

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE**  
**(CEFES)**

**PAULA CAMPOLINA OLIVEIRA**

**AFINANDO A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA**  
**ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA E A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE**  
**UM HOSPITAL GERAL**

**BELO HORIZONTE**

**2019**

**PAULA CAMPOLINA OLIVEIRA**

**AFINANDO A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA  
ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA E A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE  
UM HOSPITAL GERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde – CEFES - da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção parcial do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Andreza Werli-Alvarenga

**BELO HORIZONTE**

**2019**

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

OLIVEIRA, PAULA CAMPOLINA

AFINANDO A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA E A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL GERAL. [manuscrito] /PAULA CAMPOLINA OLIVEIRA - 2019.

21 p.

Orientador: Andreza Werli-Alvarenga.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação de Educadores em Saúde.

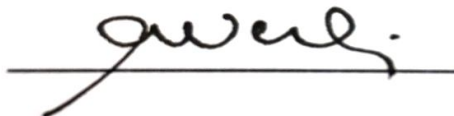
1. Comunicação. 2. Trabalho em equipe. 3. Cuidados paliativos.  
I. Alvarenga, Andreza Werli. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Paula Campolina Oliveira

**AFINANDO A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA  
ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA E A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE  
UM HOSPITAL GERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª. Dr.ª. Andreza Werli Alvarenga (Orientadora)



Prof.ª. Dr.ª. Ana Cristina Borges de Oliveira

Data de aprovação: **14/12/2019**

## RESUMO

A comunicação, compreendida como o processo de transferência de informação e significado de uma pessoa para outra pessoa, no âmbito da saúde exerce um papel estratégico já que influencia diretamente na avaliação da qualidade do cuidado, na adaptação à doença e na adesão ao tratamento. O presente estudo é um projeto de intervenção feito a partir da análise do processo de trabalho da enfermagem de um hospital geral do município de Belo Horizonte na qual identificou-se falhas na comunicação entre a equipe de cuidados paliativos, equipe multidisciplinar do setor e familiares de pacientes com proposta de cuidados paliativos com impactos negativos na assistência e conseqüente prejuízo na qualidade do serviço. A metodologia proposta foi a observação do processo de trabalho, intervenção no ponto identificado como falho/dificultador e após quatro meses reavaliação. As atividades de intervenção propostas foram: reuniões semanais em equipe com exposições orais de todos os integrantes da equipe; dramatizações realistas com análise reflexiva; discussões diárias dos casos acompanhados e reuniões familiares semanais e a criação de um momento de discussão para revisão e aprimoramento do processo comunicacional e de trabalho com integrantes de toda equipe do setor - café com polêmica. Acredita-se que afinando a comunicação entre a equipe, fortaleceremos o trabalho conjunto desenvolvendo o sentimento de pertença, fomentando a construção de um efetivo trabalho em equipe, o que torna as intervenções mais assertivas e o cuidado eficaz e eficiente.

**Palavras-chave:** Comunicação. Trabalho em equipe. Cuidados paliativos.

## SUMÁRIO

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>           | <b>07</b> |
| <b>2. PROBLEMA .....</b>             | <b>09</b> |
| <b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>         | <b>10</b> |
| <b>4. OBJETIVOS.....</b>             | <b>11</b> |
| <b>5. REVISÃO DE LITERATURA.....</b> | <b>12</b> |
| <b>6. METODOLOGIA.....</b>           | <b>16</b> |
| <b>7. CRONOGRAMA.....</b>            | <b>17</b> |
| <b>8. ORÇAMENTO .....</b>            | <b>18</b> |
| <b>9. RESULTADOS ESPERADOS.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>10. REFERÊNCIAS.....</b>          | <b>20</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Por sermos seres sociais, a comunicação, a necessidade de relacionamento social e a construção do cuidado são aspectos essenciais da vida (ARISTÓTELES, 2007). No ambiente hospitalar onde a comunicação e o trabalho em equipe são fundamentais para qualidade, eficácia e eficiência da assistência torna-se indispensável identificar, tratar e prevenir ruídos na comunicação ou outro tipo de falha que dificulte ou inviabilize as relações impactando de forma negativa no cuidado. Foi pensando nisso, como psicóloga clínica, assistindo a eventos adversos, inspirada por discussões de casos e relatos de pacientes que a ideia do presente estudo surgiu.

A proposta desse projeto de intervenção é feita para enfermaria de Clínica Médica localizada em um hospital público, geral, que presta atendimento de urgência, emergência, internação e especialidades exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) localizado no município de Belo Horizonte em Minas Gerais (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - PBH, 2019).

O hospital tem como missão prestar um atendimento de qualidade aos pacientes (de todas faixas etárias) da região metropolitana com foco em urgência e emergência, associando ensino e cuidado de forma humanizada, participativa e sustentável (PBH, 2019).

Dentro deste cenário, a Clínica Médica aparece como a maior unidade de internação contando com 61 leitos que recebem pacientes de cuidados intensivos 9%; semi-intensivos 30%; intermediários 20% e cuidados mínimos 41%, provenientes de todos os outros setores do hospital (triagem, sala de emergência, AVC, CTI'S, Clínica Vascular, Neurologia, Pediatria, Ortopedia, Maternidade). O setor conta com uma equipe multiprofissional, sendo 84 técnicos de enfermagem (14 dia e 12 noite), 17 enfermeiros (2 por turno), 8 médicos preceptores e 8 residentes cada um com 2 acadêmicos, 2 assistentes sociais, 1 psicóloga, 2 fonoaudiólogas, 1 terapeuta ocupacional, 2 nutricionistas e 6 fisioterapeutas (3 por turno). A média de permanência dos pacientes é de 10 a 14 dias (PBH, 2019).

É importante salientar dentro deste contexto que dos 84 técnicos de enfermagem 48 são contratados, dos 17 enfermeiros 8 são feristas e os residentes e acadêmicos mudam de setor a cada mês promovendo um *turn over* elevado. Considerando o tamanho do setor, o tamanho e diversidade da equipe e sua alta rotatividade inevitavelmente nos deparamos com grandes falhas na comunicação que impactam diretamente o processo de trabalho e a qualidade da assistência prestada (PBH, 2019).

Nos últimos meses, a maior parte dos eventos adversos notificados e das queixas recebidas pela coordenação do setor e pela ouvidoria do hospital eram advindos de problemas na comunicação. Casos de cirurgias e ou exames suspensos por falta de preparo e jejuns feitos sem necessidade; internações prolongadas indevidamente por falta de avaliação/posicionamento de outras equipes envolvidas no caso; ruídos na comunicação que geram quebra do vínculo médico-paciente; falhas na comunicação entre a própria equipe com divergência nas condutas e impactos nos cuidados; dificuldades da família na compreensão e ou aceitação do plano de cuidados, dentre outras intercorrências. Dito isso, identificamos a comunicação como o problema, o nó que embarça o funcionamento e qualidade do serviço (SISTEMA EPIMED, 2019).

## **2 PROBLEMA**

Como reduzir os impactos na assistência e no processo de trabalho gerados pelas falhas na comunicação entre a equipe multidisciplinar da enfermagem de clínica médica e a equipe de cuidados paliativos de um hospital geral do município de Belo Horizonte?

### 3 JUSTIFICATIVA

A proposta para afinar a comunicação entre a equipe de cuidados paliativos, equipe multidisciplinar do setor de clínica médica e familiares de pacientes com proposta de cuidados paliativos originou-se do diagnóstico realizado na enfermaria de Clínica Médica de um hospital geral do município de Belo Horizonte, na qual foram detectadas divergências nas condutas propostas e no repasse de informações com conseqüente prejuízo na qualidade da assistência e desestabilização dos familiares.

Acredita-se que afinando a comunicação entre a equipe, fortaleceremos o trabalho conjunto tornando as intervenções mais assertivas e o cuidado eficaz e eficiente. A família, como representante direta do paciente (foco do cuidado), ao dispor de uma equipe com discurso e ações coerentes e articuladas se sentirá amparada, segura diante do cuidado prestado, confiante de ter feito a melhor escolha e estar ofertando o seu melhor, dentro do que é possível, frente ao contexto vivido. Dessa forma, assistiremos uma melhora na adesão ao plano de cuidados reduzindo possíveis conflitos, reduzindo também a demanda por cuidados fúteis e o descontentamento com o tipo de suporte previamente definido. O hospital por sua vez reduzirá os gastos com intervenções invasivas desnecessárias, prestará como previsto um cuidado eficiente e de qualidade e evitará possíveis judicializações dos casos acompanhados.

Como psicóloga, integrante desta equipe, quem acolhe diretamente os impactos dessas falhas na comunicação, reafirmo a relevância do tema e os benefícios a todos envolvidos. Aponto também a intervenção como estímulo para trabalhar a comunicação como um todo no setor, fomentar a construção e aplicação de uma equipe interdisciplinar, proporcionar a expansão da equipe de cuidados paliativos e o caminho para o desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de cuidados paliativos.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Afinar a comunicação entre a equipe de cuidados paliativos, equipe multidisciplinar da clínica médica e familiares de pacientes com proposta definida de cuidados paliativos.

### **4.2 Específicos**

- Identificar os principais entraves na comunicação.
- Ilustrar os impactos que os ruídos na comunicação promovem na assistência.
- Refletir sobre os recursos possíveis para reduzir as falhas e ruídos na comunicação com a equipe e com os familiares.
  - Desenvolver ferramentas para melhorar a comunicação no setor.
  - Construir sentimento de pertença a equipe.
  - Criar espaços para desenvolver o diálogo entre as equipes.
  - Discutir o conceito e a construção de uma equipe interdisciplinar.
  - Potencializar o vínculo com a família/cuidadores dos pacientes.
  - Melhorar a qualidade do cuidado e da assistência prestada.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Como dito anteriormente, o homem é um ser social, é ao mesmo tempo produto e criador de sua sociedade e cultura com a qual mantém uma relação de interdependência onde a comunicação se faz fundamental. A comunicação evoluiu da associação inicial entre um signo e um objeto, no entanto, não sabemos ao certo como os homens primitivos começaram a comunicar entre si. Durante bastante tempo discutiu-se a origem da fala, qualquer que seja o caso, sabe-se que os homens encontraram uma forma de associar som/gesto a um objeto/ação, assim nasceu o signo e a sua significação que é a base da comunicação (BORDENAVE, 1996).

Comunicar, do latim "*communicare*", significa "partilhar, participar algo, tornar comum". Para Chiavenato (2004) é o processo de transferência de informação e significado de uma pessoa para outra pessoa. Pelo dicionário, comunicação é um substantivo feminino que se remete a "ação ou ato de comunicar, de transmitir ou receber ideias, conhecimentos, mensagens etc., buscando compartilhar informações" sendo, portanto essencial para vida em sociedade (SIGNIFICADOS, 2018).

Pode-se dizer que a comunicação é tanto um fenômeno, quanto uma função social, ao mesmo tempo em que partilha, transfere a informação entre dois ou mais sistemas, proporcionando uma interação dialética entre os indivíduos (SILVA, 2012).

Linguisticamente falando, diz de uma "troca que se efetiva, através de um código linguístico, entre a pessoa que produz o enunciado (emissor) e quem o recebe (receptor)". Essa troca configura o processo de comunicação através do qual o emissor envia uma mensagem ao receptor, por um canal de comunicação, e o receptor descodifica/interpreta a mensagem recebida (SIGNIFICADOS, 2018).

A mensagem transmitida, no entanto, ao ser transportada até o destinatário pode sofrer interferências, ruídos que promovem distorções comprometendo a comunicação e gerando conflitos. Segundo pesquisas realizadas no campo de gestão de conflitos, nós brasileiros gastamos em média 1,9 hora por semana na solução de conflitos, o que equivale a 91,2 horas no ano e 11,4 dias de trabalho (FELLIPELLI, 2018).

De modo geral, os problemas de comunicação pertencem a três categorias: falhas quando o canal de comunicação não existe, não está funcionando ou não é regularmente utilizado; fracasso na emissão da mensagem - quando o canal existe, mas a informação não é transmitida e falhas na

recepção – quando o canal existe, a informação é enviada de forma correta, mas interpretada de forma equivocada ou com atraso (SILVA, 2007).

No âmbito da saúde o acesso às informações tem um papel estratégico uma vez que influenciam na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, na adaptação psicológica à doença e no comportamento de adesão (TEIXEIRA, 2004).

Dada a complexidade do processo comunicacional, as particularidades no âmbito da saúde, do setor, da equipe e os principais incidentes tidos nos últimos meses, voltamos nosso olhar especificamente para comunicação estabelecida entre a equipe multidisciplinar do setor, a equipe de cuidados paliativos e os familiares dos pacientes acompanhados por essa.

Assistimos na atualidade um contexto de um progressivo envelhecimento populacional, associado a um predomínio de doenças crônico-degenerativas de evolução lenta. Paralelamente, frente às mudanças sociais e culturais observa-se uma nova organização familiar na qual tende a prevalecer o individualismo, o racionalismo e a falta de espiritualidade. Nesse contexto, o adoecimento pode ser sinônimo de muito sofrimento e o cuidado paliativo vem como “saída possível” na promoção da qualidade de vida ao permitir o alívio do sofrimento do indivíduo e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência (CARVALHO, 2012).

Historicamente o conceito de cuidado paliativo está associado ao conceito de ‘hospice’, os abrigos que recebiam e cuidavam de peregrinos viajantes, doentes e moribundos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos tendo o acolhimento, a proteção e o alívio do sofrimento como foco principal. (CARVALHO, 2012)

O movimento hospice moderno foi introduzido por Dame Cicely Saunders, que em 1947 conheceu um paciente com câncer retal, quem recebeu uma colostomia paliativa, e o visitou até a sua morte desenvolvendo desde então uma nova forma de cuidar. Em 1960 o cuidado paliativo era aplicado no Saint Christopher Hospice de Londres como forma de melhorar o final de vida de pacientes vítimas de câncer, posteriormente estendeu-se aos vitimados pela síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e em 1980 foi implantado nos serviços de gerontologia na França (CARVALHO, 2012).

No Brasil as discussões isoladas sobre o tema iniciam em 1970, mas só em 1990 aparecem os primeiros serviços que aderem tal proposta ainda de modo experimental, sendo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o serviço pioneiro, que inaugurou em 1998 um Hospital dedicado exclusivamente ao cuidado paliativo (INCA, 2018).

Em 1990 com atualização em 2002 o cuidado paliativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

“Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares” (CARVALHO, 2012).

Nesse sentido, o cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios, não diz de terminalidade, mas de ameaça a vida, busca-se uma forma de preservar/garantir a qualidade de vida e para tanto afasta-se a ideia de “não se ter mais nada a fazer” incluindo-se a espiritualidade como dimensão do ser humano. Portanto, indica-se o cuidado paliativo desde o diagnóstico e a família é inserida no cuidado sendo acompanhada durante e após a morte do paciente (CARVALHO, 2012).

A OMS publicou em 1986 nove princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, são eles: Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; Não acelerar nem adiar a morte; Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (CARVALHO, 2012).

Apesar dos avanços na área, ainda são escassos os serviços destinados ao cuidado paliativo no Brasil, além do fato das atividades relacionadas ainda não terem sido legalizadas por lei. Portanto, ainda impera o desconhecimento e o preconceito em relação ao cuidado paliativo (INSTITUTO PALIAR, 2018).

No hospital em questão a equipe de cuidados paliativos surgiu no início de 2017 e vem se empenhando para ocupar seu lugar na instituição. Os casos acompanhados são definidos a partir de busca ativa e ou pedido de interconsulta da equipe médica. A equipe, no entanto, não possui todos

os profissionais sugeridos inicialmente para sua composição, o que os faz recorrer aos respectivos profissionais do setor em que os casos são acompanhados, no entanto não há uma integração efetiva entre os mesmos de modo a dificultar a comunicação estabelecida.

Além disso, considerando que tanto o cuidado paliativo em si, como a criação da equipe no serviço são recentes já era esperado a existência de alguns impasses no processo de construção. Primeiro percebe-se uma dificuldade das famílias em entenderem e aceitarem uma proposta de 'limitação de esforços' e nessa hora a forma como a equipe diz e propõem os cuidados é definidora da postura que a família adotará frente a equipe e a situação. Nesse sentido, temos assistido falhas na comunicação seja entre a equipe, seja com a família/paciente que tem gerado conflitos importantes.

Recentemente, uma família que estava sendo acompanhada pela equipe de cuidados paliativos recebeu informações divergentes de outros membros da equipe multidisciplinar do setor que suscitaram questionamentos quanto as condutas e a revogação da decisão de limitar esforços a ponto de acionarem a polícia para garantir que o paciente fosse transferido para a unidade de terapia intensiva. Frente ao número crescente de desencontros e das recorrentes intercorrências nos casos acompanhados na enfermaria de clínica médica faz-se indispensável uma intervenção.

Pensando no evento e em outras complicações que vem sendo assistidas na enfermaria podemos identificar que a causa de tais falhas na comunicação advém na verdade da falta de diálogo e interação da equipe, já que a equipe de cuidados paliativos é uma equipe itinerante não tendo, portanto, um sentimento de pertença em relação ao setor e a equipe fixa desse. Identificamos também a presença de uma hegemonia médica que por vezes desconsidera os outros integrantes da equipe multiprofissional e as condutas propostas por esses, o que sugere a existência de um problema ainda mais complexo: a incapacidade ou indisponibilidade de formar e atuar em uma equipe interdisciplinar.

Dito isso, acredita-se um dos pilares deste projeto de intervenção se baseia na construção de estratégias que impulsionem a (re) construção de uma equipe interdisciplinar e a criação do sentimento de pertença a mesma, de modo a alcançar um diálogo fluído e estabelecer uma comunicação eficiente e efetiva.

## 6 METODOLOGIA

O projeto será desenvolvido na Clínica Médica de um hospital geral do município de Belo Horizonte e envolverá a equipe de profissionais multidisciplinar do setor e a equipe de cuidados paliativos do hospital.

Como a equipe de cuidados paliativos já realiza reuniões semanais propõe-se a inserção da equipe multidisciplinar da clínica nestas reuniões e a implementação de apresentações orais de todos os profissionais (não só os médicos, como até então ocorria) com temas relacionados ao cuidado paliativo que permitam, conduzam, ampliem a discussão do processo de trabalho em equipe. Paralelamente, sugere-se a instauração de dramatizações realistas nas quais a equipe, através da experimentação de casos, construa um plano de cuidados de acordo com as intervenções possíveis e necessárias.

Propõem-se também a construção conjunta de acordos e pactos em relação à condução dos casos acompanhados, o estabelecimento de horário e local para discussão diária desses e agendamentos de reuniões periódicas com os familiares.

E, por último, mas não menos importante foi proposto que mensalmente ocorresse um “café com polêmica”, com a presença de representantes de toda a equipe do setor, onde além da equipe tomar café junto seriam apontados os principais entraves, ruídos e falhas na comunicação identificados ao longo do mês na busca de aparar as arestas e criar estratégias a serem aplicadas no mês subsequente.

A proposta inicial é que tais ações ocorram durante o período de quatro meses após os quais haja uma reavaliação do contexto e redefinição das metas, para tanto o projeto foi apresentado à coordenação da clínica médica e a equipe de cuidados paliativos e teve o aval e o apoio de ambas para seu desenvolvimento e execução.

**7 CRONOGRAMA**

| <b>ATIVIDADE</b>  | <b>QUANDO</b>                                    | <b>ONDE</b>  |
|---|--|--|
| Elaboração do Projeto   | Agosto/2019                                      | BH   |
| Apresentação do Projeto a Coordenação da Clínica Médica e a Equipe de Cuidados Paliativos | Setembro/2019                                    | Sala de Reunião da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital |
| Reuniões Semanais de Equipe/ Exposições Orais   | Setembro a Dezembro/2019                         | Auditório Novo   |
| Dramatizações Realistas   | Setembro a Dezembro/2019                         | Auditório Novo   |
| Discussões de Caso em Equipe  | Semanalmente de Setembro a Dezembro/2019         | Sala De Prescrição<br>Sala de Reuniões                       |
| Reuniões Familiares   | Quando Necessário entre Setembro e Dezembro/2019 | Sala de Reunião  |
| Café com Polêmica   | Mensalmente de Setembro a Dezembro/2019          | Sala de Reuniões   |
| Avaliação dos Resultados  | Janeiro 2020                                     | Auditório novo   |

## 8 ORÇAMENTO

| <b>Atividade</b>  | <b>Quantidade</b> | <b>Materiais</b>   | <b>Recursos Humanos</b>   | <b>Valor</b> |
|---|-------------------|--|---|--------------|
| Elaboração do Projeto   | 01                | -Folha A4<br>-Caneta<br>-Computador  | -Pesquisadora   | 0,50         |
| Apresentação do Projeto a Coordenação da Clínica Médica (CLM) e a Equipe de Cuidados Paliativos | 01                | -Computador<br>-Projektor Multi-Mídia<br>-Duas Cópias do Projeto impresso        | -Pesquisadora<br>-Coordenadora da CLM<br>-Equipe de Cuidados Paliativos   | 5,00         |
| Reuniões Semanais de Equipe/ Exposições Oraís   | 18                | -Sala de reuniões<br>-Computador<br>-Projektor multi Mídia                       | -Pesquisadora<br>-Equipe de Cuidados Paliativos<br>-Equipe Multi da CLM   | 0            |
| Dramatizações Realistas com Análise Reflexiva   | 9                 | -Sala de Reuniões<br>-Computador e projetor Multimídia<br>-Recursos audiovisuais | -Pesquisadora<br>-Equipe de Cuidados Paliativos<br>- Equipe Multi. da CLM | 0            |
| Discussões de Caso em Equipe  | Diárias           | -Diálogo   | -Equipe Paliativos<br>-Equipe CLM   | 0            |
| Reuniões Familiares   | Semanais          | -Diálogo<br>-Sala de Reuniões  | -Equipe de Paliativos<br>-Equipe CLM<br>-Familiares                       | 0            |
| Café com Polêmica   | 16                | -Auditório<br>-Café da manhã   | -Equipe de Cuidados Paliativos<br>-Equipe CLM                             | 300,00       |

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Decorridos quatro meses de instauração das atividades propostas será feita uma reavaliação do processo de trabalho com objetivo de analisar os impactos do projeto de intervenção e identificar se este cumpriu com seus objetivos.

Para avaliação dos resultados serão verificados os índices de eventos adversos através do sistema de notificação de eventos adversos, as notificações na ouvidoria, ruídos e falhas na comunicação, o volume de queixas e reclamações, a interação das equipes assim como a análise do desfecho dos casos.

Espera-se que através das atividades e discussões estabeleça-se um ambiente de ajuda mútua em que a equipe pense globalmente aproximando os sujeitos, afinando a comunicação, fortalecendo os vínculos, desenvolvendo o sentimento de pertença e fomentando a construção de um efetivo trabalho em equipe que impactará positivamente na assistência e na qualidade do cuidado.

## 10 REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. **Política**. São Paulo: Martin Claret, 2007.
- BELO HORIZONTE. Hospital. Sistema de Epidemiologia Médica (SISTEMA EPIMED). Belo Horizonte: Hospital, 2018.
- BORDENAVE, Juan E. Draz. **O que é Comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 1996. (Primeiros Passos, 67).
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.) **Manual de Cuidados Paliativos** ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.
- CHAVES, José Humberto Belmino et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-255, Set. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180600132011000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132011000300011&lng=en&nrm=iso) .Acesso em: 18 Nov. 2018.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.
- COMUNICAÇÃO. *In*: DICIONÁRIO ONLINE da língua portuguesa. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/comunicacao/>. Acesso em: 01 de dez de 2018.
- FELLIPELLI. **O Problema da Comunicação e Gestão de conflitos**. Disponível em: <https://www.fellipelli.com.br/2017/08/04/o-problema-da-comunicacao-e-gestao-de-conflitos/>. Acesso em: 01 de dez de 2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados Paliativos**. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos). Acesso em: 01 de dez. 2018.
- INSTITUTO PALIAR. **Cuidados Paliativos**. Disponível em: <https://www.paliar.com.br/cuidados-paliativos>. Acesso em 18 de nov. de 2018.
- RAMOS, Cesar Augusto. Aristóteles e o sentido político da comunidade ante o liberalismo. **Kriterion Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, v. 55, n. 129, p. 61-77, June 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-512X2014000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2014000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 Nov. 2019.
- SIGNIFICADO de Comunicação. *In*: SIGNIFICADOS. Disponível em: <https://www.significados.com.br/comunicacao/> Acesso em: 01 de dez. de 2018.

- SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al . Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 272-276, Set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de Out. 2019.
- SILVA, Ana Felisbela Melo da. **Promover a comunicação: projeto de intervenção**. 2012. Tese (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor). Escola Superior de Educação João De Deus, Lisboa 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/hm007137/Downloads/Ana\\_Silva\\_tese.pdf](file:///C:/Users/hm007137/Downloads/Ana_Silva_tese.pdf) . Acesso em: 13 de out. 2019.
- STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o Paciente: Teoria e ensino**. 2ed. São Paulo: Robe, 1993.
- TEIXEIRA, Jose A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. **Análise Psicológica**, Lisboa, vol. 22, nº 3, p. 615-620, set. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000300021](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021). Acesso em: 13 de out. de 2019.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. UFMG Virtual Moodle. **Módulo 7: Investigando questões de educação na área de saúde**. Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG: Belo Horizonte, 2018. Disponível em: [https://virtual.ufmg.br/20182/pluginfile.php/445438/mod\\_label/intro/CEFES%20-%20M%C3%93DULO%207.pdf](https://virtual.ufmg.br/20182/pluginfile.php/445438/mod_label/intro/CEFES%20-%20M%C3%93DULO%207.pdf). Acesso em: 12 de Out. de 2018.