

PRINCIPIOS BIOÉTICOS NO PROCESO DE COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cátia Sofia Alves Rodrigues

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Sofia Pinto Bernardino

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Resumo

Os cuidados paliativos (CP) surgem para responder a necessidades e problemas inerentes a doenças graves, progressivas, sem cura e limitativas, são cuidados essenciais para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar, reforçam a dignidade humana, sendo estes eficazes e centrados nas pessoas (Vargas, 2021).

Tendo como base reflexões, este estudo tem como objetivo identificar os elementos e as estratégias que facilitam garantia dos princípios bioéticos no processo de comunicação em cuidados Paliativos, a partir de publicações sobre a temática.

Uma das Orientações Estratégicas Gerais de acordo com o plano estratégico para o desenvolvimento dos CP 2021-2022 é a formação e capacitação dos profissionais de saúde, e um dos exemplos a constar nos programas formativos da formação continua é o treino de comunicação. A comunicação, mais do que uma ferramenta terapêutica, é uma atitude profissional, promotora e potenciadora da autonomia, do consentimento informado e da confiança mútua (Teixeira, 2004).

A mais evidente dificuldade enfrentada pelos profissionais relacionasse com a imprevisibilidade das consequências das decisões tomadas, vindo daí o comportamento de alguns de não realizar um correto processo de comunicação com os envolvidos, culminando em atitudes paternalistas que interferem no pleno exercício da autonomia do utente, apesar de toda a atenção com a vulnerabilidade do mesmo e o reconhecimento do prevalecer da honestidade. A comunicação do prognóstico e as discussões acerca do fim de vida devem ser realizadas consoante as preferências dos utentes. O treino e a formação relativamente às capacidades comunicacionais ainda são uma limitação na prática.

Palavras-chave: comunicação; cuidados paliativos; bioética; doença crónica

Introdução

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável atribuem especial relevo à consecução da cobertura universal de saúde, que significa garantir que todas as pessoas e comunidades possam usufruir dos serviços promotores de saúde, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo, em simultâneo, que o uso desses serviços não colocará o utente em dificuldades financeiras (WHO, 2020). A visão sobre Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas apresenta uma para o futuro, prevê que todas as pessoas terão acesso a serviços de saúde que sejam prestados de forma a dar resposta às suas preferências. Neste contexto, os Cuidados Paliativos (CP) surgem para responder às necessidades e problemas inerentes a doenças graves, progressivas, sem cura e limitativas, são cuidados essenciais para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar, reforçam a dignidade humana, sendo estes eficazes e centrados nas pessoas (Vargas, 2021). A filosofia dos Cuidados paliativos não é inovadora, surgiu no Reino Unido entre os anos 70 e 80 através de Cicely Saunders com a fundação do St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas até ao alívio da dor e do sofrimento psicológico. A OMS tem vindo ao longo dos anos a reformular o conceito de CP, surgiu pela primeira vez cuidados em 1990. Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos citando a definição segundo a OMS em 2002, os cuidados paliativos constituem uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos utentes que enfrentam problemas decorrentes de doenças graves e/ou incuráveis e das suas famílias, pela prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, à avaliação adequada e ao tratamento rigoroso dos problemas físicos, mas também dos psicossociais e espirituais (ANCP, 2006).

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), afirma que os cuidados paliativos são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar o sofrimento grave relacionado com a saúde, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global. Assim, quer a causa do sofrimento seja a doença cardiovascular, o cancro, a falência de órgãos importantes, a

tuberculose resistente aos medicamentos, as queimaduras graves, a doença crónica terminal, o trauma agudo, a prematuridade extrema no nascimento ou a fragilidade extrema da velhice, podem ser necessários cuidados paliativos e tem de estar disponível em todos os níveis de cuidados.

Doyle, Hanks e Cherney (2015) afirmam que as questões éticas da medicina paliativa assentam em quatro grupos: no cuidado e conforto; no consentimento e comunicação, nas necessidades e recursos; e por último, no respeito pela pessoa. Neste sentido, a comunicação é um dos pilares de sustentação da medicina paliativa. Corroborando com Teixeira (2004) a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. No processo de comunicação, podemos identificar uma tríade de intervenientes: profissionais de saúde, utente, família/cuidador informal. A comunicação adequada e a relação de ajuda têm como objetivo ajudar os intervenientes a seguir um caminho, mesmo em situação limite, como é o caso da morte eminente, ou mesmo preparação para o futuro, do utente e da família, permitindo encontrar um propósito de vida. Como afirma Nunes (2008) entende-se que, nos cuidados paliativos, há um novo valor para a vida, que nasce da ubiquidade da morte, sendo, este valor que faz com que os gestos terapêuticos e de conforto adquiram significado próprio e se revalorize o tempo de vida.

Porém, no processo comunicacional entre os profissionais de saúde e os utentes podem constatar-se “agendas” distintas (Teixeira, 2004), que interferem neste processo, e quando analisadas, compreende-se o porquê de existirem dificuldades, insatisfação, conflitos e até mesmo reclamações. Entenda-se por agendas, prioridades diárias para satisfazer as necessidades dos utentes, referentes ao seu bem-estar psicológico, medos ansiedades relativos à saúde, doença e tratamentos. Devem ser elaborados planos de intervenção centrados na pessoa, como estratégia para atingir os objetivos do utente, e estes devem ser uma das prioridades de CP. Quando não existem resposta a estas necessidades dos utentes e suas famílias, constata-se insatisfação relativamente ao comportamento dos profissionais e conseqüentemente uma avaliação negativa referente aos cuidados prestados (Teixeira, 2004).

No quadro 1 podemos ver as agendas de questões do utente comparativamente com as dos profissionais de saúde. Por isso como se pode constatar, as questões são diferentes,

e até os polos são opostos, o que reforça a necessidade e importância de uma comunicação terapêutica.

Quadro 1

Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde -utentes

Utente	Profissional de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Porquê eu? • Porquê agora? • Qual a causa disto? • O que é que me pode acontecer? • O que é os técnicos vão fazer comigo? • O que é que isto significa para a minha vida, família e trabalho? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os sintomas? • Que doença é esta? • O que mostra o exame clínico? Qual é o diagnóstico? • Que exames é necessário fazer? • Que medidas terapêuticas são necessárias? • Que medidas de reabilitação são necessárias?

Fonte: Teixeira (2004)

Neste âmbito, urge a necessidade de esclarecer conceitos como competência comunicacional em CP, comunicação terapêutica e relação terapêutica.

A comunicação eficaz em CP é um processo intencional entre o profissional de saúde e o utente com o intuito de se construir uma relação com fins terapêuticos (Pontes, Leitão & Ramos., 2008). Por sua vez, a comunicação terapêutica consiste na utilização de várias intervenções realizadas/utilizadas pelos profissionais de saúde, da forma autónoma ou complementar e que tem um potencial terapêutico no processo de recuperação dos utentes, porque é intencional, tem em conta a realidade específica de cada pessoa, permite identificar as reais necessidades, potencia e promove sentimentos de confiança, tem valor terapêutico porque tranquiliza aumenta a eficácia de outra intervenção (Sequeira, 2013). E, relação terapêutica é um processo intencional entre o profissional de saúde e o utente com o intuito de se construir uma relação com fins terapêuticos, é uma ferramenta centrada nas relações interpessoais, que potencializa o crescimento e desenvolvimento, dos intervenientes, num processo dinâmico (Teixeira, 2004).

Compreende-se a relevância de ter uma relação terapêutica baseada na verdade e no respeito pela vontade do utente, tendo sempre em conta a pessoa como um ser bio-psico-social cultural e espiritual, na elaboração de planos de cuidados personalizados respeitando sempre os objetivos do utente, garantindo o princípio da autonomia. E assim ganham importância os princípios fundamentais da bioética, designadamente:

- Princípio da Autonomia – independência, liberdade de decisão (a condição para exercer autonomia é a liberdade), o respeito do princípio da autonomia preconiza o respeito

pelas escolhas e decisões das pessoas e neste caso o utente tem o poder da liberdade de decisão, e ao respeito pela sua decisão. A atitude paternalista tradicional da medicina não é uma prática dos cuidados paliativos (Nunes, 2008). A título exemplar, mesmo quando os utentes estão internados, procura-se, dentro do possível, respeitar os seus horários e hábitos. Contudo, é de considerar que a autonomia é um direito de todos os intervenientes. Também os profissionais de saúde são agentes autónomos que não têm de aceitar automaticamente tudo o que o utente possa requerer; (esta questão prende-se também com o problema da eutanásia.) Portanto, a relação entre os profissionais e os utentes deve ser a de seres autónomos que se respeitam mutuamente (Ferraz, 2018).

- O princípio da beneficência, segundo o qual as ações médicas devem ter como intenção beneficiar o utente, é sem dúvida inerente aos CP, mas em medicina, com a intenção de fazer o bem podem causar-se grandes males e assim sendo em CP acaba por prevalecer o princípio da não maleficência (Ferraz, 2018). Em CP, o respeito pelos desejos, preferências e convicções dos utentes é um princípio fundamental – daí a importância do princípio do respeito pela autonomia.

- Princípio da justiça É antes de tudo, um princípio social e não individual. Só pode ser aplicado, se houver diversas pessoas que se interessem por uma ação (Ferraz, 2018). O princípio da justiça salienta que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças (Nunes, 2008).

- Princípio da vulnerabilidade - O conceito de vulnerabilidade liga-se à possibilidade de ser ferido, de se encontrar diminuído, fragilizado, de ter a autonomia reduzida e de precisar ser protegido e suportado em suas decisões (Nunes, 2008).

Perante o exposto, determinamos como objetivo principal, para a análise reflexiva, identificar os elementos e as estratégias que facilitam a garantia dos princípios bioéticos no processo de comunicação em CP.

Métodos

Tendo como base reflexões, para identificar os elementos e as estratégias que facilitam a garantia dos princípios bioéticos no processo de comunicação em cuidados Paliativos, a partir de publicações sobre a temática. Análise reflexiva, através da técnica Rapid Review apresentada pelo Cochrane em 2020 (Garritty, et al., 2021, p.1) como “uma

forma de síntese de conhecimento que acelera o processo de condução de uma revisão sistemática tradicional por meio da simplificação ou omissão de métodos específicos para produzir evidências”

Resultados

Os estudos foram identificados pela pesquisa realizada no dia 10 de setembro de 2023 nas bases PubMed, EBSCO (Medline Complete, Cochrane Library Plus e CINAHL Plus With Full Text), e literatura cinzenta RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), utilizando a combinação de vários termos MeSH (Medical Subject Headings). Apesar de não ser uma revisão da literatura com mapeamento de conhecimento propriamente dito, optamos por sistematizar os resultados obtidos segundo esquema apresentado, como se pode verificar na tabela 1

Tabela 1.

Resultados da pesquisa em base de dados

Base de dados	PubMed	EBSCO			RCAAP
		MEDLINE complete	COCHRANE Library Plus	CINAHL Plus with full Text	
Resultados de pesquisa	#1 - 233	#1 - 43	#1 - 5293	#1 - 11	#1 - 20
	#2 - 8	#2 - 2	#2 - 685	#2 - 1	#2 - 0
			#3 - 93		
Termos de pesquisa	#1 - BIOETHICAL PRINCIPLES PALLIATIVE CARE				
	#2 – BIOETHICAL PRINCIPLES IN THE COMMUNICATION PROCESS IN PALLIATIVE CARE				
	#3 - ADULT				

Fonte: Pesquisa realizada no dia 10 de setembro de 2023

Após a pesquisa realizada nas referidas bases de dados, foram obtidos inicialmente 104 artigos, sendo posteriormente eliminados 20 artigos por se encontrarem duplicados. Foram analisados 84 artigos, destes foram excluídos 56 por não cumprirem os critérios de inclusão e 18 por inaccessão ao artigo na íntegra, pelo que foram analisados de forma integral 9 artigos. No final, foram incluídos 10 artigos na análise reflexiva. Os estudos enquadram-se numa linha temporal entre ano de 2004 e ano de 2022.

No que concerne aos objetivos dos 10 estudos analisados, encontra-se descrito em síntese, na tabela 2.

Tabela 2.

Objetivos dos artigos incluídos nos estudos

Autor/Ano/País	Título	Principais Resultados
E1 Fallowfield & Jenkins 2004 Inglaterra	Comunicar notícias tristes, ruins e difíceis na medicina	A dificuldade da maioria dos clínicos é atingir o equilíbrio entre ser honesto e, simultaneamente, encorajar, dar esperança e apoiar.
E2 Hancock, Clayton, Parker, Walter, Butow, Carrick, Currow, Ghersi, Glare, Hagerty e Tattersall 2007 Austrália	Perceções discrepantes sobre a comunicação no fim da vida: uma revisão sistemática	É frequente os clínicos interpretarem o facto de os doentes não solicitarem informação como não estando interessados em conhecê-la. Da mesma forma, assumem que a informação que os doentes desconhecem não os pode prejudicar e esta atitude paternalista continua muito presente, apesar das iniciativas para aumentar a autonomia e o envolvimento dos doentes Evidenciou-se que uma das razões para a não divulgação do prognóstico é a de interferir com o estabelecimento da confiança. No entanto, a confiança implica que os profissionais irão contar a verdade acerca do prognóstico, para que os doentes possam tomar decisões informadas. As tentativas do médico em ocultar a verdade aos doentes, em vez de o protegerem, podem prejudicá-lo ainda mais. Na ausência de informação prognóstica, os doentes podem envolver-se em tratamentos que não são eficazes e potencialmente prejudiciais, podendo acabar por morrer de uma forma que não desejam. Assim, a honestidade com os doentes deve prevalecer, em detrimento de uma atitude de evicção, albergando desta forma a esperança.
E3 Lucília Nunes 2008 Portugal	Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo	Uma das questões éticas da medicina paliativa é o consentimento e comunicação, sendo que essa relação assenta sobre a verdade, de acordo com as capacidades individuais e sem causar dano; nas necessidades e recursos para proporcionar a satisfação das necessidades na vida e na morte, já que se entende que, nos cuidados paliativos, há um novo valor para a vida, que nasce da onipresença da morte...Grosso modo, quer dizer que pode ser difícil entender a "trapalhada" científica das áreas diagnóstica e terapêutica. Refere-se também aos casos em que existem problemas de clareza nas mensagens, às quais tendem a produzir confusão e, portanto, não conferem segurança. ... o respeito pela pessoa elimina uma relação autoritária e humaniza os cuidados. Nesta área, assumem particular dimensão os aspetos relacionados com uma sequência que nos parece clara: é o respeito pela autonomia da pessoa que pressupõe o consentimento livre e esclarecido, cujo nome já explicita o necessário conhecimento do doente em relação à sua situação. A dita informação permite deliberar e decidir autonomamente e é necessária, inclusive, ao doente terminal, que tem direito a viver o fim de sua vida.
E4 Innes & Payne 2009 EUA	Preferências de informação prognóstica de pacientes com cancro avançado: uma revisão.	O paternalismo tem vindo a ser substituído por uma enfatização da autonomia do doente e também por uma maior consideração pelo impacto psicológico da doença. Os médicos são encorajados a serem honestos e abertos relativamente ao diagnóstico e opções de tratamento. Contudo, identificou-se que existe uma preferência universal pela honestidade dos profissionais e que, para além da honestidade, 91% pretendem que seja otimista.
E5 Slort, Schweitzer, Blankenstein, Abarshi, Riphagen, Ehteld, Aaronson, Van der Horst & Deliens 2011 Holanda	Facilitadores e barreiras para a comunicação-paciente em cuidados paliativos: um estudo qualitativo entre pacientes e consultores em fim de vida	<ul style="list-style-type: none"> Falta de tempo do médico ambivalência / falta de abertura para discutir diagnóstico e prognóstico (de ambas as partes: médico e utente) falta de honestidade do médico relativamente a estes mesmos temas
E6 Araújo & Silva 2012 Brasil	Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos	Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos profissionais de saúde. Embora os profissionais tenham atribuído alto grau de relevância para a comunicação em cuidados paliativos, evidenciaram escasso conhecimento de estratégias de comunicação. Faz-se necessária a capacitação dos profissionais no que tange à comunicação em cuidados paliativos.
E7 Gramling, Nuhoglu & Wood 2013 Turquia	Um estudo descritivo dos fatores associados às políticas da função de auditoria interna que têm	Relativamente ao conteúdo da conversa, num estudo sobre a comunicação do prognóstico observou-se que a quantidade e características da informação prognóstica diferiam conforme a participação do doente/ família na conversa. No entanto, neste

		impacto: comparações entre organizações em uma economia desenvolvida e em uma economia emergente	momento particularmente vulnerável é precisamente quando as famílias reportam uma evicção da comunicação, especialmente no que diz respeito às expectativas.
E8	Rodrigues, Magnos, Covas, Silva e Castro, Chaga. 2021 Portugal	“Quando ninguém se entende”: conflitos bioéticos num caso real de fim de vida	A começar pelas conceções de dignidade, assim como suas possíveis fragilidades, perpassando aspetos mais técnicos como a adequação de esforço terapêutico e proporcionalidade de intervenções, contemplando os conceitos de obstinação e futilidade terapêutica, explorando a dimensão da autonomia (inclusive alguns de seus aspetos legais) e encerrando no campo da justiça e equidade, faz-se clara a complexidade que o processo de tomada de decisões ganha quando o aspeto humano e multifacetado da pessoa que sofre, o utente (e família), é posto em causa.
E9	Zanlorenzi, Utida, Perini 2022 Brasil	Aspetos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida: uma revisão integrativa*	Estabelecimento do cerco do silêncio durante o processo de cuidado. *19 dos 24 estudos abordaram essa circunstância (80%). Dos quais 58,3% - Deficiência do desenvolvimento de habilidades de comunicação durante a formação acadêmica dos profissionais da saúde. Desrespeito à autonomia do paciente no processo de cuidado. *18 dos 24 estudos abordaram essa circunstância (75%). Da análise temática, surgiram duas categorias que compreendem os aspetos bioéticos: “(não) morrer com dignidade” e “obstinação” e futilidade terapêuticas”. Foram identificadas seis circunstâncias relacionadas com esses aspetos bioéticos e 15 fatores desencadeantes. Os aspetos foram associados principalmente à não aceitação da morte, às falhas na formação acadêmica dos profissionais de saúde e ao insuficiente conhecimento sobre os conceitos e práticas em cuidados paliativos. Portanto, integrar o ensino da bioética na formação e na prática profissionais se torna fundamental para o cuidado dos pacientes no final da vida.
E10	Pinto, Novais, Carvalhais, Gomes & Soares 2022 Portugal	Fatores que influenciam a satisfação dos clientes e família com os cuidados paliativos: scoping review	A integração em programas estruturados de cuidados paliativos centrados na gestão de sinais e sintomas e comunicação são determinantes na melhoria da satisfação com os cuidados paliativos e é referido na literatura como tendo um impacte positivo, não só na satisfação com os cuidados, mas também na qualidade de vida e no luto. Os fatores que influenciam a avaliação da satisfação podem ser agrupados em cinco temas: Disponibilidade dos Cuidados, Cuidados Físicos, Cuidados Psicossociais, Comunicação da Informação e Cuidados ao Doente em Morte Iminente

Após análise dos artigos, constatamos que há barreiras em CP que condicionam o processo de comunicação com o utente e família, com comprometimento do cumprimento dos princípios bioéticos. Assim sendo, optamos por apresentar em tabela os resultados dos estudos que evidenciam o seu comprometimento de acordo com os princípios bioéticos analisado, como podemos observar na tabela 3.

Consideramos a falta de tempo e a evicção dos profissionais de saúde em comunicar com o utente e família como meios de violação dos princípios bioéticos, como afirmam no E5 e E6, bem como o estabelecimento do cerco do silêncio (E9).

Tabela 3.

Evidência dos estudos no comprometimento de acordo com os princípios bioéticos

<i>Princípios Bioéticos</i>	<i>Evidência dos estudos</i>
<i>Autonomia</i>	<p>E1 – dificuldade no equilíbrio entre ser honesto versus encorajar, apoiar e dar esperança</p> <p>E2 - Da mesma forma, assumem que a informação que os doentes desconhecem não os pode prejudicar e esta atitude paternalista continua muito presente, apesar das iniciativas para aumentar a autonomia e o envolvimento dos doentes</p> <p>E3 - os aspetos relacionados com uma sequência que nos parece clara: é o respeito pela autonomia da pessoa que pressupõe o consentimento livre e esclarecido, cujo nome já explicita o necessário conhecimento do doente em relação à sua situação</p> <p>E4 - Os médicos são encorajados a serem honestos e abertos relativamente ao diagnóstico e opções de tratamento.</p> <p>E5 – falta de tempo pelos profissionais de saúde, falta de abertura para discutir diagnóstico e prognóstico (de ambas as partes: médico e utente) e falta de honestidade do médico relativamente a estes mesmos temas</p> <p>E6 - Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>E9 - Estabelecimento do cerco do silêncio durante o processo de cuidado, com desrespeito à autonomia do paciente no processo de cuidado</p>
<i>Beneficência e Não-maleficência</i>	<p>E2 - Na ausência de informação prognóstica, os doentes podem envolver-se em tratamentos que não são eficazes e potencialmente prejudiciais, podendo acabar por morrer de uma forma que não desejam</p> <p>E5 – falta de tempo pelos profissionais de saúde,</p> <p>E6 - Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>E8 - adequação de esforço terapêutico e proporcionalidade de intervenções, contemplando os conceitos de obstinação e futilidade terapêutica, explorando a dimensão da autonomia</p> <p>E9 - Estabelecimento do cerco do silêncio durante o processo de cuidado,</p>
<i>Justiça</i>	<p>E5 – falta de tempo pelos profissionais de saúde,</p> <p>E6 - Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>E9 - Estabelecimento do cerco do silêncio durante o processo de cuidado,</p>
<i>Vulnerabilidade</i>	<p>E5 – falta de tempo pelos profissionais de saúde,</p> <p>E6 - Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>E7 - a comunicação do prognóstico observou-se que a quantidade e características da informação prognóstica diferiam conforme a participação do doente/ família na conversa</p> <p>E9 - Estabelecimento do cerco do silêncio durante o processo de cuidado,</p>
<i>Equidade</i>	<p>E5 – falta de tempo pelos profissionais de saúde,</p> <p>E6 - Tudo isto traduz-se frequentemente num comportamento de evicção por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>E9 - Estabelecimento do cerco do silêncio durante o processo de cuidado,</p>

Discussão

As reflexões enumeradas pelos princípios bioéticos auxiliam-nos a fundamentar o ato profissional, de forma a considerar as agendas do utente, de seus familiares e/ou pessoas próximas e o nosso enquanto equipa assistencial. Como resultado, é suposto o abandono de certezas dogmáticas e simplistas, o abrandamento das incertezas inerentes ao processo e a eleição de uma melhor resposta possível: individualizada para aquele utente, por aquela equipa, naquele contexto (Rodrigues, 2021). Numa revisão sistemática sobre a discrepância entre as perceções do utente e do médico acerca da comunicação no fim de vida, foi comum os utentes terem a perceção da tendência de os médicos dar informação apenas quando o utente a solicita (Hancock et al., 2007).

Uma das Orientações Estratégicas Gerais de acordo com o plano estratégico para o desenvolvimento dos CP 2021-2022 é a formação e capacitação dos profissionais de saúde, e um dos exemplos a constar nos programas formativos da formação continua é o treino de comunicação. A comunicação, mais do que uma ferramenta terapêutica, é uma atitude profissional, promotora e potenciadora da autonomia, do consentimento informado e da confiança mútua (Teixeira, 2004).

Neste sentido as estratégias que facilitam garantia dos princípios bioéticos são: a verdade, o respeito, a empatia, escuta ativa, conferencias familiares, abolição de conspiração do silêncio.

A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional permite ao profissional e às equipas de saúde compreender as necessidades do utente, frequentemente vulnerabilizado pela doença e suas limitações. Como afirmam Pinto et al. (2022) a integração em programas estruturados de cuidados paliativos centrados na gestão de sinais e sintomas e comunicação são determinantes na melhoria da satisfação com os cuidados paliativos e é referido na literatura como tendo um impacto positivo, não só na satisfação com os cuidados, mas também na qualidade de vida e no luto, e só assim se consegue estabelecer uma relação terapêutica.

Outra estratégia, é a Honestidade, tendo sido referida em todos os artigos analisados como preponderante em medicina Paliativa. Uma evidente dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde está relacionada com a imprevisibilidade das consequências das decisões tomadas, vindo daí o comportamento de não realizarem um correto processo de comunicação com os envolvidos, culminando em atitudes paternalistas que interferem no pleno exercício da autonomia do utente, apesar de toda a atenção com a vulnerabilidade do mesmo e o reconhecimento do dever prevalecer a honestidade.

A comunicação do prognóstico e as discussões acerca do fim de vida devem ser realizadas consoante as preferências dos utentes, devendo ser uma comunicação efetiva com as famílias, envolvendo o utente neste processo. As conferências familiares são reconhecidas como uma parte fundamental do trabalho com as famílias no contexto dos CP. É considerada uma ferramenta de intervenção de comunicação efetiva adaptada às necessidades do utente e família, podendo facilitar a aceitação de um plano de cuidados e melhorar a adaptação à complexidade da doença.

O treino e a formação relativamente às capacidades comunicacionais ainda são uma limitação na prática, impera a necessidade de boa literacia de cuidados paliativos, seja nos profissionais seja nos utentes. Segundo Pinto et al. (2022) a integração em programas estruturados de cuidados paliativos centrados na gestão de sinais e sintomas e comunicação são determinantes na melhoria da satisfação com os cuidados paliativos e é referido na literatura como tendo um impacto positivo, pelo que se torna imperativo haver formação dos profissionais de saúde que exercem medicina Paliativa.

Conclusão

Os resultados desta análise reflexiva sugerem que, para comunicar de forma eficaz, os profissionais de saúde devem estar atentos à forma como comunicam com os seus utentes em cuidados paliativos, implica dedicação de tempo, ouvir atentamente, estar disposto a falar sobre qualquer assunto, e até mesmo refletir sobre as suas próprias barreiras pessoais. E incluir na conversa diversas questões do fim da vida (sintomas, medos, desejos e expectativas, assuntos inacabados e preferências no fim da vida).

A evolução técnico-científica das últimas décadas traduz-se no alargamento da expectativa de vida, na diminuição da taxa de mortalidade por doenças infecciosas, dando lugar ao aumento da mortalidade devido às doenças crónico-degenerativas. A inovação aliada ao uso de tecnologias altamente sofisticadas, privilegia o objetivo final da cura, e a morte passa a ser considerada um fracasso, um resultado inaceitável. Porém a morte continua sendo um desfecho inevitável. Quando a pessoa, deixa de ser o protagonista da sua história, compromete princípios da bioética, sendo esta um ramo do conhecimento, cujo principal objetivo é identificar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, garantindo o reconhecimento pela dignidade da Pessoa Humana.

Limitações

Consideramos como limitação do estudo a metodologia usada, considerando que a análise reflexiva dos artigos pode ficar aquém para dar resposta a um objetivo de estudo tão amplo como identificar os elementos e as estratégias que facilitam a garantia dos princípios bioéticos no processo de comunicação em CP.

Sugestões de melhoria

Perante as estratégias identificadas, são necessários estudos que permitam aumentar a generalização dos resultados, de modo a contribuir para o desenvolvimento de programas de formação para profissionais de saúde serem comunicadores eficazes e, em última análise, melhorar a qualidade dos cuidados paliativos e a qualidade de vida dos utentes.

Referências Bibliográficas

- Araújo M.M.T., Silva M.J.P. (2012) Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(3), 626-32.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de serviços de cuidados paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos*.
http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. 2021-2022*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em:
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf
- Doyle D, Hanks G, Cherney N. (2015). *Oxford textor of palliative medicine*. 5 edição: Oxford University Press.
- Fallowfield L, Jenkins V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405),312-319. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.07.003>
- Ferraz, A. (2018, Abril 2). *Cuidados paliativos e os princípios da bioética*.
<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180402195702.pdf>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-streit, B., King, V., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13 – 22.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Gramling, A. A., Nuhoglu, N. I., & Wood, D. A. (2013). A Descriptive Study of Factors Associated with the Internal Audit Function Policies Having an Impact:

- Comparisons Between Organizations in a Developed and an Emerging Economy. *Turkish Studies*, 14(3), 581–606. <https://doi.org/10.1080/14683849.2013.833019>
- Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Walter S, Butow PN, Carrick S, Currow D, Gherzi D, Glare P, Hagerty R & Tattersall MHN (2007). Discrepant perceptions about end-of-life communication: a systematic review. *J Pain Symptom Management*, 34(2): 190-200. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.11.009
- Innes S., Payne S. (2009) Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliative Medicine*, 23(1):29-39. <https://doi:10.1177/0269216308098799>
- Neto, I.G. (2004). Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In Neto, I.G.; Aitken, H.H. & Paldron, T.A. *A dignidade e o sentido da vida – Uma reflexão sobre a nossa existência* (13-40). Pergaminho.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41 – 50. <http://hdl.handle.net/10400.26/4017>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_Regulamento CEESituacaoCronicaPaliativa.pdf
- Pinto, I., Novais, S., Carvalhais, M., Gomes, S., & Soares, C. (2022). Fatores que influenciam a satisfação com os cuidados paliativos: Scoping review. *Millenium*, 2(17), 41-51. <https://doi.org/10.29352/mill0217.25317>
- Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. (2008). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *REV Bras Enferm*, 61(3), 312-8. <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>
- Rodrigues, R., Magnos, M., Covas, S., Silva e Castro, V., Chaga, V. (2021). “Quando ninguém se entende”: Conflitos bioéticos num caso real de fim de vida. *Cadernos de Saúde*, 13(1), 4-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9564>
- Sequeira, C. (2013). Editorial: Prioridades de investigação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, 5-7.

- Shaw, G.B. (2002) The doctor's dilemma. [Online]. [Posted on 2002 Apr 14]. 1906. [Acessado em 10 de setembro de 2023]. Disponível em: URL: <https://www.gutenberg.org/cache/epub/5070/pg5070-images.html>
- Slort, W., Schweitzer, B. P. M., Blankenstein, A. H., Abarshi, E. A., Riphagen, I. I., Echteld, M. A., Aaronson, N. K., Van der Horst, H., & Deliens, L. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 25(6), 613–629. <https://doi.org/10.1177/0269216310395987>
- Teixeira, J.A. (2004). Comunicação em Saúde: Relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615 -620. <http://hdl.handle.net/10400.12/229>
- Vargas, M.J.P. (2021). *O impacto da pandemia por COVID19 na comunicação nos Cuidados Paliativos* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=522001
- World health organization WHO, (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. ISBN: 978-92-4-000570-9
- World health organization WHO (2020). Palliative Care Definition (cancer), accessed from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Zanlorenzi, A., Utida A., & Perini C. (2023). Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida: uma revisão integrativa. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 23(1), 27-43. <https://doi.org/10.18359/rlbi5590>

“Toda profissão é uma conspiração contra os leigos.”

Frase de Bernard Shaw (1906)

“Os autores declaram que não há conflito de interesse.”