificada como um componente relevante em um relacionamento entre o profissional e o paciente.	Necessita-se de mais estudos relacionado a comunicação ao paciente sob cuidados paliativo e de participação dos enfermeiros em cursos específicos.	Estudo qualitativo
E5	Discutir barreiras encontradas na comunicação com paciente sob cuidados paliativos.	A comunicação pode transmitir informações ao paciente como também servir de apoio ao paciente e seus familiares.	Enfermeiro tem a responsabilidade de transmitir confiança ao paciente permitindo assim uma comunicação adequada.	Revisão de literatura
E6	Obter conhecimento a respeito de atividades realizadas com o paciente oncológico.	Relacionamentos entre o paciente e o profissional geram impacto positivo no bem estar do paciente, através da comunicação pode-se identificar a real necessidade do paciente.	A utilização de instrumentos comunicativos desempenham um papel importante no paciente oncológico.	Estudo qualitativo
E7	Avaliar a eficácia de um curso de habilidade de comunicação dos enfermeiros.	Houve mudança no nível de confiança na comunicação dos enfermeiros com os pacientes.	Os enfermeiros que fizeram o curso tiveram evidências eficazes na comunicação com pacientes em cuidados paliativos, proporcionando o alívio do sofrimento.	Randomizado controlado
E8	Investigar se profissionais de saúde que trabalham ou têm contato freqüente com pacientes sob cuidados paliativos valorizam a comunicação interpessoal no contexto da	Os profissionais enfatizaram a importância da comunicação ao paciente sem possibilidade de cura.	Os profissionais devem utilizar de uma comunicação eficaz, uma vez que as necessidades são identificadas através da comunicação.	Estudo de campo, multicêntrico, descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa.

	terminalidade.			
E9	Identificar o conhecimento e a utilização das estratégias comunicacionais, pelos profissionais de saúde, no cuidado emocional de pacientes sob cuidados paliativos	Evidenciou-se que profissionais com capacitação paliativista, possuem melhor desempenho comunicacional com o paciente.	Os profissionais participantes do estudo apresentam conhecimento insatisfatório em relação à comunicação para suporte emocional de pacientes sob cuidados paliativos.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de campo, com abordagem quantitativa.

Através da análise dos estudos identificaram-se os temas: *percepções dos pacientes em relação à comunicação e formas de agir do profissional de saúde frente o paciente oncológico sob cuidados paliativos, a importância da comunicação não-verbal, comunicação e melhora do sofrimento do paciente, a expectativa dos cuidados e a relação de confiança com o profissional.*

7 DISCUSSÃO

7.1. Visão dos pacientes em relação à comunicação e formas de agir do profissional de saúde frente o paciente oncológico sob cuidados paliativos

O E8 enfatiza a importância do relacionamento interpessoal e da comunicação no fim da vida, os pacientes relatam que neste momento da vida se sentem um pouco só, e devido a isso a comunicação se torna essencial, contribuindo com o alívio do sofrimento e das dores sentidas, ressalta que toda a equipe de enfermagem deve sempre procurar “humanizar a experiência da dor” e humanizar o cuidado ao paciente. É interessante que o profissional valorize o bom humor entre os pacientes e familiares e com todos da equipe, permite-se desta maneira um ambiente com menos tensão, bom de conviver, transmitindo ao paciente somente energia positivas, lembrando-se sempre que o humor é um elemento essencial para uma comunicação em cuidados paliativos. O humor é considerado uma forma de comunicação espontânea onde, manifesta-se por expressões verbais, faciais e sorrisos, Um alto astral, um bom humor, uma alegria, é capaz de reduzir a ansiedade, e o sofrimento e dor vivenciada pelo paciente oncológico. O E9 coloca a importância de a equipe demonstrar ao paciente que ele tem valor, mantendo o contato visual, sorrindo para o paciente, mostrar ao mesmo que ele pode realmente obter confiança no profissional, permanecendo sempre com um diálogo aberto e sincero, de forma a transmitir ao paciente alívio nas dores vivenciadas. Quando se fala de relacionamento, a confiança se torna ferramenta fundamental. E4 aborda que é importante transmitir ao paciente confiança, mostrar que se preocupa de verdade com ele. Saber reconhecer os sinais e sintomas vivenciados pelo paciente foi mencionado como um elemento fundamental para a contribuição de melhora ao paciente.

De acordo com Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), os profissionais de saúde devem esforçar para que todas estas necessidades dos pacientes sejam atendidas de forma adequadas. Atitudes de compaixão, afeto e cuidado no relacionamento com o paciente, traduzem a certeza de que o indivíduo é importante independente do seu estado de saúde, transmite-se então, consolo e paz interior para o indivíduo.

7.2 Importância da comunicação não verbal

Outro fator importante abordado pelo E8 é a comunicação-não-verbal que se expressa através de sinais silenciosos como contato pelo olhar, pela importância dada nas falas do paciente, e até mesmo pelo sorriso transmitido na realização de alguma intervenção. Por meio destes sinais o paciente consegue perceber em qual profissional ele deve confiar.

Segundo Sousa; Leal; Sena (2010), a comunicação não-verbal não é realizada por sinais verbais e nem pela escrita. Este tipo de comunicação é realizado através de tom de voz, postura corporal, gestos, entre outros. Em relação à comunicação não verbal, E9 enfatiza que o contato físico, o toque é capaz de estimular terminações nervosas sensoriais proporcionando transformações neuronais e mentais, as emoções. A importância da comunicação, expondo que é necessário que o paciente seja informado quanto o seu estado de saúde, os sintomas que o mesmo pode vir a apresentar e medidas a serem tomadas. É essencial que a equipe de enfermagem utilize a comunicação como um instrumento do cuidado aos pacientes, devem sempre encorajá-los, transmitindo confiança, permitindo que o indivíduo exponha seus sentimentos, suas preocupações e angústias. A comunicação facilita a assistência ao paciente, e garante que seja uma assistência qualificada e humanizada, respeitando a autonomia do paciente.

Estudos realizados com profissionais de saúde aponta que estes consideram de grande importância a realização e o conhecimento da comunicação não verbal (SILVA et al, 2000) (MESQUITA, 1997) (RIBEIRO; MORAES; BELTRAME, 2008).

É importante que seja realizado a comunicação não verbal, pois, a ausência deste tipo de comunicação pode fazer com que o profissional toque sem sentir, olhe sem ver e escute sem ouvir. Ressalta-se que o toque é uma forma que contribui para a realização da comunicação não verbal, uma vez que através do toque podemos transmitir sentimentos e energias positivas (RAMOS; BORTAGARI, 2012).

A comunicação não-verbal é considerada um instrumento importante no cuidado ao paciente por Gala, Telles, Silva (2003), na medida em que o toque é um dos elementos que compõe a comunicação não-verbal, através do toque transmite-se ao paciente confiança, segurança, afeto, proteção, valorização do indivíduo e apoio. O contato físico permite que haja alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, contribuindo assim na melhora dos pacientes internados (GALA; TELLES; SILVA, 2003).

7.3. Comunicação e melhora do sofrimento do paciente, a expectativa dos cuidados e a relação de confiança com o profissional de enfermagem

Conforme E1, E7, E8 e E9 a comunicação permite a identificação de informações que podem contribuir para uma melhor assistência em relação aos sintomas do paciente. O indivíduo se sente acolhido, cuidado quando se tem uma comunicação, tendo também um alívio do sofrimento, preocupações e angústias do paciente e familiar e uma resposta positiva no estado geral do paciente. A estratégia da comunicação é o elemento principal para um apoio no estado emocional em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

De acordo Peterson; Carvalho (2011), a comunicação deve ser uma atitude realizada pelos profissionais da enfermagem com o paciente oncológico, uma vez que este método pode contribuir na redução do sofrimento, angustias e preocupações do indivíduo, ajudando o paciente a se adaptar melhor ao seu estado de saúde, assim o paciente poderá se sentir seguro e satisfeito consequentemente reduzindo o medo e a ansiedade da doença. Além disso, a comunicação pode ser vista como uma forma de humanização e demonstração de respeito e preocupação por parte do enfermeiro. A comunicação contribui bastante na melhora da gestão dos sintomas de sofrimento do paciente e até mesmo dos familiares que muitas vezes encontra-se angustiados. Quando realizado a comunicação ao paciente e seus familiares, ocorre também uma melhora na gestão da qualidade da assistência, obtendo-se uma redução no sofrimento, dor, e uma melhora o estado emocional do paciente. A comunicação focada no paciente obteve resultados como a melhora do estado emocional do paciente. É necessário também que o profissional consiga manter o paciente o familiar informado, respondendo suas preocupações e perguntas (ELLINGTON *et al*, 2012).

Conforme E2 para que haja confiança é necessário que se tenha uma comunicação, permitindo que o paciente enxergue o profissional como um cuidador, acolhedor, sendo assim os pacientes terão a liberdade de conversar sobre suas preocupações, sentimentos, até mesmo sobre a doença. Os pacientes esperam ter uma comunicação aberta e sincera com o profissional, onde, seus medos poderão ser acalmados. E3 enfatiza que o sustento de uma relação de confiança, quando realizada corretamente e com sinceridade, pode observar uma melhora no quadro de sofrimento do paciente e seus familiares. Uma boa comunicação reduz

a ansiedade, estresse, tensão tanto do paciente como de sua família, a comunicação não é apenas troca de informações, e sim apoio emocional a todos os envolvidos.

Segundo Peterson, Carvalho (2011), o enfermeiro deve desenvolver uma comunicação com o paciente, pois através do diálogo o indivíduo adquire confiança no profissional. Cultivar a confiança, respeito, e empatia auxilia no restabelecimento do paciente, e é importante lembrar que o tratamento do paciente oncológico exige uma atenção maior, tanto técnica científica como de relações interpessoais. O desenvolvimento de uma relação de confiança, empatia, e comunicação são elementos influenciadores na assistência ao paciente oncológico.

Pode-se notar em E5 e E1 que a comunicação com o paciente que se encontra em cuidados paliativos e seus familiares, é um elemento fundamental na melhora de alguns aspectos do indivíduo. É necessário transmitir apoio emocional, e troca de informações a respeito do paciente. Além de a comunicação conseguir ser efetiva ao paciente, é também uma forma de permitir que a pessoa se torne mais confiante diante da situação e tenha maior confiança no profissional que está prestando os cuidados. A realização da comunicação interpessoal frequentemente auxilia na redução da ansiedade e aflição do indivíduo que não tem possibilidade de cura, além de proporcionar maior qualidade no cuidado. É possível identificar através da comunicação, informações essenciais que auxiliaram no manejo dos sintomas do paciente. Evidências no E7 afirmam que a realização da comunicação por enfermeiros proporciona aos pacientes uma satisfação e uma resposta positiva em seu estado geral e emocional.

A utilização de estratégias comunicacionais segundo E9 é a base para um suporte emocional em cuidados paliativos. Saber escutar o paciente, seus sentimentos, angústias e aflições, são ferramentas essenciais para possibilitar conforto emocional, contribuindo para um enfrentamento positivo da doença. É identificado no estudo que profissionais que possuem formação prévia em cuidado paliativo, apresentam mais facilidade em utilizar as estratégias de comunicação do que os que não possuem. Ressalta-se que escutar é diferente de apenas ouvir. Escutar exige uma atenção maior nas necessidades do próximo. Os pacientes e seus familiares se sentem escutados quando o profissional se importa com os mesmo, quando é transmitido um cuidado individualizado e com atenção.

Segundo Rodrigues; Ferreira; Menezes (2010), através da realização da comunicação adequada, é possível prestar assistência de forma holística ao paciente identificando reais

necessidades, transmitindo uma confiança e entendimento do seu estado de saúde, contribuindo para um melhor enfrentamento das dificuldades vivenciadas. A comunicação é um facilitador do processo de relacionamento enfermeiro-paciente. A equipe de enfermagem deve ter habilidade de interpretar as mensagens enviadas pelos pacientes, compreender e solucionar as necessidades individualizadas de cada indivíduo, com o objetivo de estabelecer um relacionamento baseado na confiança, respeito mútuo.

Segundo E2, E3, E4 e E5, a confiança é fundamental entre o profissional e o paciente, entretanto, para que se tenha confiança entre os mesmos, é importante existir uma comunicação com eficiência entre o profissional/paciente e familiares. Uma comunicação realizada com eficiência pode reduzir sofrimentos vivenciados pelo paciente e a família.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não haja tantas publicações que forneçam o rigor metodológico de um estudo experimental, pode-se concluir que a comunicação realizada com o paciente com diagnóstico de câncer, sob cuidados paliativos, é uma estratégia eficaz na redução e alívio do sofrimento vivenciado pelos pacientes e seus familiares. A comunicação verbal permite o paciente expor seus sentimentos, idéias, evidenciando o cuidado paliativista que é preocupar com o paciente e não apenas com a doença. Constatou que a confiança adquirida através da realização da comunicação com eficiência é relevante para o paciente, pois o mesmo encontra-se vulnerável e frágil.

É importante que o profissional trabalhe para que o paciente sinta-se acolhido, escutado, amparado e cuidado. A equipe de enfermagem deve sempre buscar novas estratégias de comunicação para serem utilizadas ao paciente como forma de instrumento de cuidado. Um diálogo sincero realizado pelo enfermeiro contribuirá para o alívio do sofrimento deste paciente.

A pesquisadora concluiu que a utilização da revisão integrativa da literatura contribuiu para o alcance do objetivo proposto neste trabalho, porém é necessário realizar mais estudos nessa área, para subsidiar o planejamento e as ações da equipe de saúde, e em especial, da enfermagem, no contexto dos cuidados paliativos direcionados a comunicação com os

pacientes oncológicos e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 320p, 2009.

ACQUA, Magda Cristina Queiroz Dell; ARAÚJO, Vilanice Alves de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro?. **Rev. Latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto,v.6, n.2 , 17-22p, 1998.

ALVES, Vanessa Souza et al. Conhecimento de Profissionais da Enfermagem sobre Fatores que Agravam e Aliviam a Dor Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Maceió (AL), v. 57, n. 2, 199-206 p, 2011.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm Usp**. São Paulo, v. 41, n. 4, 668-674 p, 2007.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm Usp**. São Paulo, v. 46, n. 3, 626-632 p, 2012.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. **O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 21, n. 1, 121-129 p, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 130p, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 118p, 2011.

Berlo, DK. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática**. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

BETCHER, Denise K. **Elephant in the room project: improving caring efficacy through effective and compassionate communication with palliative care patients.** *Medsurg Nursing*, v. 19, n. 2, 101-105 p, 2010.

BOEMER, M. R. **Sobre cuidados paliativos.** *Rev Esc Enferm. São Paulo*, v. 43, n. 3, 500-501 p, 2009.

BORGES, et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento.** *Psicologia em Estudo. Maringá*, v. 11, n. 2, 362-369 p, 2006.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** *Gestão e Sociedade. Belo Horizonte*, v. 5, n. 11, 122-136 p, 2011.

BOTTINO, S. M. B; FRAGUÁS, R; GATTAZ, W. F. **Depressão e câncer.** *Rev Psiquiátr. São Paulo*, v. 36, n. 3, 110-115 p, 2009.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 65, n. 1, 97-103 p, 2012.

BUSHINSKI, Hobvii L; CUMMINGS, Kathleen M. **Practices of Effective End-of-Life Communication between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings.** *Creative Nursing*, n. 3, 9-12 p, 2007.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. **Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico.** *Rev Latino-am Enfermagem. São Paulo*, v. 13, n. 3, 415-422 p, 2005.

DALE, Charlotte. **Communication in palliative care.** *Nursing Standard*, v. 20, v. 45, 55 p, 2006.

DINIZ, Renata Wanderley et al. **O conhecimento do diagnóstico do câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos.** *Rev Assoc Med Bras. São Caetano do Sul –SP*, v. 52, n. 5, 298-303 p, 2006.

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes De; IDE, Cilene Aparecida Costardi. **Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades**. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, 115-118 p, 2003.

DUNE, Kathleen. **Effective communication in palliative care**. Nursing Standard, v. 20, n. 13, 57-64 p, 2005.

ELLINGTON, Lee et al. **Hospice Nurse Communication with Patients with Cancer and their Family Caregivers**. Journal Of Palliative Medicine, v. 15, n. 3, 262-268 p, 2012.

FAGNER, Priscila Caroline et al. **Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados**. Rev Assoc Med Bras. Campinas SP, v. 56, n. 2, 173-178 p, 2010.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer**. Rev. Sbph. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 86-98 p, 2011.

FILHO, S Silvio R.B. da et al. **Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica**. Ribeirão Preto: [Http://www/fmrp.usp.br/revista](http://www/fmrp.usp.br/revista), 126-133 p, 2010.

FIRMINO, Flávia. **Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem**. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v.51, v.4, 51-54 p, 2005.

GALA, F. M; TELLES, S. C. R; SILVA, M. J. P. **Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e unidade SemiIntensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.37, n.1, 52-61 p, 2003.

GALVÃO, C. M.; **Níveis de Evidências**. Acta Paul Enferm, v.19, n. 2, 5-5 p, 2006.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem**. Rev Esc Enferm Usp. São Paulo, v. 39, n. 4, 423-429 p, 2005.

JUVER, Jeane Pereira da Silva; VERÇOSA, Núbia. **Depressão em Pacientes com Dor no Câncer Avançado**. Rev Bras Anestesiol. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 287-298 p, 2008.

MACIEL, Maria Goretti Sales et al. **Crítérios de qualidade para cuidados paliativos no Brasil**: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Editora Diagraphic. Rio de Janeiro, 60p, 2006.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto – Enferm. Florianópolis, v.17, n.4, 758-764 p, 2008.

MORAES, Tania Mara de. **Como cuidar de um doente em fase avançada de doença**. O Mundo Da Saúde. São Paulo, v.33, n.2, 231-238 p, 2009.

PAULA, Juliana Maria de et al. **Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo**. Rev Latino-am. Enfermagem. São Paulo, v. 20, n. 2, 362-368 p, 2012.

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

PETERSON, Aline Azevedo; CARVALHOI, Emília Campos de. **Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 64, n. 4, 692-697 p, 2011.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem?**. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v.23, n. 3, 2010.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lúdia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem**. Acta Paul. Enferm.São Paulo,v. 22,n.4, 435-438 p, 2009.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOSI, Islane Costa. **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.61, n.3, 312-318 p, 2008.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. **A comunicação não-verbal na área da saúde**. Rev. Cefac. Rio Grande Sul, v.14,n.1, 164-170 p, 2012.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **Cuidados Paliativos: Análise de conceitos.** 2004. 231 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004. Cap. 1.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Cuidados paliativos: realidade ou utopia?** Cienc Cuid Saúde. São Paulo, v. 8, 136-141 p, 2009.

RODRIGUES, MVC; FERREIRA, ED; MENEZES, TMO. **Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora da possibilidade de cura.** Rev Enferm UERJ. Rio de Janeiro, v.18, n.1,86-91 p, 2010.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. **The PICO strategy for the research question construction and evidence search.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.15, n.3, 508-511 p, 2007.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. **Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica.** Acta Paul Enferm. Salvador BA, v.21, n.3,504-508 p, 2008.

SOUSA, Luisa de Fátima Lucena de; LEAL, Ana Lúcia; SENA, Ester Feijó Correia de. **A importância da comunicação não verbal do professor universitário no exercício de sua atividade profissional.** Revista Cefac. Bom Jardim-PE, v.12, n.5, 784-787 p, 2010.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da; HORTALE, Virginia Alonso. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para debate de diretrizes nesta área.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n.10, 2055-2066 p, 2006.

SOUZA, Bianca Fresche de et al. **Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento.** Rev Esc Enferm Usp. Ribeirão Preto, v,47, n.1, 61-68 p, 2013.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão .1, integrativa: o que é e como fazer?.** Einstein. Três Lagoas- MS, v.8, n. 1, 102-106 p, 2010.

Stetler CB, Morsi D, Rucki S et al. **Utilization-focused integrative reviews in a nursing service.** Appl Nurs Res, v. 11, n.4, 195-206 p, 1998.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 128 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

VIDAL, M.A.; TORRES, L.M. **In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos.** Rev.soc.esp.dolos. Espanha, v.13, n.3, 143-144 p, 2006.

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras.** Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.31, n.1, 84-91 p, 2010.

WILKINSON, S; PERRY, R; BLANCHARD, K; LINSELL, L. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurse' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. Palliative Medicine. V. 22, 365-375 p, 2008.

World Cancer Research Fund; American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC): The Institute; 1997. 670 p.

World Health Organization. Definition of palliative care. 2002

Apêndice 1- Instrumento de coleta de dados

A Identificação	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Autores	
País	
Idioma:	
Ano de publicação:	
B Instituição sede do estudo	

Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual	
D Características metodológicas do estudo	
1 Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outros _____
2 Objetivo ou questão de investigação	
3 Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho () inicial () final 3.3 Características 3.4 Idade: 3.5 Sexo: M () f () Raça: Diagnóstico:

	Tipo de cirurgia: 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos:
4 Tratamento dos dados	
5 Intervenções realizadas	5.1 Variável independente: 5.2 Variável dependente: 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo: 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção:
6 Resultados	
7 Análise	7.1 Tratamento estatístico 7.2 Nível de significância
8 Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados 8.2 Quais são as recomendações dos autores:
9 Nível de evidência	
E Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica	

URSI, 2005