

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
CAMPOS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA

JULIANA DE ALMEIDA SILVA

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO
HOSPITALAR FRENTE A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS

VITÓRIA DA CONQUISTA

2021

JULIANA DE ALMEIDA SILVA

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO
HOSPITALAR FRENTE A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multidisciplinar em Urgência da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de especialista em Urgência.

Orientadora: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco.

VITÓRIA DA CONQUISTA- BA
2021
JULIANA DE ALMEIDA SILVA

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO
HOSPITALAR FRENTE A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da
Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de especialista em Urgência.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^ª. Dra. Andrea Batista de Andrade Castelo Branco
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Paulo Coelho Castelo Branco
Universidade Federal do Ceará - UFC

Ma. Mariá Lanzotti Sampaio

RESUMO

O diagnóstico de câncer com prognóstico reservado demanda uma abordagem paliativa no cuidado que inclua também aspectos psicológicos e sociais. Esse estudo tem como analisar a atuação do psicólogo, a fim de elaborar um instrumento que subsidie o desenvolvimento de práticas psicológicas direcionadas aos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos e aos seus familiares no contexto hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir da pesquisa-ação e das seguintes técnicas de coleta de dados: entrevistas semiestruturadas com profissionais de psicologia hospitalar e observação participante com os pacientes. Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. O processo de revisão, categorização e observação proporcionou a construção de um protocolo direcionado ao atendimento psicológico de pacientes oncológicos que estão em Cuidados Paliativos e de sua família. Os resultados mostram a relevância da psicologia hospitalar nos cuidados a esses indivíduos e a importância da utilização de ferramentas que possam auxiliar a avaliação e o manejo dos aspectos psicológicos nesses casos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Psico-oncologia; Psicologia hospitalar; Protocolo

ABSTRACT

The diagnosis of cancer with a reserved prognosis requires a palliative approach to care that also includes psychological and social aspects. This study aims to analyze the psychologist's performance, in order to develop an instrument that supports the development of psychological practices aimed at oncology patients in Palliative Care and their families in the hospital context. This is a qualitative research, based on action research and the following data collection techniques: semi-structured interviews with hospital psychology professionals and participant observation with patients. For data analysis, the Content Analysis proposed by Bardin was used. The review, categorization and observation process provided the construction of a protocol aimed at the psychological care of cancer patients who are in Palliative Care and their family. The results show the relevance of hospital psychology in caring for these individuals and the importance of using tools that can assist in the assessment and management of psychological aspects in these cases.

Keywords: Palliative Care; Psycho-oncology; Hospital psychology; Protocol

LISTA DE SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CFM – Conselho Federal de Medicina

COTEFAVE- Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança

CP – Cuidados Paliativos

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

E – Entrevista

EPP - Escala de Performance Paliativa

ESF – Equipes de Saúde da Família

HGVC – Hospital Geral de Vitória da Conquista

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleos de Apoio de Saúde da Família

NEP – Núcleo de Educação Permanente

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Paciente

PRMU – Programa de Residência Multiprofissional

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS- Sistema Único do SUS

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA- Universidade Federal da Bahia

UNIMEC - Unidade Médico Cirúrgica Ltda.

USF – Unidade de Saúde da Família

WPCA – World Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2. OBJETIVOS..... | 10 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 10 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 10 |
| 3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL..... | 10 |
| 3.1 Cuidados Paliativos..... | 10 |
| 3.2 Psico-oncologia..... | 13 |
| 3.3 Aspectos psicológicos de pacientes com câncer em Cuidados Paliativos..... | 14 |
| 3.4 Assistência psicológica a pacientes com câncer em Cuidados Paliativos..... | 16 |
| 4. METODOLOGIA..... | 18 |
| 4.1 Método..... | 18 |
| 4.2 Local..... | 19 |
| 4.3 Participantes..... | 20 |
| 4.4 Técnica de coleta de dados..... | 20 |
| 4.5 Análise de dados..... | 21 |
| 4.6 Procedimentos..... | 22 |
| 5. ASPECTOS ÉTICOS..... | 22 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 23 |
| 6.1 Categorização das entrevistas..... | 23 |
| 6.2 Análise geral da observação participante..... | 64 |
| 6.3 Apresentação do protocolo..... | 68 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 79 |
| REFERÊNCIAS..... | 80 |

| | |
|---|-----------|
| APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com profissionais psicólogos..... | 89 |
| APÊNDICE B – Roteiro de Campo..... | 90 |
| ANEXO A | 93 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 93 |
| ANEXO B | 96 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 96 |
| ANEXO C..... | 99 |
| PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA..... | 99 |

1. INTRODUÇÃO

O câncer é a denominação utilizada para definir um conjunto de patologias que tem como principal característica o crescimento celular anormal e excessivo, que comumente de forma acelerada. As enfermidades oncológicas têm uma etiologia multifatorial que envolve aspectos internos e/ou externos. De modo geral, as causas internas da patologia dizem respeito à predisposição genética, e os fatores externos aos hábitos e à exposição do indivíduo a elementos ambientais de risco (CARVALHO, 2002).

Autores como Le Shan (1992), Simonton e Creighton (1987) estudaram de forma pioneira a possível contribuição de aspectos emocionais e psicológicos no desenvolvimento do câncer e analisaram a influência da alteração de estados afetivos e de humor na modificação hormonal e o impacto no sistema imunológico, apontando para um enfraquecimento desse sistema e o favorecimento da formação de tumores malignos. Além disso, descreveram como o diagnóstico de câncer e seus consequentes tratamentos podem gerar impactos psicossociais e emocionais importantes ao paciente e seus familiares (CARVALHO, 2002).

Diante desse contexto, a Psico-oncologia integra a área da Psicologia da saúde, constituindo-se como um relevante campo de conhecimentos teóricos e técnicos na interface entre Psicologia e Oncologia, o qual é desenvolvido a partir de uma prática interdisciplinar e tem como objetivo estudar o impacto de fatores psíquicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer, dos seus familiares e da equipe de saúde responsável pelo cuidado (COSTA JUNIOR, 2001). As intervenções em Psico-oncologia objetivam prestar ao paciente e a seus familiares o suporte psicossocial e psicoterapêutico, facilitar um espaço seguro para a expressão de sentimentos e emoções, mobilizando recursos para o enfrentamento da doença e construindo estratégias para a diminuição dos níveis de ansiedade, do estresse e da depressão, além de propiciar um campo favorável à busca de novos significados de vida e de priorizar a qualidade de vida de uma forma mais abrangente (SILVA; BOAVENTURA, 2011).

Essas intervenções devem sempre contextualizar a doença, considerando as especificidades de cada tipo de câncer, o desenvolvimento da sintomatologia e resposta ao tratamento que é singular ao indivíduo, bem como a percepção e experiência subjetiva do adoecimento. O acompanhamento psicológico ao paciente com câncer é

realizado desde o momento do diagnóstico, seguindo a sua trajetória na vivência dos tratamentos, na reabilitação e nos cuidados paliativos (SILVA; BOAVENTURA, 2011).

Os Cuidados Paliativos foram criados visando à humanização do atendimento multiprofissional aos pacientes com patologias sem possibilidade terapêutica de tratamento e cura, sendo definido como uma abordagem de cuidado que objetiva promover maior qualidade de vida e de morte aos pacientes com doenças graves e/ou sem possibilidade de cura, através da prevenção e do alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual, tendo também a perspectiva de respeito à autonomia do sujeito como um fator importante para a garantia de um processo de terminalidade e morte com dignidade e protagonismo. (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ACNP], 2012).

O prognóstico de câncer em que não há possibilidade de tratamento curativo pode gerar impactos significativos na vida e nas condições emocionais do paciente, de seus familiares e da equipe multidisciplinar. Dessa forma, a atuação de profissionais da Psicologia torna-se fundamental para facilitar a construção do vínculo positivo entre a tríade paciente-família-equipe, uma comunicação efetiva e clara, a aceitação do processo de morte e a elaboração do luto antecipatório (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014). Além disso, o suporte psicológico pode proporcionar um espaço de resolução de conflitos e de questões pendentes, de resgate e construção de sentidos e significados da vida e das relações interpessoais, bem como facilitar a ampliação da auto-percepção, a elaboração de perdas simbólicas e concretas, a reorganização da vida, da dinâmica e dos papéis familiares (FRANCO, 2009).

Nesse sentido, este estudo trouxe como pergunta-problema o seguinte questionamento: Como um protocolo pode auxiliar a atuação do psicólogo hospitalar no trabalho com pacientes oncológicos em cuidados paliativos? Partiu-se do entendimento que o psicólogo tem um papel fundamental na equipe multiprofissional, considerando o potencial de promover intervenções que impactam na melhor resolutividade do cuidado ao paciente e seus familiares, favorecendo um processo de morte e morrer mais digno.

Esta pesquisa justificou-se institucionalmente por colaborar para a compreensão das intervenções psicológicas desenvolvidas com pacientes oncológicos e seus familiares, trazendo contribuições diretas à qualificação do cuidado prestado em um Hospital Geral, onde a pesquisa se desenvolveu. O estudo potencializou a reflexão e a melhoria das ações desenvolvidas por meio da construção de um protocolo que possibilitou maior direcionamento teórico e prático à atuação do psicólogo com esse público. Além disso, o estudo corroborou com as discussões científicas sobre o

atendimento ofertado aos pacientes com câncer que estão em cuidados paliativos no contexto hospitalar, visto que esse é um tema atual de grande importância que demanda aprofundamento e instrumentalização do profissional Psicólogo.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

- Elaborar um protocolo de atendimento psicológico para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os aspectos emocionais dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos.
- Descrever intervenções e estratégias dos psicólogos que atuam frente a esses pacientes e seus familiares.
- Analisar a inserção do psicólogo na equipe multiprofissional nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos.

2. MARCO TEÓRICO

3.1 Cuidados Paliativos

Os avanços tecnológicos e científicos na Medicina desde meados do século XX implicam em uma progressiva redução da taxa de mortalidade no mundo e a inversão da pirâmide populacional, isto é, pessoas entre 80 e 89 anos configuram-se como o subgrupo de maior crescimento (GOMES; OTHERO). O envelhecimento populacional acaba por acarretar diversas doenças crônicas e crônico-degenerativas, as quais têm implicado na transformação da assistência e na ampliação do que se entende por cuidado no campo da saúde. De acordo com dados fornecidos pela Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA, 2014) em 2011 mais de 29 milhões de pessoas foram a óbito devido a patologias que demandavam cuidados paliativos e estima-se que cerca de 20,4 milhões de indivíduos precisam desse tipo de assistência no final da vida, no entanto, apenas 8% desses sujeitos têm a garantia de acesso à palição (ROSA; RODRIGES, 2018).

Gomes e Othero (2016) apontam que o aumento do tempo de vida não é proporcional e não implica na melhoria da qualidade do cuidado ofertado a pessoas que

são acometidas por doenças que ameaçam a vida. A sofisticação tecnológica no campo da saúde aliada à busca incessante pela cura leva a um processo de negação da morte pelos profissionais da saúde, percebendo esse evento natural e inevitável como um tipo de fracasso. Diante disso, as intervenções voltadas à promoção de uma morte digna e de um final de vida com qualidade são secundarizadas em detrimento das intervenções curativas em saúde. Neste cenário os Cuidados Paliativos configuram-se como um necessário modo de assistência por ter enfoque no cuidado integral do sujeito, levando em consideração também a família e a equipe de profissionais envolvida.

Os Cuidados Paliativos têm sua raiz histórica na filosofia do movimento dos *hospices*, lugares de acolhida e cuidado que recebiam peregrinos para protegê-los durante suas viagens que são datados desde o Século V na Roma católica. Os *hospices* só ganhariam características de instituições hospitalares em 1967, no Saint Christopher Hospice do Reino Unido, onde era prestada assistência integral aos pacientes e aos familiares, proporcionando uma nova perspectiva sobre as patologias e a morte. O termo Cuidados Paliativos em si foi criado no início da década de 70 do século XX pelo médico cirurgião Balfour Mount para designar uma clínica de cuidado baseada em princípios humanos e éticos para a garantia da dignidade dos sujeitos no fim da vida (ALVES; CUNHA; SANTOS; MELO, 2019).

No contexto brasileiro a história dos Cuidados Paliativos tem seu início marcado em 1997 pela fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABPC) e começa a se consolidar a partir do ano de 2000 através do fortalecimento de serviços pioneiros e a criação de outros importantes, a exemplo do Instituto Nacional do Câncer (Inca) no Rio de Janeiro, o Hospital Emílio Ribas Estadual de São Paulo, Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico (GISTO) do Hospital Easto Gaetner em Curitiba, o Hospital do Câncer de Barretos, entre outros (ROSA; RODRIGUES, 2018).

Com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005 há um avanço importante na regularização profissional do paliativista brasileiro através do estabelecimento de critérios de qualidade e definições mais precisas sobre suas possibilidades de atuação (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015). A resolução número 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina fundamenta a suspensão de tratamentos fúteis para doenças sem possibilidades de cura diante do desejo do paciente ou do seu representante legal. Somado a isso, em 2009 é incluído pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) os Cuidados Paliativos como princípio fundamental no Código de

Ética Médica e em 2012 através da resolução nº1995 é estabelecida as Diretivas Antecipada de Vontade como um documento ético e legal que permite que determinada pessoa faça suas escolhas com relação a futuros tratamentos, podendo recusá-los ou recebê-los no caso de incapacidade de comunicação ou expressão da sua vontade (COELHO; YANKASKAS, 2016).

O conceito e os princípios de Cuidados Paliativos (CP) foram definidos pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 inicialmente voltando-se a pacientes portadores de câncer, objetivando os cuidados de final de vida e preconizando uma assistência integral a esses sujeitos, passando a serem considerados uma das bases fundamentais do cuidado ao paciente oncológico juntamente à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Posteriormente foi incluída a assistência em CP a outras doenças como a AIDS, doenças degenerativas, doenças cardíacas, neurológicas e renais. Em 2004 a OMS reforça a importância de incluir os cuidados paliativos no tratamento de todas as doenças crônicas como parte da assistência completa em saúde (GOMES; OTHERO, 2016).

Nesse sentido, os Cuidados Paliativos referem-se a uma abordagem que promove a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam patologias que ameaçam a continuidade da vida através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e alívio impecável da dor e do cuidado a todos os problemas físicos, sociais, emocionais e espirituais (ROSA; RODRIGUES, 2018). Segundo a OMS a terapêutica paliativa se inicia desde o diagnóstico e desenvolve-se de forma proporcional com as intervenções curativas à medida que o adoecimento se agrava, de modo que a palição se torna exclusiva na fase em que a doença é definida como incurável. (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

Nos Cuidados Paliativos o conhecimento técnico-científico é fundamental, no entanto, a promoção e proteção do ser humano, o estabelecimento da relação de empatia no cuidar e o esforço para compreensão das particularidades do processo de morte e morrer são essenciais (ROSA; RODRIGUES, 2018). A relação estabelecida com o sujeito que está doente quando baseada nos princípios dos cuidados paliativos envolve a assistência integral, o suporte e trabalho junto à família, o fortalecimento da autonomia e a promoção da dignidade e da qualidade de vida. Tais aspectos implicam na construção de objetivos de tratamento em parceria com o sujeito, tendo como base uma relação aberta e suportiva, de comunicação honesta e franca, proporcionando um ambiente seguro e garantindo a continuidade do cuidar considerando que sempre há

muito que se fazer pelo paciente e seus familiares quando se esgotaram os recursos de cura e a morte se aproxima (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

Nesse contexto, a formação profissional humanizada e fundamentada nas perspectivas multiprofissional e interdisciplinar são imprescindíveis. Assim, torna-se possível compreender o ser humano em sua finitude de um modo integral e completo, considerando esse sujeito dentro de contextos sócio-histórico, cultural e familiar, pensando também nos aspectos emocionais, físicos e espirituais (ROSA; RODRIGUES, 2016). A equipe multiprofissional pode desenvolver condutas de Cuidados Paliativos que promovam a diminuição do desconforto e o alívio da dor, mas também ofereçam um espaço seguro para a ressignificação da vida e da morte, reconhecendo o indivíduo em seu lugar afetivo, legitimando as suas escolhas e desejos, desenvolvendo autonomia e garantindo vida e morte dignas (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

3.2 Psico-oncologia

Câncer é um termo generalista que define as modificações de estruturas de células que, geralmente, têm como resultado a formação de tumores malignos em tecidos e órgãos que podem migrar para outras regiões do corpo, por meio do sangue ou dos linfonodos, ocasionando a metástase. A gravidade e o prognóstico da doença variam de paciente para paciente, além disso, as condutas e tratamentos dependem da avaliação de critérios como: o órgão primário atingido, o tamanho, a natureza e o grau de invasão do tumor (VEIT; CARVALHO, 2010).

O câncer e os seus tratamentos causam impactos físicos importantes – a exemplo de dor, desconforto, alterações no peso corporal, queda de cabelo, alterações de pele, êmese, entre outros sintomas e efeitos colaterais -, bem como repercussões psicológicas, sociais e econômicas que afetam tanto o paciente quanto os seus familiares. Atualmente é reconhecido como uma questão de saúde pública que é a causa da morte de 13% da população mundial, o que pode ser explicado pela crescente exposição das pessoas a fatores de risco para o seu desenvolvimento, pelo aumento da expectativa de vida e da população de idosos, a qual terá o câncer como doença crônica (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Trata-se de uma patologia complexa, com variáveis que muitas vezes fogem ao controle, especificidades que variam de organismo para organismo, além de formas de tratamento relativamente recentes. O câncer constitui-se como um estressor para o paciente, os familiares e os profissionais da equipe multiprofissional de saúde, exige o

desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para manejar as demandas internas e externas impostas por essa patologia desde o processo de diagnóstico, as terapêuticas utilizadas, possíveis recidivas ou experiência de fim de vida do paciente e os impactos da perda para os familiares (BEZERRA; TAURISANO; PREBIANCHI, 2018). Frente a isso, surge a Psico-oncologia enquanto área que intersecciona a Psicologia e a Oncologia e que se debruça aos estudos das variáveis psicológicas e comportamentais que participam do processo de adoecimento, tratamento e cura do câncer, visando à melhoria da qualidade de vida e ao bem-estar dos pacientes (VEIT; CARVALHO, 2010).

A Psico-oncologia refere-se a uma área interdisciplinar que investiga a influência dos fatores emocionais e psicológicos em pacientes com câncer ao longo do processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação, além disso, estuda as variáveis psicológicas e sociais que podem interferir na incidência, recuperação e sobrevivência desses pacientes. Nesse sentido, a Psico-oncologia tem como finalidade assistir o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional, considerando a existência de impactos de natureza psicológica que devem ser avaliados e cuidados. Também diz respeito a essa área do conhecimento a organização dos serviços que prestam atendimento integral aos pacientes e auxiliam na qualificação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (BEZERRA; TAURISANO; PREBIANCHI, 2018).

3.3 Aspectos psicológicos de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos

Na sociedade ocidental contemporânea, a morte é permeada por estigmas e preconceitos que implicam na negação do Homem em pensar a finitude como um processo inevitável e natural. Porém, ao se deparar com o diagnóstico de uma patologia grave, como o câncer, o indivíduo é confrontado com os sentimentos de fragilidade e de vulnerabilidade humana, os quais se intensificam quando as intervenções curativas não surtem mais os efeitos desejados e esperados (OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010). Nesse sentido, a experiência de apresentar um câncer sem possibilidade de cura é singular a cada sujeito e está envolta por elementos psíquicos e subjetivos, fazendo com que o modo como indivíduo maneja a situação ultrapasse o fato concreto de estar adoecido, haja vista o reconhecimento da sua mortalidade e a real aproximação com a sua própria morte (OLIVEIRA, CAVALCANTE, CARVALHO, 2019).

O contato inicial com o câncer pode ser marcado por sentimentos e comportamentos típicos, como o choque diante do recebimento do diagnóstico, o sentimento de inconformidade, a busca por uma segunda opinião e vários outros especialistas com a expectativa de ser informado sobre um diagnóstico diferente. De um modo geral, diante do adoecimento é esperado que o sujeito vivencie sentimentos de impotência e perda de controle o que pode causar momentos de agressividade e hostilidade direcionadas aos familiares e profissionais de saúde, ao ambiente e a Deus (OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

Pacientes hospitalizados, especialmente aqueles diagnosticados com uma doença que ameaça a vida como é o Câncer vivenciam perdas concretas e simbólicas, como a perda da própria saúde, as modificações no corpo, mudanças nos hábitos e rotinas, mudanças nos papéis sociais e familiares, a perda de autonomia e perdas econômicas (OLIVEIRA, CAVALCANTE, CARVALHO, 2019). Os pacientes, bem como os seus familiares, ao tomarem conhecimento do adoecimento sem recurso terapêutico para a cura podem apresentar reações emocionais e psicológicas que configuram o processo de luto antecipatório.

Segundo Kübler-Ross (1986), o luto antecipatório constitui-se em cinco estágios que se sobrepõem e tem ordem variada, que são: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. A negação diz respeito a uma estratégia de defesa diante de uma notícia difícil, configura-se como um momento de organização e de recuperação após o choque. A raiva aparece quando a negação não pode mais ser sustentada. Reitera-se que esses sentimentos de revolta, ressentimento e raiva para com a equipe e familiares não podem ser compreendidos como pessoais, mas sim uma reação emocional diante da impossibilidade de modificar a sua própria condição. No terceiro estágio, denominado barganha, o paciente tenta negociar com Deus o adiamento da sua morte, faz promessas e juramentos, precedendo o estágio de depressão, no qual a doença é agravada e não pode ser negada. Assim, a sensação de perdas iminentes (emocional, física, simbólica e material) fazem-se presentes.

A esperança é um sentimento comum a todos os estágios e na aceitação, o paciente encontra paz ao aceitar a sua doença e limitações, deseja ficar sozinho, sem entrar em contato com as problemáticas do dia-dia e em silêncio. Passar pelo estágio da aceitação configura-se como um fator importante à prevenção do luto complicado/patológico (REZENDE; GOMES & MACHADO, 2014). No contexto de Cuidados Paliativos, é fundamental considerar o conceito de luto antecipatório, o qual

pode ser definido como a construção de significados que se inicia desde o momento do diagnóstico da doença. Desse modo, a realidade pode ser elaborada gradualmente, o que possibilita tempo ao paciente para resolver questões pendentes, realizar transformações na sua concepção sobre o mundo e sobre si mesmo, dando significado às suas vivências e iniciando mudanças em sua identidade. A família também participa desse processo, que é vivenciado de forma diferente, onde são utilizados meios e métodos para a elaboração da perda, a reorganização da vida, da dinâmica e dos papéis familiares (FRANCO, 2009).

3.4 Assistência psicológica a pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos

A prática de Cuidados Paliativos é de responsabilidade de uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de modo interdisciplinar, atuando para ofertar um cuidado humanizado e o mais ampliado possível, aproveitando todos os recursos disponíveis para a melhor compreensão e manejo dos sintomas, tendo a capacidade para lidar com a angústia, os medos, fantasias e sofrimento tanto do paciente quanto dos seus familiares (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). Ao fazer parte dessa equipe multiprofissional é fundamental que o psicólogo tenha uma formação profissional na área, especialmente em Psicologia Hospitalar, a fim de se apropriar de conhecimentos e estratégias que auxiliem o paciente e sua família na elaboração e enfrentamento das experiências vividas no processo de morte e morrer, pensando em todos os impactos psicológicos e emocionais envolvidos (ROSA; RODRIGUES, 2018).

Considerando a especificidade da assistência psicológica a pacientes diagnosticados com câncer e que estão em uma fase do adoecimento em que a palição se configura como o principal cuidado ofertado é importante que o psicólogo, para direcionar a sua atuação, saiba quais são as principais demandas e necessidades apresentadas por esses pacientes. Desse modo, é essencial compreender alguns aspectos principais como: o quadro clínico do paciente, o seu contexto sócio-demográfico e familiar, o percurso realizado até o diagnóstico e como e quando este foi recebido, investigar quais foram as reações emocionais apresentadas pelo paciente e seus familiares ao receberem a má notícia, avaliar o nível de compreensão da sua condição de saúde atual e dos tratamentos realizados (BEZERRA; TAURISANO; PREBIANCHI, 2018).

É importante salientar que o acompanhamento psicológico deve se iniciar o mais precocemente possível, de preferência desde o recebimento do diagnóstico— haja vista

que os Cuidados Paliativos podem (e devem) ser iniciados nesse momento e não apenas na terminalidade (NUNES, 2012). É fundamental que essa atuação esteja continuamente focada na tríade paciente-família-equipe, pois a qualidade da relação entre paciente e cuidador (es) pode interferir direta e indiretamente nos processos ligados ao adoecimento, tratamento, hospitalização, morte e luto. (MAZZUTI; BRAZ, 2018). Além disso, a assistência psicológica continua sendo ofertada após o óbito do paciente, uma vez que a família também necessita da escuta e do acolhimento durante o luto, tendo em vista que é um processo que implica grande sofrimento e intensas mudanças na dinâmica familiar. (NUNES, 2012).

Os atores que compõem a tríade paciente-equipe-família possuem crenças, valores e recursos de enfrentamento diferentes, bem como significam o momento vivenciado de modos muito particulares, nesse cenário o psicólogo deve buscar a integração dessas percepções a favor do paciente, considerando o que é importante para o seu cuidado. Para isso é fundamental o estabelecimento de um canal de comunicação aberto, coerente, honesto e alinhado (MAZZUTI; BRAZ, 2018). Assim, o psicólogo atua no intermédio e na facilitação da comunicação entre o paciente, os seus familiares e os profissionais da equipe de saúde.

Diante desse contexto, ao assistir pacientes que estão em Cuidados Paliativos o psicólogo deve atuar investigando os seus desejos e valores; avaliar a presença de dúvidas que possam gerar ansiedade e/ou angústia; investigar o quanto esse sujeito quer saber sobre o seu quadro clínico considerando os seus limites emocionais, bem como o quanto deseja ser incluído nas discussões e nas tomadas de decisão; analisar se existem ambivalências quanto aos desejos do paciente saber sobre a sua saúde e decidir sobre os tratamentos; favorecer a expressão de pensamentos e sentimentos relativos ao seu processo de morte, os significados, medos e fantasias; promover a realização de rituais relacionados a crenças religiosas e ao processo de despedida; auxiliar no controle dos sintomas emocionais e da dor (MAZZUTI; BRAZ, 2018).

Para tanto é de fundamental importância o desenvolvimento e fortalecimento do vínculo de confiança entre o paciente e o psicólogo (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). Através da compreensão empática e da suspensão dos próprios valores e crenças e do desprendimento dos próprios desejos e expectativas o psicólogo auxilia o paciente na elaboração e enfrentamento das situações que geram sofrimento e na ressignificação do processo de finitude da vida (OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

No que tange à família, alguns aspectos importantes do acompanhamento psicológico referem-se à avaliação do grau de compreensão do quadro de saúde do paciente; de como os seus desejos e os valores ressoam na dinâmica familiar; o acolhimento das angústias, ansiedades e medos apresentados pela família; na desmistificação de pensamentos e fantasias apresentadas – ex: o paciente ficará deprimido se souber do seu real quadro clínico; a orientação e sensibilização quanto à necessidade de intervenção psiquiátrica na presença de sintomas disfuncionais para o paciente; facilitação do luto antecipatório e avaliação da presença de fatores de risco para o luto complicado; mediação na comunicação com o paciente e com a equipe multiprofissional e acompanhamento pós-óbito (MAZZUTI; BRAZ, 2018).

3. METODOLOGIA

4.1 Método

Esta pesquisa apresentou um delineamento qualitativo e utilizou o método da pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa volta-se à realidade subjetiva, trabalhando com aspectos das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser quantificados por se tratarem de valores, crenças, símbolos, motivos, significados e atitudes (MINAYO, 2001). Na abordagem qualitativa, a obtenção dos dados descritivos acontece através da interação direta do pesquisador com o fenômeno estudado, assim, busca-se uma compreensão e interpretação a partir da perspectiva dos participantes dessa situação. Assim, esse tipo de pesquisa envolve diferentes técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os diversos sentidos e significados dos fenômenos do mundo social, aproximando a teoria e os dados, o contexto e a ação (NEVES, 1996).

A pesquisa-ação utiliza-se do ciclo investigação-ação em todas as fases da pesquisa e objetiva o aprimoramento ou desenvolvimento de uma prática nova através de um processo cíclico e alternado entre a ação no campo da prática e a investigação sobre ela. Neste ciclo as ações são planejadas, implementadas, descritas e avaliadas. A compreensão e análise dos dados obtidos através da pesquisa dão base para as ações que são implementadas, o que promove o aprendizado tanto da prática quanto da própria investigação. A reflexão dá início e está presente em todo o processo de pesquisa-ação, fazendo-se essencial para a identificação das mudanças necessárias, no planejamento eficaz, monitoramento e avaliação das informações resultantes das práticas (TRIPP, 2005).

Neste estudo, a pesquisa-ação possibilitou refletir sobre a prática da psicologia no contexto hospitalar na atenção a pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos e a seus familiares. O método permitiu elaborar um protocolo de atendimento psicológico que foi aprimorado no decorrer da pesquisa através do processo de investigação-ação, perpassando as seguintes etapas: planejamento da prática profissional e/ou do seu aprimoramento; ação para implantar a prática e/ou melhora planejada; monitoramento e descrição dos efeitos da ação e avaliação dos resultados da ação.

4.2 Local

O estudo foi desenvolvido em um hospital localizado no município de Vitória da Conquista, o qual está situado no sudoeste da Bahia, sendo a terceira maior cidade do Estado. Possui uma população estimada de 338.480 pessoas de acordo com dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), considerada como importante referência para mais de 70 municípios da região no que se refere à prestação de serviços de educação e saúde.

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde tem como principal objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta patologia, bem como reduzir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes através da promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamentos necessários e cuidados paliativos. O Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), local da pesquisa e um dos pontos de atenção da RAPS, além de oferecer atendimento hospitalar de Alta Complexidade e em regime contínuo e atender a demandas espontâneas e referenciadas pela Central de Regulação, também é habilitado na Alta Complexidade em Oncologia no SUS contando com a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) que atende a pacientes de mais de 70 municípios pactuados da macro e microrregião sudoeste (BAHIA, 2019).

Apesar de não se configurar como um serviço-escola, o HGVC é um importante campo de prática de ensino, extensão e pesquisa que possui um Núcleo de Educação Permanente (NEP), em concordância com a Política Orientadora de Formação em Saúde do Ministério da Saúde. O NEP tem como principal objetivo promover a aproximação entre o processo de formação e a prática do trabalho a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada. Assim, o HGVC conta com residência médica em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e a Residência Multiprofissional que contempla as áreas de Psicologia, Nutrição, Farmácia e Enfermagem. O Programa de Residência Multiprofissional (PRMU) tem a Universidade Federal da Bahia (UFBA) como

instituição formadora e o HGVC como instituição executora, com o apoio das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

4.3 Participantes

A amostra foi composta por 4 psicólogos atuantes no contexto hospitalar. O critério de inclusão levou em conta a experiência mínima de 4 meses de atuação no Hospital e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a verificação das informações e compromissos estabelecidos. Os psicólogos participantes incluídos na pesquisa prestam ou já prestaram assistência psicológica à pacientes com câncer em Cuidados Paliativos.

A amostra também foi formada por 4 pacientes maiores de 18 anos que foram diagnosticados com câncer e que receberam cuidados paliativos pela pesquisadora-residente. Foram excluídos os pacientes cujo número de atendimentos psicológicos foi insuficiente para a produção de dados.

4.4 Técnica de coleta de dados e instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com os psicólogos e a observação participante com os pacientes. Para a realização da entrevista semi-estruturada, a pesquisadora utilizou um roteiro de entrevista¹ composto por perguntas fechadas pré-definidas e foram realizadas, também, perguntas abertas adicionais para elucidar e detalhar pontos específicos (COLOGNESE; MÉLO, 1998). A entrevista semiestruturada é utilizada com frequência nos casos em que busca delimitar a quantidade de dados coletados, promovendo um maior direcionamento ao tema para que os objetivos do estudo sejam alcançados (QUARESMA, 2005). Nesse sentido, o roteiro de entrevista utilizado com os profissionais de psicologia continha questões relacionadas à prática do psicólogo na intervenção e no manejo de pacientes oncológicos que estão em cuidados paliativos, incluindo a família.

Através da observação participante, objetivou-se acompanhar as vivências dos pacientes, compreender os aspectos psicológicos, bem como os sentidos e significados que eles atribuem às situações experienciadas durante o adoecimento, a hospitalização, o tratamento e processo de morte e morrer. A observação permitiu maior inserção da pesquisadora nas práticas profissionais junto aos pacientes oncológicos em CP e à sua

¹ O roteiro de entrevista encontra-se no apêndice do TCC

família, de modo que as hipóteses e intervenções foram registradas em um roteiro de campo² de maneira sistemática. A observação permitiu captar fenômenos e situações que não são alcançados pelas perguntas, estabelecendo uma relação direta com os atores sociais envolvidos em seus próprios contextos (MINAYO, 2001). O roteiro de campo é um instrumento no qual o pesquisador, de forma prévia, determina questões que serão exploradas e observadas de acordo com os objetivos gerais e específicos do estudo de um modo organizado e flexível, deixando abertura para as situações inesperadas e os *insights* e percepções do pesquisador (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

Nesse sentido, realizou-se uma triangulação de técnicas de coleta de dados. Os atendimentos psicológicos realizados pela psicóloga-residente foram fundamentados pela Gestalt-terapia e orientados pelo protocolo construído e aprimorado processualmente durante a pesquisa.

4.5 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada através do método de Análise de Conteúdo (AC) em uma vertente qualitativa, método proposto por Bardin. O método consiste em uma técnica investigativa que tem como objetivo descrever de forma sistemática, o conteúdo manifesto da comunicação. Assim, é possível explorar de modo investigativo as informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas e o que foi observado pelo pesquisador. Para tanto, o procedimento técnico da AC é constituído por três etapas que visam a obtenção de deduções objetivas sobre os dados de um texto. A primeira etapa diz respeito à organização do material que está alinhado aos objetivos traçados na pesquisa, na segunda esse material é explorado através do processo de codificação dos dados em que se estabelecem as Unidades de Registro (UR), e então, na última etapa, realiza-se a categorização tendo como base as UR, a reflexão, a sistematização e a interpretação dos dados obtidos (CASTELO BRANCO, 2014).

A construção e o aprimoramento do protocolo se deram a partir de uma revisão da literatura, da análise das entrevistas e da observação participante. Nos tópicos iniciais e avaliativos (identificação e aspectos socioeconômicos; avaliação do exame psíquico; adoecimento, tratamento, hospitalização e aspectos emocionais; luto complicado), foram utilizados predominantemente dados da literatura para a sua estruturação. Por sua vez, os tópicos sobre as intervenções psicológicas, a atuação em equipe

² O roteiro de campo encontra-se no apêndice do TCC

multiprofissional e a articulação do cuidado na rede contemplaram informações obtidas a partir das três estratégias retrocitadas.

4.6 Procedimentos

A pesquisa foi executada em conformidade com as seguintes etapas:

1. Submissão do projeto de pesquisa ao comitê de Ética;
2. Elaboração da primeira versão do protocolo baseada nos dados da literatura;
3. Realização de entrevistas-piloto para aprimoramento do instrumento;
4. Aplicação da entrevista semiestruturada com os profissionais de psicologia que atuam no HGVC, identificando as reações psíquicas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos e as intervenções realizadas com os mesmos;
5. Análise dos dados obtidos com as entrevistas;
6. Elaboração da segunda versão do protocolo para pacientes internados no hospital geral que foram diagnosticados com Câncer e estão em cuidados paliativos;
7. Delimitação da amostra por meio do contato com a equipe de profissionais de saúde do HGVC com a finalidade de identificar os pacientes oncológicos em cuidados paliativos;
8. Aplicação do protocolo durante o acompanhamento psicológico dos pacientes;
9. Observação participante durante os atendimentos psicológicos realizados pela pesquisador-residente e registro das informações em roteiro de campo;
10. Aprimoramento do protocolo com base na análise e na avaliação da aplicação junto aos pacientes;
11. Elaboração da versão final no protocolo de intervenção.

4. ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, a presente pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução n° 466 de 13 de junho de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Nesse sentido, foram realizados os devidos esclarecimentos aos participantes quanto aos objetivos e métodos da pesquisa para que possam tomar uma decisão consciente e livre.

Considerando os possíveis riscos e benefícios envolvidos na pesquisa, os participantes receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em conformidade com a referida Resolução, que elucida, entre outros aspectos, que a aplicação pode ser interrompida a qualquer momento e que seriam respeitados o anonimato e a confidencialidade.

Vale ressaltar que o tema deste estudo apresenta algumas especificidades importantes, pois é comum que pacientes diagnosticados com câncer e/ou que estão em Cuidados Paliativos não estejam cientes do seu diagnóstico e prognóstico. Além disso, nos atendimentos iniciais a esse público é frequente os profissionais e familiares evitarem falar sobre o câncer e a evolução ruim da doença. Em alguns casos o próprio paciente encontra-se em fase de negação e evita falar sobre o seu diagnóstico.

Diante disso, o TCLE da presente pesquisa apresentou um objetivo geral inespecífico com a finalidade de minimizar os riscos envolvidos no manejo dos atendimentos a esse público, bem como os impactos à própria pesquisa. O estudo obedeceu à resolução nº466 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual determina que diante da necessidade de restrição de informações aos pacientes, este fato deverá ser justificado e esclarecido pelo pesquisador ao Sistema CEP/CONEP.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para facilitar a exposição dos resultados foram utilizados os códigos “E” seguido de uma numeração (1, 2, 3 e 4), referindo-se aos profissionais de psicologia e “P”, também seguido de uma numeração (1, 2, 3, e 4), referindo-se aos pacientes.

6.1 Categorização das entrevistas

A análise das entrevistas foi realizada seguindo as etapas metodológicas da Análise de Conteúdo, sendo identificadas três categorias: 1. Abordagem multiprofissional a pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos e os critérios de elegibilidade; 2. Aspectos psicológicos de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos e 3. Assistência psicológica na abordagem aos Cuidados Paliativos. A tabela 1 a seguir especifica as unidades de registro relacionadas às suas respectivas categorias.

| CATEGORIAS | UNIDADES DE REGISTRO |
|------------|-----------------------------|
| | Abordagem multiprofissional |

| | |
|--|--|
| <p>ABORDAGEM</p> <p>MULTIPROFISSIONAL A</p> <p>PACIENTES ONCOLÓGICOS EM</p> <p>CUIDADOS PALIATIVOS E OS</p> <p>CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pouca compreensão da equipe multiprofissional acerca do que são os Cuidados Paliativos e como devem ser realizados; • Não há integralidade na assistência multiprofissional ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos; • Fragmentação no cuidado ao paciente; • Pouca discussão da equipe multiprofissional dos casos de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos; • Ações paliativas mais restritas à fase final de vida e ao processo ativo de morte; • Ausência de uma equipe de Cuidados Paliativos é um desafio para a assistência; • Necessidade de qualificação e Educação continuada da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos. <hr/> <p>Critérios para definição dos Cuidados Paliativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centralização médica na elegibilidade dos pacientes oncológicos para Cuidados Paliativos – considerando apenas os aspectos físicos e biológicos do adoecimento; • Quando se trata de um adoecimento crônico e progressivo; • Nível de declínio funcional e cognitivo; • Impacto psicossocial do adoecimento; • Impacto na qualidade de vida; • O curso do adoecimento e a resposta ao tratamento; • Falta de protocolos para orientar a definição de Cuidados Paliativos; • O câncer gera uma maior compreensão por parte da equipe quanto à palição; |
| <p>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE</p> <p>PACIENTES ONCOLÓGICOS EM</p> <p>CUIDADOS PALIATIVOS, DA</p> <p>FAMÍLIA E DA EQUIPE</p> | <p>Aspectos psicológicos relacionados aos pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza; • Raiva; • Culpa; • Revolta; • Desesperança; • Negação do adoecimento e da possibilidade de morte; • Desespero existencial; • Vivência do luto antecipatório; • Sentimento de angústia; • Irritabilidade; • Impaciência; • Preocupação com a família e com os papéis sociais; • Desejo de buscar a opinião de outros profissionais após o diagnóstico inicial do câncer; • Reflexão sobre o sentido da vida e da morte; • Percepção de que está sendo punido; • Medo (do adoecimento, da morte, de sentir dor, de ter uma morte desconfortável e com dores, de ser mutilado, de ter perdas funcionais); • Enfrentamento (<i>coping</i>) espiritual/religioso; • Vergonha de se comunicar com a equipe (de fazer perguntas, expressão dos seus desejos e insatisfações); • Dificuldade de adesão ao tratamento; |

- Reestruturação da identidade;
- Reafirmação ou revisão de valores e crenças centrais;
- Sentimento de valorização da vida;
- Diminuição da ansiedade a partir da expressão dos sentimentos e emoções e da elaboração dos conteúdos relacionados ao adoecimento / tratamento / hospitalização / morte;
- Sentimento de derrota - de ter “perdido a guerra” contra o câncer quando os tratamentos modificadores da doença se esgotam e os Cuidados paliativos exclusivos são implementados;
- Sensação de controle da própria vida;
- Redução da percepção de si mesmo apenas a um paciente oncológico;
- Labilidade emocional;
- Presença de sentimentos ambivalentes;
- Mudanças na percepção da vida, do tempo e do que é considerado importante;
- Sentimento de busca pela cura;
- Sentimento de que é preciso lutar contra o câncer;
- Exaustão;
- Cansaço;
- Fantasias com relação ao adoecimento, ao tratamento e ao prognóstico;
- Percepção de abandono relacionado aos Cuidados Paliativos;
- Pouca participação na tomada de decisão;
- Estigmatização do câncer como uma doença associada à morte;
- Sensação de que não está sendo realizado todo o possível ou de que poderia tentar mais quando não há uma compreensão adequada sobre o que são os Cuidados Paliativos;
- Despersonalização do paciente.

Aspectos psicológicos relacionados à família

- Sentimento de desesperança;
- Luto antecipatório;
- Fantasias com relação ao adoecimento, tratamento, hospitalização e prognóstico;
- Fantasias com relação aos Cuidados Paliativos;
- Percepção de abandono do paciente;
- Pouca compreensão do que são os Cuidados Paliativos;
- Dificuldade de entrar em contato e expor os próprios sentimentos e emoções;
- Percepção de que precisa ser forte ou se mostrar forte para o paciente;
- Exacerbação dos conflitos familiares anteriores ao adoecimento durante a hospitalização;
- Postura ativa e resolutiva no cuidado;
- Negação do adoecimento e da possibilidade de morte;
- Enfrentamento (*coping*) espiritual/religioso;
- Expectativas curativas com relação ao tratamento paliativo;
- Sentimento de esperança com relação à cura;
- Medo de expor para o paciente a real condição clínica do mesmo;
- Fantasia de que o paciente vai “desenvolver depressão”, desistir do tratamento ou morrer mais rápido se souber do seu diagnóstico e prognóstico;
- Impactos na rotina e na dinâmica familiar;

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga física e emocional; • Desejo de estar sempre próximo ao paciente por entender que o tempo de vida do mesmo está reduzido; • Fixação dos familiares no papel de cuidador; • Preocupação com relação aos cuidados com o paciente. <hr/> <p>Aspectos psicológicos relacionados à equipe multiprofissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em falar sobre a morte; • Dificuldade em conversar com o paciente em Cuidados paliativos sobre o diagnóstico e o prognóstico; • Sentimento de frustração diante do esgotamento da possibilidade de tratamento modificador da doença; • Mobilização emocional excessiva com relação a alguns pacientes específicos; • Dificuldade da equipe em suspender os próprios valores, crenças e desejos na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos; • Distanciamento afetivo do médico com relação ao paciente; • Dificuldade da equipe em lidar com a mobilização emocional dos pacientes, principalmente se tratando de reações emocionais consideradas negativas ou indesejáveis, como: tristeza, choro, raiva, frustração, revolta, negação; • Sentimento de angústia; • Sentimento de insegurança na prática da palição; • Apresentação de demandas psicológicas/ pessoais à psicóloga que compõe a equipe multiprofissional; |
| <p>ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NA ABORDAGEM AOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS</p> | <p>Intervenções psicológicas direcionadas ao paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento; • Escuta ativa; • Explorar e validar as emoções e os sentimentos; • Clarificação dos sentimentos e emoções; • Promoção da autonomia e do protagonismo do paciente; • Fortalecimento dos recursos de enfrentamento; • Compreensão dos sentidos e significados atribuídos pelo paciente ao câncer e à morte; • Trabalhar as perdas concretas e simbólicas vivenciadas pelo paciente após o adoecimento; • Compreender a história pessoal e do adoecimento; • Compreender e manejar os medos apresentados pelo paciente; • Avaliar e manejar o processo de luto antecipatório; • Explorar os sentidos de vida do paciente; • Compreender se existem questões pendentes e facilitar a resolução destas; • Compreender quais os desejos e planos futuros do paciente; • Avaliar e manejar fantasias; • Avaliar a adesão ao tratamento; • Promover um espaço seguro para que o paciente possa falar abertamente sobre a morte e os rituais de despedida; • Realizar intervenções que visem à melhoria da qualidade de vida considerando o que paciente deseja nesse sentido; • Realizar psicoeducação com relação ao câncer e aos Cuidados Paliativos; • Entender o que o paciente gostaria de saber sobre o seu |

| | |
|--|---|
| | <p>adoecimento e prognóstico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ampliação perceptiva; • Compreensão dos aspectos espirituais e crenças religiosas apresentadas pelo paciente; • Avaliar o nível de compreensão do paciente sobre o seu adoecimento, tratamento e prognóstico; • Realizar abordagem pré-cirúrgica; • Realizar o manejo da ansiedade (podendo utilizar técnicas de respiração e meditação guiada); • Mediar a comunicação com a família e a equipe; • Realizar encaminhamento psicológico/psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial; • Promover e validar postura ativa no processo de hospitalização; <hr/> <p>Intervenções psicológicas direcionadas à família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento; • Psicoeducação sobre o câncer e os Cuidados Paliativos; • Avaliar o nível de compreensão dos familiares acerca do adoecimento/tratamento/prognóstico; • Fornecer suporte emocional; • Mediar conflitos familiares; • Promoção da expressão dos sentimentos e emoções; • Avaliar e manejar fantasias; • Realizar a avaliação do exame psíquico e da condição emocional do familiar; • Avaliar como tem sido para o familiar receber informações médicas e discutir questões sobre o tratamento e a hospitalização do paciente com a equipe multiprofissional; • Compreender a dinâmica familiar e os impactos do adoecimento na mesma; • Fortalecer a rede de apoio dos cuidadores principais durante a hospitalização; • Mediar a comunicação paciente-equipe-família; • Realizar orientações quanto a questões práticas do pós-óbito; • Realizar atendimento em grupo com figuras centrais na vida do paciente; • Orientar a família quanto aos aspectos psicológicos e as reações emocionais apresentadas pelo paciente; • Identificar possíveis demandas sociais da família; • Realizar encaminhamento psicológico/psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial; • Realizar o acompanhamento de visitas; • Sensibilizar e orientar à família quanto à importância da promoção de autonomia do paciente; • Compreender se as expectativas do familiar com relação ao prognóstico e à proximidade com a morte estão de acordo com a condição clínica atual do paciente; • Facilitar momentos significativos entre os familiares e o paciente. <hr/> <p>Intervenções junto à equipe multiprofissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação e orientar a equipe na comunicação da má notícia; • Facilitar rituais de despedida em equipe; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de atendimentos conjuntos; • Participar de reuniões familiares para discussão sobre o adoecimento, o plano de cuidado e o prognóstico; • Avaliação geral do paciente pela equipe multiprofissional abrangendo os aspectos clínico, psicológico, espiritual e social; • Sensibilização da equipe acerca dos Cuidados Paliativos e da importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar nesses casos; • Promover reflexões e ampliar a perspectiva da equipe acerca do que são os Cuidados Paliativos, a fim de desconstruir a ideia de que não existe mais nada a ser feito; • Sensibilizar a equipe sobre a importância de promover a autonomia e respeitar as escolhas dos pacientes; • Discussão de casos e tomada de decisões em conjunto pela equipe multiprofissional; • Facilitar a realização de desejos do paciente; • Compreender em equipe quais as diretivas antecipadas de vontade do paciente; • Orientar a equipe com relação aos aspectos psicológicos apresentados pelo paciente; • Traçar estratégias junto à equipe multiprofissional no manejo de delírium (estender visita, mobilizar e tirar o paciente do leito quando possível, contenção química e física); • Mediar conflitos que possam emergir com o paciente e família; • Acolhimento da equipe nos casos de mobilização emocional; • Avaliação dos aspectos psicológicos da equipe que possam estar interferindo na assistência ao paciente e à família. |
|--|---|

Tabela 1. Categorias identificadas e suas respectivas unidades de registro

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS E OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Essa categoria contempla aspectos relacionados à abordagem da equipe multiprofissional ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos, bem como os critérios utilizados para eleger um paciente com diagnóstico de câncer aos Cuidados Paliativos.

A partir das unidades de registro, foi possível identificar que a equipe multiprofissional possui pouca compreensão acerca do que são os Cuidados Paliativos e como devem ser realizados. Além disso, de acordo com a perspectiva das psicólogas entrevistadas, há baixa integralidade na assistência multiprofissional ao paciente, bem como a percepção da necessidade de qualificação e Educação continuada da equipe. Foram ainda constatados alguns critérios utilizados para estabelecer os Cuidados Paliativos, tais como: adoecimento crônico e progressivo, nível de declínio funcional e cognitivo, impacto psicossocial e na qualidade de vida e a resposta ao tratamento.

As entrevistadas destacam que, no geral, há pouca discussão dos casos e a abordagem ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos não acontece de forma

interdisciplinar pela equipe multiprofissional, sendo o serviço de psicologia mais demandado para realizar suporte psicológico aos pacientes em processo ativo de morte e aos seus familiares. Tais aspectos indicam uma fragmentação do cuidado, a falta de integralidade na assistência e o entendimento de que os cuidados paliativos são mais desenvolvidos na fase final de vida conforme relatos a seguir:

A gente discute muito pouco ainda em equipe os quadros de cuidados paliativos, normalmente chega mais é...os casos que estão em processo ativo de morte, mais em uma perspectiva de tentar acalmar, entre aspas né, a família ou tentar minimizar um sofrimento que tem sido bastante exposto, mas a gente ainda trabalha muito pouco multiprofissionalmente com relação aos cuidados paliativos. (E.1)

Olha, aqui na minha realidade, né, é muito difícil. É muito difícil, porque primeiro eu nunca vejo o oncologista, eu nunca encontro o oncologista, né? (...) nenhum contato com os oncologistas, então, eu não tenho a possibilidade de discutir com eles. (E.4)

Então, na minha experiência lá eu percebo que essa abordagem ela ainda é um pouco superficial dentro do que se espera de cuidados paliativos. (E.3)

Ressalta-se, no entanto, que o trabalho integrado e interdisciplinar da equipe multiprofissional é essencial para o cuidado ampliado ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos, de modo a incluir ações voltadas aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Compreende-se que cada profissional tem um papel importante na assistência e, por meio da integralidade e da interdisciplinaridade, é possível realizar uma abordagem individualizada, articulada e integral (CRUZ et al, 2021). A interdisciplinaridade favorece a compreensão multidimensional do adoecimento, a comunicação por meio do ajustamento da linguagem entre as diversas especialidades e promove a convivência e a troca entre as diferentes profissões, saberes e práticas (KOERICH et al, 2009). Porém, as entrevistadas relatam dificuldades no trabalho em equipe:

Não consigo visualizar ainda uma abordagem integrada, né (...) Inclusive, eu ainda visualizo muito mais assim como uma abordagem nesse momento do médico paliativista com a psicóloga, com o Serviço de Psicologia ainda, né, eu ainda vejo muito dessa forma. Eu acho que as outras áreas de atuação, enfermagem, nutrição, fisioterapia, enfim, eu acho que, não percebo que eles ainda estejam integrados. (E.4)

Às vezes a gente percebe, pelo menos eu percebi isso na minha especialidade, que a gente faz um atendimento com o paciente e a às vezes equipe vem e rema contra a maré (...) integrar isso com a equipe é muito difícil. (E.2)

A E4 afirma que os cuidados paliativos se restringem a poucos profissionais, e a E2 percebe que as ações, por vezes, não estão alinhadas e são contraditórias. A ausência do diálogo e da discussão de casos entre a equipe multiprofissional pode interferir na

qualidade da assistência prestada, na medida em que não se compreende as demandas e necessidades do sujeito de uma forma mais ampla e completa. Ademais, corre-se o risco de despersonalizar esse indivíduo, o qual pode ser percebido pela equipe apenas como o “paciente oncológico”, reduzindo-o à sua patologia e aos sintomas clínicos apresentados. Isso desfavorece o cuidado holístico ao paciente e a construção de um plano de cuidado que leve em consideração a sua dor total. Sobre o assunto, E3 afirma que a discussão dos casos é pontual e não faz parte da rotina:

Eu acho importantíssimo a discussão com a equipe multiprofissional. Acho que isso é essencial e em muitos casos a gente não vê isso, né!? (...) Em alguns momentos a gente até consegue discutir, fazer algumas perguntas, levantar algumas questões, mas eu acho que isso deveria ser uma rotina mesmo, uma ação mais integrada da equipe toda, né, do nutricionista, dos enfermeiros, dos psicólogos, médicos, né... (...) E eu não acho que isso aconteça. (E.3)

Além disso, observa-se, através das entrevistas, a percepção de que a equipe multiprofissional apresenta pouca compreensão acerca do que são os Cuidados Paliativos e como eles devem ser implementados na assistência ao paciente oncológico, ainda que o diagnóstico de câncer possa tornar mais clara a necessidade de palição em alguns casos. As entrevistadas também percebem um despreparado teórico e técnico da equipe com relação à abordagem paliativa.

Dentro da minha experiência eu ainda acho uma abordagem muito tímida, né, muito... é, tímida, acho insegura muitas vezes, é... com situações em que a própria equipe fica um pouco ainda sem entender o que é essa questão do Cuidado Paliativo, o quê que significa esse Cuidado Paliativo, né, qual o lugar dele, né, como o espaço de cuidado, o momento de cuidado mesmo, então, eu ainda vejo como uma ação tímida ainda, né, e muito insegura por parte das equipes, eu acho que tem muita gente que ainda não compreende o conceito de cuidados paliativos. (E.4)

O câncer, ele gera uma compreensão um pouco maior assim, de um paliativo, que é, isso eu vejo menos nos outros tipos de adoecimento (...) sempre que a gente pergunta se tem algum paciente com indicação paliativa, se não for câncer eles não reconhecem enquanto uma possibilidade paliativa (...) eu acho que o câncer ele dá esse primeiro entendimento. (E.1)

No que se refere à formação dos profissionais da saúde, há uma lacuna curricular importante com relação aos Cuidados Paliativos, de modo que as instituições formativas, no geral, não preparam adequadamente esses profissionais para manejar os casos em que não há ou se esgotam as possibilidades de terapias modificadoras da doença. Os profissionais da saúde são preparados para a busca pela cura e o restabelecimento das condições físicas (LORENZZONI; VILELA;ROGRIGUES,

2019). Apesar de a morte fazer parte da rotina de trabalho desses indivíduos, as competências técnicas e humanas relacionadas aos cuidados de final de vida e às medidas de conforto não são plenamente aprofundadas na graduação ou em educação continuada (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007). Esse aspecto é percebido pela psicóloga entrevistada:

Eu percebo que ainda falta muita coisa, né, assim, muito estudo, ainda falta muito treinamento com essas equipes (...) pra que seja feita uma abordagem dentro do que se espera nos CP, né. (E.3)

No contexto brasileiro atual de aumento da expectativa de vida e a predominância das doenças crônico-degenerativas, os Cuidados paliativos se tornam imperativos, haja vista a necessidade de desenvolvimento e implementação de estratégias efetivas para o tratamento dessas patologias e suas complicações, a fim de garantir a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos (SCHRAMM et al, 2004). A realização de capacitações e a educação continuada em saúde junto às equipes multiprofissionais configuram-se como estratégias importantes para o treinamento e a qualificação dos profissionais de saúde quanto às intervenções em Cuidados Paliativos. Além de possibilitar a promoção de espaços de reflexão e discussão sobre o trabalho e a comunicação em equipe (LORENZZONI; VILELA; ROGRIGUES, 2019).

As psicólogas entrevistadas apontam para a ausência de protocolos e fluxos institucionais que possam orientar a equipe multiprofissional na assistência em Cuidados Paliativos como um aspecto que dificulta a compreensão clara dos critérios de elegibilidade de pacientes oncológicos para receber esse tipo de cuidado, o que, por sua vez, interfere na assistência a esses pacientes.

A gente não tem fluxos (...) aqui no hospital não tem protocolos claros de quando paliativar ou o que ser considerado para paliativar, então, é muito comum que haja, por exemplo, hoje paliativa a paciente, aí conversa com a família, expõe o CP, aí amanhã retira o paciente de Cuidados Paliativos, e aí gera todo um impacto psicológico, né, na família, no paciente, então, a gente tem poucos critérios clínicos. (E.1)

Esse critério fica muito enviesado na medicina e muito enviesado na questão da sensibilidade do médico com o próprio tema de cuidados paliativos, do entendimento dele acerca disso e não é discutido plenamente com a equipe quais são as outras formas de tratamento (...) facilitaria muito se tivesse esse protocolo, se tivesse essas reuniões de uma equipe que senta e discute sobre palição auxiliaria, inclusive a equipe multi a fazer o trabalho. (E.2)

Os relatos evidenciam a necessidade de sistematizar melhor as práticas de avaliação e intervenção em cuidados paliativos. Ressalta-se que os Cuidados Paliativos

são indicados na existência de uma patologia crônica em diferentes fases de progressão – abrangendo a possibilidade de morte a partir da evolução natural da doença ou nas situações de maior tempo de sobrevivência. Podem ser realizados desde o diagnóstico precoce do adoecimento até o processo ativo de morte (MACIEL, 2008). Nessa perspectiva, os Cuidados Paliativos podem ser exclusivos ou complementares aos cuidados curativos e devem estar presentes nos três níveis de assistência – primária, secundária e terciária (MESSIAS et al, 2020).

No caso de pacientes que tem o câncer como doença de base, a terminalidade da patologia é indicada pela presença de metástase ou no caso de um câncer inoperável. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) destaca as seguintes indicações de Cuidados Paliativos segundo as condições do paciente: 1) Paciente não é candidato à terapia curativa; 2) Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento prolongado da vida; 3) Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas; 4) Sintomas não controlados (dispneia, vômito, náusea, entre outros); 4) Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado; 5) Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de uma vez no mês pelo mesmo diagnóstico); 6) Internação prolongada sem evidência de melhora; 7) Internação prolongada em UTI e 8) Prognóstico reservado documentado pela equipe (ANCP, 2012).

O câncer é uma patologia eminentemente ameaçadora da vida e, no contexto de falência do tratamento modificador da doença ou de recidiva, evolui progressivamente e a condição clínica e capacidade funcional do sujeito entra em declínio. Nesse momento, os cuidados paliativos se tornam indispensáveis. No entanto, cada fase da doença exige a tomada de decisões pertinentes e específicas, as quais podem ter o apoio dos parâmetros clínicos, escalas de desempenho e marcadores gerais de prognóstico (MACIEL, 2008). Sobre esse assunto, as participantes fizeram as seguintes afirmações:

Eu acho que a gente teria que olhar o tipo clínico do adoecimento, então, se é um adoecimento crônico, progressivo, quais são as possibilidades curativas, é...o nível de declínio funcional, de declínio cognitivo, o impacto social, o impacto psicológico que isso gera.(E.1)

Primeiro é o processo da doença dele, em que estágio que essa doença já se encontra (...) num processo que não tem cura, se já foram discutidas outras estratégias de tratamento (...) já vem sofrendo aí com a doença há um tempo ou uma doença recém-descoberta, mas que ainda assim não tem possibilidade alguma de cura e que uma tentativa de quimioterapia ou radio ou cirurgia seria só um processo doloroso e invasivo sem nenhuma possibilidade, né, de prolongar ali mais esse tempo de vida (...) o paciente que já tá fisicamente mais debilitado (...); muito tempo acamado (...) ou que não tem mais qualidade de vida ali dentro do que ele tá acostumado a fazer, com desconforto (...)

Pacientes que já têm uma história de vida mesmo de inúmeras perdas ali, muito sofrimento por conta daquela doença. (E.3)

Perpassa mesmo, né, pela situação diagnóstica, pela situação clínica desse paciente, né, é... acho que também deveria perpassar por essa noção mesmo da própria qualidade de vida. (E.4)

O relato das participantes converge com o entendimento da ANCP sobre a necessidade da realização da avaliação funcional. Trata-se de uma estratégia importante para o acompanhamento da curva de evolução do adoecimento e auxilia a equipe no processo de previsão de prognóstico, no diagnóstico de terminalidade, bem como na tomada de decisões no cuidado (ANCP, 2012).

Alguns instrumentos são utilizados para realizar essa avaliação em Oncologia, tais como a escala de Desempenho de Karnofsky e a Escala de Performance Paliativa (PPS), que avaliam a funcionalidade e a condição clínica de pacientes oncológicos (MESSIAS, 2020). Para a avaliação clínica prática da mudança do estado cognitivo pode ser utilizado o Mini-Exame do Estado Mental. A Escala de Atividade de Vida Diária de Katz ajuda na avaliação do desempenho e da capacidade funcional do sujeito e a Escala de desempenho de Zubrod serve para medir o estado geral dos pacientes em Cuidados Paliativos (KIRA, 2008).

Em contrapartida, é fundamental compreender que, aliado ao conhecimento técnico, é essencial perceber o indivíduo como o protagonista de sua história de vida e do seu curso de adoecimento e morte. Além da história natural da doença e das reações fisiológicas, é imprescindível valorizar a trajetória pessoal de vida, as reações emocionais e os aspectos espirituais envolvidos no adoecimento, incluindo a família nesses processos (ANCP, 2012).

É importante ressaltar que os critérios, protocolos e escalas utilizadas na elegibilidade dos Cuidados Paliativos e na realização de ações paliativas voltadas ao paciente oncológico podem auxiliar a equipe multiprofissional de saúde na construção de um plano de cuidado. Do ponto de vista institucional, muitos obstáculos para se ofertar assistência paliativa de qualidade podem ser superados através do desenvolvimento e da efetivação de protocolos institucionais, clínicos e de procedimentos para os Cuidados Paliativos, cuidados no final de vida e no luto (ANCP, 2012).

No entanto, não se pode perder de vista a importância fundamental da promoção de uma assistência individualizada e personalizada às necessidades e aos desejos do paciente, dentro das possibilidades de recursos e de estratégias de cuidado disponíveis.

A avaliação do paciente deve contemplar aspectos que tornem possível entender a história do adoecimento, quais tratamentos já foram realizados e a resposta a eles, facilitar a identificação dos sintomas atuais, compreender as necessidades do indivíduo, possibilitar a avaliação das expectativas com relação tratamento proposto e ao prognóstico, bem como a tomada de decisões clínicas (ANCP, 2012). De acordo com as participantes:

Se o paciente estiver lúcido, orientado, se ele tiver condições de participar e de dizer como ele se sente, da gente explicar pra ele, né, o curso da doença dele ali e as possibilidades que a gente tem pra oferecer esse cuidado, precisa ser levado em consideração e precisa ser uma prioridade. (E.3)

Tem todos os critérios que são orgânicos, né, fisiológicos, clínicos, é... mas escutar o paciente, eu acho que o próprio paciente precisa ser escutado, a família desse paciente precisa ser escutada, por exemplo, quando eles trazem pra mim já um grau de sofrimento muito grande, entende? De sentirem que eles estão (...) recebendo tratamentos ainda muito agressivos, né, é que talvez eles considerem como desnecessários (...) eu acho que um outro critério seria esse, a escuta do próprio paciente, é esse paciente estar, né, informado sobre isso, então, assim, eu acho que primeiro ponto a condição clínica, eu acho que a escuta desse paciente, é... e dessa família. (E.4)

Nesse sentido, as participantes enfatizam a importância da escuta na avaliação do paciente e no processo de cuidado, garantindo assistência individualizada, protagonismo e autonomia do sujeito.

A partir da análise das entrevistas, identificou-se que o trabalho da equipe multiprofissional em saúde na abordagem ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos não está sob a égide das lógicas da integralidade e da interdisciplinaridade. As discussões em equipe dos casos de pacientes oncológicos, bem como a definição conjunta de um plano de cuidado não são práticas rotineiras na assistência a esses pacientes. A abordagem adequada restringe-se aos profissionais que são mais sensíveis ao tema dos Cuidados Paliativos.

De acordo com as entrevistadas, há pouca compreensão teórica e uma preparação técnica frágil da equipe multiprofissional com relação aos cuidados do final de vida. Além disso, identificou-se a ausência de protocolos institucionais e clínicos bem estabelecidos como um problema na assistência a esses pacientes. Nessa perspectiva, torna-se fundamental o aprofundamento dos temas em Cuidados Paliativos na formação dos profissionais de saúde, bem como na educação continuada.

Os desafios e entraves relatados pelas participantes parecem trazer repercussões para a prática do psicólogo na assistência ao paciente e à sua família. A carência de protocolos clínicos e institucionais voltados aos Cuidados paliativos e os problemas na

qualificação da equipe nos cuidados de final de vida podem prejudicar o manejo adequado dos sintomas físicos e da dor dos pacientes oncológicos. Por sua vez, essa realidade pode dificultar a intervenção voltada aos aspectos emocionais e psicológicos vivenciados pelo paciente. Como é ressaltado pela participante:

Mas de maneira geral eu acho que como a gente não tem os protocolos sistematizados, a gente não tem um olhar único para o que é os cuidados paliativos, o que fazer nos cuidados paliativos, a gente vê uma realidade ainda de pacientes com muita dor, com é... sintomas clínicos mesmo, que poderiam ser solucionados bastante acentuados, né, então, se você tem uma dor física muito grande você não consegue olhar e trabalhar pra sua dor psicológicas, então eu preciso que esse paciente seja cuidado também nessas outras dimensões pra que a gente possa ofertar o nosso cuidado. Eu acho que muitas vezes fica a desejar assim, né, os pacientes sentem muita dor, sentem muito desconforto, e aí vai nessa perspectiva de que não tem o que fazer, mas como assim não tem o que fazer, né? Ainda tem muito a ser feito. (E.1)

A dificuldade de orientação dessa equipe, dois o cuidado paliativo que é estabelecido tardio, então às vezes a gente vai atender o paciente que está completamente debilitado e às vezes as questões emocionais, psicológicas, toda essa questão subjetiva, ela pode, inclusive, desestabilizar o paciente clinicamente, então, a gente não consegue trabalhar porque o paciente ele não tem condições clínicas pra fazer isso. (E.2)

As participantes também destacam como a prática fragmentada, a comunicação pouco clara e efetiva entre paciente-equipe-família interferem na assistência psicológica, visto que, muitas vezes, prejudicam a avaliação e o manejo de aspectos importantes, tais como a compreensão do paciente acerca do diagnóstico e do prognóstico e a sua percepção sobre os Cuidados Paliativos.

E às vezes a gente não participa da comunicação, a gente vai meio que reparar estragos de uma comunicação que foi feita (...) a gente fica em uma função de reparação e não de cuidado. (E.2)

Isso complica, inclusive, o trabalho da equipe multi, porque a gente não sabe, às vezes chama a psicologia, mas assim, a gente trata, mas eu não sei se aquele paciente sabe se ele é um paciente de cuidados paliativos. Então, você tem que ir fazendo investigações pra saber, sendo que o paliativista já poderia ter conversado com aquela família, com aquele paciente, toda a equipe multi dando suporte e ter feito um trabalho integrado, inclusive, pra a elaboração desse paciente do quê que é palição também, que não é abandono. (E.2)

Porque a gente vê esses empecilhos a nível comunicacional, de não saber se o paciente sabe, se a família sabe, se eles entendem e às vezes a gente faz palição sem o paciente saber e isso na minha opinião é extremamente desrespeitoso, porque ele entende enquanto abandono, ele não entende o que está acontecendo. Eu acho que existe uma barreira muito grande que evidencia essa... esse delineamento médico de cuidado paliativo e isso mostra um impedimento muito grande quanto às outras equipes e especialidades. (E.2)

Apesar disso, as psicólogas entrevistadas demonstraram conhecimentos adequados sobre tema. Dentro do que é possível diante dos desafios vivenciados e dos

recursos disponíveis, as intervenções paliativas fazem parte da rotina de assistência psicológica ao paciente oncológico. Nessa perspectiva, uma das explicações possíveis dessas constatações diz respeito a como o processo formativo do profissional psicólogo contempla e explora muitos temas transversais aos Cuidados Paliativos, tais como: a importância da visão holística e integral do ser humano, a promoção da autonomia do indivíduo, o acolhimento, a escuta ativa, a comunicação empática, o cuidado à família, a humanização na assistência e o aprofundamento teórico sobre a morte e o processo de luto, entre outros.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS, DA FAMÍLIA E DA EQUIPE

- **Aspectos psicológicos relacionados aos pacientes**

Essa categoria compreende os aspectos psicológicos relacionados aos pacientes oncológicos que estão em Cuidados Paliativos. Abarcando as unidades de registro que descrevem os sentimentos e as emoções, as estratégias de enfrentamento, bem como as percepções dos pacientes acerca do câncer e dos Cuidados Paliativos. Nesse tópico, também são descritos os aspectos psicológicos referentes à família e à equipe multiprofissional de saúde.

O adoecimento por uma patologia oncológica gera impactos físicos e emocionais ao sujeito, que pode vivenciar diversos sintomas desconfortáveis e dolorosos, ser submetido a inúmeros procedimentos invasivos, experienciar perdas concretas e simbólicas, transformações corporais, bem como mudanças na dinâmica familiar e cotidiana (SILVA; AQUINO, SANTOS, 2008). Ressalta-se também o impacto emocional inicial que o estigma social relacionado ao câncer pode causar, haja vista que este é percebido culturalmente como uma doença associada à dor, ao sofrimento e à morte. Dessa forma, pode ser percebida, muitas vezes, como uma patologia que sentencia o indivíduo à morte (ALMEIDA et al, 2018). Como é relatado por uma das participantes:

Essa questão da dor, do sofrimento associado à doença, de um tumor aparente, de uma mudança física, né, uma mutilação, então, são características que eu vejo que a maioria apresenta (...) porque o câncer, né, é... é uma doença que é muito estigmatizada, né, que vem com esse peso da morte sempre junto, então, os pacientes que eu acompanho que tiveram o diagnóstico de câncer, que já estão em Cuidados Paliativos trazem desde o início essa ideia de que é ‘uma

doença que vai me matar’, né, ‘eu vou morrer’. Não só eles como a própria família também traz isso, né? (E.3)

Nessa perspectiva, o medo é um sentimento vivenciado com frequência por pacientes oncológicos que estão em Cuidados Paliativos. Além do medo da morte, as participantes identificam o medo relacionado ao adoecimento e ao tratamento. Como é relatado pelas entrevistadas E1 e E4:

Muito medo também, o medo da doença, o medo do tratamento, medo de sentir dor. Eu nunca acompanhei um único paciente que não trouxesse isso como demanda, né? O medo da dor, o medo do sofrimento, né?.(E.3)

Porque ele era um paciente que tinha pavor de câncer, pavor, pavor... (E.4)

O medo relacionado à morte pode conter diversas facetas, como o medo do desconhecido, o medo de se separar das pessoas amadas, da solidão, medo do que acontecerá com quem fica e de não ser lembrado, o medo de ter os planos e sonhos interrompidos, medo do sofrimento físico, da falta de ar, da dor e o medo de ser julgado por seus comportamentos no plano espiritual. A maneira como o indivíduo teme cada aspecto da morte vai depender dos seus valores, da sua história pessoal e de adoecimento, bem como do seu modo de enfrentamento (BORGES et al, 2021).

Um aspecto que chama a atenção nesse caso diz respeito ao medo vivenciado pelo paciente com câncer estar associado não só à morte, mas também ao sofrimento. O indivíduo teme a morte e teme sentir dores e desconfortos, principalmente com a progressão da doença. Nesse sentido, iniciar os Cuidados Paliativos desde o início do diagnóstico é fundamental – seja nos casos de diagnóstico precoce ou tardio. É importante perceber que as ações paliativas em sua perspectiva multidimensional não devem se restringir ao final de vida ou ao momento do adoecimento em que já não existem mais tratamentos modificadores da doença disponíveis.

Frequentemente, os pacientes oncológicos vivenciam processos de mudanças na vida, perdas e dores – físicas ou emocionais -, haja vista que o adoecimento coloca o sujeito em um contexto de ruptura da vida e o deixa mais vulnerável ao aproximá-lo de sua própria finitude. Assim, a assistência focada no conforto físico, no suporte psicológico, no controle dos sintomas, na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida deve fazer parte do plano de cuidado desses indivíduos em toda a sua trajetória de adoecimento – do diagnóstico ao processo ativo de morte.

Com relação às reações emocionais apresentadas pelos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos, as entrevistadas também destacam os sentimentos de tristeza,

raiva, culpa, revolta, negação do adoecimento e da possibilidade de morte, angústia, desespero existencial e desesperança. A culpa é um sentimento identificado por uma das entrevistadas:

Sentimento de auto-responsabilização, né, será que eu fiz alguma coisa? Será que eu não me cuidei? Será que eu, é...demorei demais pra fazer um exame e por isso que eu tô nessa condição, por isso que eu tô doente, por isso que eu adoeci, né? (E.3)

O diagnóstico de câncer comumente desencadeia reações emocionais intensas, podendo provocar um sofrimento psíquico significativo. Ainda no diagnóstico inicial, o paciente pode vivenciar sentimentos de perplexidade e angústia (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009), bem como sentimentos de impotência e desesperança. Após o choque da confirmação do diagnóstico, é possível também que o paciente apresente raiva, ansiedade e tristeza (SILVA; AQUINO, SANTOS, 2008).

Segundo Klüber-Ross (1977), do ponto de vista psicológico, as pessoas que vivenciam um adoecimento que ameaça a vida podem experimentar reações emocionais de ajustamento, que dizem respeito a cinco estágios no do processo de morrer: 1) negação; 2) raiva, 3) barganha; 4) depressão e 5) aceitação. Esses estágios não seguem uma ordem de manifestação definida e podem acontecer de forma concomitante. Além disso, as fases podem não ser vivenciadas por completo pelo indivíduo. Esses aspectos emocionais são relatados pelas psicólogas participantes, que identificam a manifestação do processo de luto antecipatório na prática do atendimento ao paciente oncológico:

Eu acho que vai muito do que a gente vê em Kluber-Ross mesmo (...) a gente identifica no primeiro momento, nesse primeiro impacto, muitas vezes os pacientes se encontram em quadros importantes de negação e aí querem outras opiniões, outros profissionais, é... um desespero existencial (...) um desespero muito grande, é... tristeza, raiva, bastante. (E.1)

Um processo de luto antecipatório também, né, é... (...) Então, eu percebo isso não só em paciente de cuidados paliativos, mas nos pacientes oncológicos de um modo geral, né. (E.3)

Foi o paciente que tive que manejar muito essa questão dele perceber o câncer como uma punição, foi um paciente que claramente pra ele o câncer foi um castigo, uma punição de Deus e ele não entendia o porquê, porque ele era um homem bom. (E.4)

Ao receber a notícia do câncer, o sujeito pode apresentar um choque inicial (KLÜBER-ROSS, 1977) e ao tomar consciência do seu adoecimento apresentar a negação como um modo de enfrentamento, haja vista o despreparo emocional para lidar com o fato. A negação pode ser manifestada de forma explícita, por exemplo, quando o paciente busca por outras opiniões médicas ou quando evita entrar em contato com informações acerca do seu quadro clínico ou prognóstico. Quando a negação se atenua o

paciente pode manifestar raiva ou revolta diante do adoecimento. Esses sentimentos podem ser direcionados a Deus, aos familiares e até aos membros da equipe (BORGES et al, 2021). O choque inicial após o diagnóstico, as fases de negação, raiva e depressão também são observadas pelas participantes:

Por exemplo, essa paciente mesmo eu acho muito emblemática, porque ela chegou pra mim na revolta mesmo, muito revoltada, ela brigava com tudo, quando ela chegou pra mim na sessão ela brigava com o hospital inteiro, ela brigava com o pessoal da imagem, com o oncologista dela (...) ela brigava com todo mundo. Então, foi preciso escutar essa revolta dela, o quê que é isso que ela tava falando, né, e aí foi quando ela foi podendo falar da não aceitação da doença. Ela não aceitava mesmo, né, e ela foi uma paciente assim que teve muita dificuldade de regulação emocional. (E.4)

A reação que eles me trazem muito assim é “não consigo entender mais nada”, “fiquei muito atordoado”, “parecia que não era comigo”, então saí do consultório tranquilo, tipo assim, “tô com câncer, tranquilo”. Então, foi uma informação, teve um processamento ali da informação, mas a informação não caminhou junto com o afeto, então, a gente vê que teve uma, né, uma espécie de um distanciamento afetivo e racional, digamos assim. Mas já tive paciente que chegou pra mim muito tempo depois, porque entrou em um quadro depressivo instantâneo, né, foi pra casa e não levantou mais da cama, né?” (E.4)

Na fase da barganha, é identificado o desejo do paciente por um pouco mais de tempo, para tanto ele realiza acordos consigo e/ou com Deus, faz pactos de mudanças e até promessas materiais. O estágio da depressão diz respeito ao momento em que o paciente tem a percepção de que a vida acabou, é uma fase que pode ser marcada pelos sentimentos de tristeza, culpa e angústia. A aceitação acontece quando o indivíduo entende a sua situação atual e está em paz com isso. É comum que o paciente esteja mais introspectivo nessa fase e que realize um movimento de revisitação de experiências passadas como uma maneira de entender o sentido de vida (BORGES et al, 2021).

De acordo com as participantes, os pacientes oncológicos que foram informados sobre o seu prognóstico e entendem que estão recebendo cuidados paliativos podem apresentar preocupação com a família, com a organização da vida e o futuro, bem como com a manutenção dos papéis sociais que ocupam.

Eles trazem muito essas expectativas do “O quê que eu vou fazer agora?”; “Como é que eu vou organizar essa vida?”; “Eles têm muitas preocupações com os papéis que eles assumem, de como eu vou deixar os meus filhos, se é que tem filhos, como é que eu vou deixar o meu companheiro, ou eu cuido de uma mãe, como é que vai ser, o meu trabalho, né, eu batalhei por aquilo, tudo o que eu consegui na vida e agora? (E.2)

Esse paciente que eu atendi mesmo (...) é um paciente que falava isso pra mim, que ele tinha muito medo de morrer, porque ele tinha essa filha que ia se

formar ainda na faculdade, e ele queria muito estar presente na formatura dela e ele não esteve, não conseguiu estar. E durante muito tempo ele falou da angústia de deixar essa filha desamparada, que achava que ela ia ficar desamparada, que ela não ia dar conta de viver sem ele. (E.4)

Nos processos de adoecimento e de hospitalização, os pacientes são afastados da rotina doméstica e laboral e, muitas vezes, não podem exercer os seus papéis sociais e familiares como antes. Esses fatores podem gerar impactos para a identidade, haja vista que as atividades realizadas pelos indivíduos, bem como o lugar social/familiar ocupado por eles estão relacionados à percepção de si mesmo e aos seus valores. Além disso, com o avanço do câncer ocorre também a progressão das perdas funcionais e de mobilidade, em consequência disso o paciente oncológico se torna mais dependente de cuidados e sofre prejuízos na autonomia. Sobre essa questão, a participante E2 fez a seguinte afirmação:

Então eu vejo que essa é uma das demandas, uma perda de autonomia também por conta do quadro clínico né, da debilitação mesmo física e emocional também, e vi também uma demanda de, muitas vezes, de perda de identidade, tanto pelo processo físico de debilitação, de não se identificar mais com a pessoa que subjetivamente você se vê, mas também por conta desses papéis, eu não assumo mais o papel de pai, mãe, tio, filha, sei lá, trabalhador, professor, mecânico, eletricista, professora, mas eu sou agora um paciente oncológico e às vezes isso se resume nessa vida. (E.2)

O relato da psicóloga entrevistada aponta para um aspecto importante que diz respeito ao processo de despersonalização que pode acontecer com pacientes oncológicos hospitalizados. A despersonalização pode estar relacionada à identidade do paciente, quando este deixa de ser chamado pelo seu próprio nome e passa a ser reconhecido no ambiente hospitalar pelo seu diagnóstico ou pelo leito que ocupa. Ocorre também a despersonalização espacial, que se refere ao contexto em que o indivíduo perde a sua identidade social e familiar, devido ao afastamento do seu lar e por estar em um local físico diferente e pouco familiar (TAVARES; PAWLOWYTSCH, 2013).

Observa-se que, no contexto hospitalar, a equipe de saúde habitualmente se orienta a partir dos padrões do modelo biomédico de assistência, no qual são priorizados os aspectos físicos e biológicos no cuidado em saúde, o que pode levar à negligência das outras dimensões do sujeito e impedir que a equipe perceba o paciente como um ser integral e completo para além do seu adoecimento (ESPINHA, 2007). A despersonalização vivenciada pelo paciente internado está relacionada a alguns fatores, a saber: o afastamento da rotina diária, das relações sociais e familiares, a necessidade

de adaptação a horários, regras e protocolos institucionais diferentes dos habituais, a perda de autonomia e a falta de comunicação com a equipe (SILVA, FOGER, SANTOS, 2019). Esse assunto é abordado pelas participantes:

Muitas vezes a equipe reforça isso também, né, acho que esse falar que é o paciente oncológico, é o paciente paliativo, isso acaba despersonalizando muito esse paciente e reforçando essas demandas. (E.2)

Ele tinha (o paciente) um sofrimento muito grande, especialmente por conta da paraplegia, né, pelo câncer também, mas como ele era muito ativo o fato dele ter ficado paraplégico gerou um impacto muito grande assim. Ele era de ir a muitas festas, né. E aí um primeiro momento foi tentar ressignificar quem ele era agora, né, que ele passou a ser de um sujeito ativo, festeiro para uma pessoa paraplégica e com câncer. Que era como ele se enxergava. (E.1)

Além dos aspectos já discutidos, a partir do relato das participantes são identificadas questões relevantes que dizem respeito à compreensão dos pacientes sobre o adoecimento, prognóstico e os Cuidados Paliativos. É observado que, em alguns casos, quando não existe uma comunicação clara e efetiva com a equipe, os pacientes não compreendem de forma adequada o que são os Cuidados Paliativos. O que pode gerar fantasias, medo do abandono, percepção de negligência na assistência, vergonha de dialogar com os membros da equipe, além do aumento do nível de angústia.

Não são todos que entendem o quê que é isso, inclusive alguns deles chegam pra mim já com essa perspectiva de que o cuidado paliativo significa não tem nada pra fazer e eu vou morrer. (E.4)

Muitas vezes a não compreensão do que é o processo de cuidados paliativos reforça neles essa sensação de que não tá sendo feito tudo, entende, não tá sendo feito tudo, poderia se tentar mais, poderia se, sei lá, até ser um pouco mais agressivo na via de tratamento. (E.4)

Alguns pacientes tem uma ideia de que quando estão em cuidados paliativos, né, vão morrer em sofrimento, então, quando um médico fala de medidas de conforto, fala que vai tirar alguns dispositivos, eu já ouvi algumas vezes assim “mas eu vou ficar com falta de ar?”, “mas eu vou morrer com dor?”. (E.3)

A gente vê muito essa percepção de que vai ser abandonado, de que nada vai ser feito, mas não entende o motivo (...) porque ele (o paciente) entende enquanto abandono, ele não entende o que está acontecendo. (E.2)

Muitos deles têm vergonha de falar com o médico, tem vergonha de questionar o médico, né? (E.4)

Além disso, quando o paciente oncológico não tem conhecimento de que o foco do seu tratamento não é mais curativo e mantém a percepção de que medidas curativas ainda estão sendo realizadas, ele pode apresentar os sentimentos de desesperança, dificuldade na aceitação da doença e da morte, o desejo pela cura, bem como desgaste emocional. Como é mencionado pela psicóloga entrevistada:

Eu percebo essa busca pela cura, sabe, assim, muito clara. O desejo de ser curado da doença, por exemplo, né, é, os meus pacientes que não compreendem o quê que é o processo de cuidados paliativos têm muito esse foco ainda, eles estão na luta, né, digamos assim, contra a doença, eles estão empenhados em lutar contra a doença. (E.4)

Esse paciente que não tem compreensão realmente do que tá acontecendo, que ele entrou em cuidado paliativo, ele é um paciente que se cansa com o tratamento, porque ele vai, vai vai... e ele não obtém a cura, a cura fica cada vez mais longe, porque na verdade não é mais processo de cura. Entende? Então, eu percebo uma exaustão muito grande, cansaço, desesperança, né? Às vezes a família chega pra mim até com um discurso de que agora é preparar pra morte mesmo, só que é um preparar pra morte muito triste, é um preparar pra morte de quem perdeu a batalha mesmo, né? Eu percebo isso assim. E a não aceitação, eu acho de uma certa forma, sabe, do processo de morte. (E.4)

O relato da participante coloca em evidência o impacto emocional que pode ocorrer, no caso de pacientes e familiares que não têm acesso a informações adequadas sobre o plano de cuidado e os objetivos das intervenções realizadas. A falta de compreensão acerca da proposta da abordagem paliativa pode levar o paciente e a família a manter expectativas pouco próximas das possibilidades reais quanto ao tratamento e ao prognóstico. Esse é um aspecto que pode causar sofrimento, e, além disso, afastar o paciente de processos de elaboração subjetiva importantes para o enfrentamento da doença e da finitude, bem como distanciar a família da vivência do luto antecipatório.

Nesse ponto, torna-se fundamental a reflexão sobre a questão da comunicação em cuidados paliativos. O paciente tem o direito de ser informado de maneira clara sobre o seu processo de adoecimento, tratamento e prognóstico. Tem também o direito de não desejá-lo e, nesse caso, deve ser respeitado. No entanto, no contexto da palição, a comunicação adequada, empática e adaptada às necessidades do paciente pode minimizar os sentimentos de abandono e de isolamento e encorajar a verbalização de sentimentos, dúvidas e medos vivenciados pelo paciente, e, dessa maneira, proporcionar bem-estar psicológico (MENDES, 2009).

Ademais, as psicólogas participantes identificam o potencial de ressignificação da vida a partir do diagnóstico de câncer e da aproximação do sujeito com a morte e o morrer. De acordo com os relatos, esse movimento subjetivo acontece comumente nos casos de pacientes oncológicos que estão bem informados sobre o seu quadro clínico/prognóstico e compreendem adequadamente os Cuidados Paliativos.

Quando o paciente compreende o que tá acontecendo, né (...) é uma coisa que me chama muita atenção nos meus pacientes todos oncológicos, mais em especial nesses em que estão nesse processo de cuidados paliativos é a

dimensão da vida, a dimensão do tempo, da vida, né, é, o pensar sobre o quê que o processo do câncer, o processo do adoecimento trouxe de modificação de vida, de valorização, de aspectos que antes eles não entendiam, não compreendiam, não valorizavam e mais ainda, o paciente em cuidado paliativo que eu observo que ele entende realmente o quê que tá acontecendo, eles têm uma dimensão muito clara de que assim, é, o estar em cuidado paliativo além de trazer qualidade de vida e até, quem sabe, um pouco mais de tempo de vida também, é... o cuidado paliativo aponta pra isso, né, para como eu quero morrer, então, permite até que a gente fale sobre isso com mais clareza, que eles se sintam mais organizados, inclusive eu percebo diminuição de ansiedade. (E.4)

Além disso, o paciente em Cuidados Paliativos oncológicos pode vivenciar a sensação de controle sobre a própria vida, a possibilidade de rever os valores e as relações interpessoais, bem como, de perceber o que realmente deseja – para a vida e para a morte -, de realizar mudanças, a possibilidade de se conectar com o que faz sentido e de ser mais autêntico. Como é descrito pela participante:

“Em alguns outros pacientes eu acho que a gente, eu observo também uma possibilidade de ressignificação da vida, do que faz sentido, do que ainda pode ser feito, de qual tipo de vida que eu ainda quero levar, qual é a qualidade de vida que eu quero, obviamente nem todos os pacientes vão chegar, né, nessa etapa de poder ressignificar, mas os que chegam eu acho que são processos bem bonitos, assim, de poder entender qual é o lugar da morte, o que ele acredita, o que valeu a pena até ali ou não, né, o que não tem mais como ser mudado e o que que eu quero daqui pra frente.” (E.1)

Nessa perspectiva, o adoecimento e a finitude podem ser disparadores de transformações significativas a nível existencial e humano. Uma situação de grande sofrimento pode ser uma oportunidade de rever situações, buscar sentidos de vida e revisitar valores. O paciente ao se deparar com a vulnerabilidade da sua própria existência pode impulsionar-se a questionamentos, reflexões e, assim, ver-se na urgência de ressignificar a sua forma de viver, os papéis sociais que ocupa e a buscar por uma vida mais congruente aos seus desejos e valores (GAMA, 2016).

É importante salientar que a perspectiva da possibilidade de ressignificação da vida não exclui os impactos psicossociais e físicos causados pelo adoecimento devido a um câncer sem possibilidade terapêutica de cura. No entanto, é importante perceber que, do ponto de vista subjetivo e existencial, há potência humana mesmo diante do sofrimento intenso. Mais do que isso, é possível que, por estar diante da sua finitude, o indivíduo se coloque no mundo e nas relações de uma forma mais autêntica.

As reações psicológicas apresentadas por pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos têm caráter muito singular. A maneira como o indivíduo manifestará suas emoções e o seu modo de enfrentamento diante da doença tem relação com a sua

história de vida e de adoecimento, com a estrutura de personalidade, bem como, com experiências anteriores com o câncer, o suporte familiar e a relação com a equipe de saúde. Além disso, dependerá do estágio da doença e das possibilidades de tratamento.

No entanto, através do relato das entrevistadas foram identificados aspectos psicológicos comumente observados no acompanhamento psicológico hospitalar a esses pacientes. Tais aspectos descritos pelas participantes convergem com os dados da literatura sobre o tema. Desse modo, aprofundar a compreensão acerca das especificidades dos fatores psicológicos e emocionais relacionados aos pacientes em Cuidados Paliativos oncológicos configura-se como um passo importante para fornecer uma melhor assistência a esses indivíduos e aos seus familiares.

- **Aspectos psicológicos relacionados à família**

O processo de adoecimento não se configura apenas como um acontecimento individual, visto que gera repercussões significativas para a família do paciente. Os familiares de indivíduos diagnosticados com câncer vivenciam diversos tipos de impactos emocionais ao se depararem com a doença, em especial, nos casos de prognósticos reservados, onde não existem mais possibilidades de intervenções que modifiquem a patologia. Além disso, o adoecer demanda a reorganização em diferentes aspectos da vida e do cotidiano da família (SOUZA; GOMES, 2012).

Como é destacado pelas participantes, o adoecimento pode desvelar ou intensificar conflitos familiares pré-existentes:

Porque o familiar também tem esse impacto, né, na própria rotina, né, de trabalho, de vida relacional. (E.4)

Famílias que têm disfuncionalidades, conflitos, muitas vezes, isso se exacerbam de uma forma que, às vezes, a demanda nem é o Cuidado Paliativo, é como essa família tá encarando tudo isso, porque alguma coisa vai ter que ser reorganizada, e eles não sabem como. (E.2)

Na perspectiva dos Cuidados Paliativos, a família - biológica e a adquirida – pode e deve ser parceira da equipe de saúde, bem como colaboradores no cuidado. Em geral, os familiares são quem melhor conhecem o paciente em suas necessidades, singularidades e hábitos. Entende-se também que, frente ao adoecimento do paciente, todo o núcleo familiar e social adoecer e sofre. O sofrimento da família deve ser acolhido e paliado. Dessa forma, dentre os princípios norteadores dos Cuidados Paliativos incluem-se: 1) Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a

doença do paciente e a enfrentar o luto e 2) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto (ANCP, 2012).

Através do relato das participantes, são identificadas algumas reações emocionais apresentadas pelos familiares de pacientes oncológicos em Cuidados paliativos, a saber: fantasias, luto antecipatório, preocupação com relação aos cuidados com o paciente e esperança com relação à cura.

Se a palição ela já foi estabelecida, já foi conversado, existe um processo já de luto antecipatório, mas que é esperado e que você vê uma família evoluindo dentro do que é esperado, né, claro tem as suas fantasias, as distorções, mas que não são coisas exacerbadas. (E.2)

O acompanhante dela era o esposo, ele não tava conseguindo lidar muito bem com o processo de adoecimento dela, tanto que ele tinha muita dificuldade de estar dentro da UTI, acompanhar as visitas, né? Isso causava um sofrimento muito grande nele. (E.3)

Então, assim, ele foi um dos familiares que eu mais atendi, porque ele trazia literalmente o choro, ele trazia “como que eu vou cuidar dela?”, “como que eu posso ajudar ela no pós-cirúrgico?” (E.4)

A maioria dessas famílias são leigas, elas não entendem, é...o que é o cuidados paliativos, tem muitas fantasias, muitas crenças envolta desse processo. (E.3)

Além desses aspectos, as entrevistadas descreveram a negação do adoecimento e da possibilidade de morte, manifestação de *coping* espiritual/religioso no enfrentamento do adoecimento e da morte, bem como a preocupação com a resolutividade de questões práticas na hospitalização.

Porque eu sabia que seria um luto difícil, né, porque, enfim, em momento algum ele entendeu, ele entrou em contato com a possibilidade de morte, né, ele negou a doença o tempo todo, ele não aceitava perder a esposa, principalmente, porque ela era muito jovem. (E.3)

Uma visita que eu tentava colocar pro familiar e pro paciente, né, conversem, né, ele perguntava se podia tocar, eu falava pra ele tocar no paciente, mas tava muito no movimento da resolutividade. Do vou te tirar, vou fazer isso, vou fazer aquilo. E o conteúdo que poderia ser é...talvez mais importante naquele momento, de se perceber com aquele familiar naquela condição e de perceber que, talvez, aqueles cinco minutos que você tinha poderiam ser os últimos cinco minutos, isso acaba se perdendo e aí, inclusive, o paciente ele morreu na UTI, ele não tinha condições e a família ela criou uma expectativa muito grande. (E.2)

Esse esposo que tinha um *coping* religioso, assim, bem negativo, né, ele trazia muito essa expectativa da fé, do milagre, de que ia acontecer um milagre, de que nada disso poderia ser verdade. Foi difícil porque ele não teve a oportunidade de falar sobre algumas coisas com ela, porque o tempo todo ele negou a doença. (E.3)

Os familiares que convivem e cuidam da pessoa com diagnóstico de câncer estão expostos aos mesmos conflitos e sentimentos vivenciados pelo paciente, podendo experimentar sentimento de desespero, medo do sofrimento físico e da morte, sofrimento psíquico e sensação de impotência diante da situação de adoecimento (INOCENTI; ROGRIGUES, MIASSO, 2009). São comumente vivenciados também os sentimentos de perplexidade, revolta e angústia (SOUZA; GOMES, 2012).

O cuidador familiar constitui-se enquanto uma figura ativa no adoecimento e participa de forma direta dos cuidados ao paciente. De forma repentina, ele deixa de ser um membro da família para se tornar responsável pelo bem-estar do paciente, junto à equipe multiprofissional. Nesse cenário, os familiares podem sentir uma experiência implícita de necessidade de realizar a assistência ao paciente como um profissional de saúde. Muitas vezes, podem se sentir inseguros e sobrecarregados (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

Sobre essa questão, as participantes relatam que os familiares, algumas vezes, se fixam no papel de cuidador, o que gera um distanciamento afetivo do seu lugar de membro da família. Além disso, descrevem também que a família pode ter dificuldade de entrar em contato e manifestar os seus sentimentos e emoções diante da percepção de que precisam ser ou se mostrarem fortes para o paciente.

Como a família fica naquela posição de cuidador, se perde no papel de família, muitas vezes, porque fica sempre querendo cuidar, cuidar, cuidar. Não se permite sofrer, porque acredita que o chorar, o sofrer é dar fraqueza pra aquela outra pessoa e naquele momento eles só querem passar força, só querem passar coisas boas. (E.2)

Nessa perspectiva, é destacado também o medo dos familiares de expor para o paciente a sua real condição clínica e a fantasia de que o mesmo poderá sofrer um impacto emocional insuportável que poderia acelerar o processo de morte ou levar ao desenvolvimento de um transtorno depressivo.

Muitas vezes, os familiares têm dificuldade em expor pro paciente qual é a reação situação clínica, né, e aí pede pra equipe não falar, não trazer, porque o paciente não vai agüentar (...). Muitas vezes o medo é muito mais da família do que do próprio paciente. (E.1)

E a família estava perdida, sem saber como contar pra ele (...) A família tinha muito medo de contar e ele deprimir, se entregar e morrer logo, né? É, aí, enfim, aí fui chamada, primeiro eu fui atender a família, fui entender porque a família tinha tanto medo. (E.4)

É importante frisar que, apesar de fragilizado o paciente pode deduzir que possui uma doença grave, ainda que o mesmo não seja informado acerca do seu diagnóstico e do prognóstico. O paciente percebe as modificações em seu próprio corpo, a progressão dos sintomas e a perda de funcionalidade. Além disso, pode perceber mudanças de tratamento com relação aos seus familiares, sentimento de tensão e cochichos com a equipe. Desse modo, é fundamental que os familiares e os pacientes estabeleçam uma comunicação aberta, onde seja permitida a expressão dos sentimentos e emoções, dos desejos, dos medos e das preocupações.

Ademais, é observado também o desejo do familiar em se manter próximo ao paciente em todo momento diante da compreensão de que o tempo de vida do seu ente-querido, de alguma forma, está se findando mais rapidamente. Como é descrito pela fala da entrevistada:

Porque eles pensam que todo o minuto que eles passarem longe eles estão perdendo minuto com aquele paciente também. (E.2)

Algumas reações emocionais comuns aos familiares de pacientes em Cuidados Paliativos são sentimentos relacionados à perda, a exemplo da sensação de que pouco a pouco se está perdendo o ente-querido. Isso pode ser intensificado quando o familiar presencia de perto o sofrimento do paciente, especialmente nas fases de perdas funcionais na progressão da doença. Nesses casos, o familiar pode se sentir impotente diante da situação em que não é possível a cura ou o restabelecimento físico (SOUZA; GOMES, 2012).

Nesse sentido, o familiar que é responsável por cuidar do paciente oncológico em Cuidados Paliativos precisa lidar com diversas demandas emocionais e cotidianas. Além de garantir o bem estar do paciente, precisa resolver questões práticas do dia-a-dia e fornecer suporte afetivo. Diante de tantas exigências, o familiar pode silenciar a sua própria dor e sofrimento, o que pode levar não só à sobrecarga, mas à exaustão física e psicológica. Assim, é importante compreender que o cuidado a quem cuida configura-se como uma extensão do cuidado ao paciente.

- **Aspectos psicológicos da equipe multiprofissional de saúde**

As participantes apontam alguns aspectos psicológicos importantes relacionados à equipe multiprofissional de saúde, destacando como os profissionais que assistem o paciente oncológico em Cuidados Paliativos também são emocionalmente afetados e vivenciam desafios na assistência.

Diante disso, as psicólogas entrevistadas identificam: o sentimento de frustração diante do esgotamento da possibilidade de recursos modificadores da doença, a dificuldade da equipe em falar sobre a morte e de conversar abertamente com o paciente sobre o seu diagnóstico e prognóstico. Além disso, percebem o distanciamento afetivo do médico com relação ao paciente.

Isso vem muito de uma frustração dessa equipe também. (E.2)

A equipe tem me trazido demandas de que eles tem muita dificuldade em falar sobre morte, em conversar com esse paciente que é tido em cuidado paliativo, porque tem essa idéia né, o paciente em cuidado paliativo vai morrer daqui a três dias e aí há uma dificuldade em falar sobre isso, falar sobre... com o próprio paciente, né, às vezes, o paciente fala e a equipe esquiva e eles vêm me trazer que não dão conta de falar sobre isso. De que forma eles podem abordar o paciente. (E.1)

Ter que lidar com a morte, com a perda, né? Então, isso é muito difícil também, obviamente isso repercute também um pouco na gente, nas nossas experiências de vida também, na equipe (...) então, é um processo, é... que traz um nível de angústia muito grande pra todo mundo, né? (E.3)

E, às vezes, a gente percebe também o movimento do médico de passar aquilo, mas ele não entra em contato com a notícia que ele está dando também, porque ele também entende que o paciente ele vai se mobilizar em algum momento. (E.2)

A equipe multiprofissional pode vivenciar muitas dificuldades no cuidado ao indivíduo diagnosticado com câncer que está recebendo cuidados do final de vida. Essa questão é complexa e tem relação com a formação profissional e com o paradigma científico biomédico que determina como princípio da assistência a obstinação terapêutica pela cura do paciente (CARDOSO et al, 2013a). A morte é interpretada por muitos profissionais como um fracasso, incompetência ou incapacidade, visto que eles foram preparados para combatê-la. Desse modo, o processo de terminalidade pode gerar na equipe sentimentos de medo, tristeza, impotência, culpa, falha, depressão e fracasso (CARDOSO et al, 2013b). O desconforto em falar sobre a morte e os Cuidados Paliativos é exemplificado pela participante:

Eu acho que muitas vezes a gente joga uma informação e meio que sai correndo, então, que provavelmente é um mecanismo de defesa dessa equipe (...) às vezes a gente vê o paciente debilitado, ter uma cadeira do lado e o médico dar uma má notícia em pé, assim, no ponto de partida pra saída do

quarto. Então, demonstrando claramente que ele tá desconfortável com aquilo ali. (E.2)

De um modo geral, os profissionais de saúde têm dificuldade em perceber a morte como um evento natural da vida, podendo experienciar conflitos e medos ao cuidar de pacientes oncológicos (LORENZZONI; VILELA; ROGRIGUES, 2019). É importante refletir sobre como o pouco aprofundamento do tema sobre a morte e o morrer no processo formativo desses profissionais pode trazer prejuízos diretos aos pacientes e aos familiares. Assim, é urgente compreender que a impossibilidade de evitar a progressão da doença não torna a equipe multiprofissional de saúde incapaz de cuidar.

O relato das participantes evidencia que a pouca compreensão sobre os Cuidados Paliativos e a falta de qualificação nesse sentido também gera sentimentos de angústia e insegurança na equipe multiprofissional.

Porque eu também percebo que falar de cuidados paliativos em um hospital onde a gente não tem um serviço especializado nisso ainda é muito difícil, né, ainda gera muita angústia, muitas dúvidas, muita insegurança nessa equipe. (E.3)

Se um profissional ele não entende o que é cuidados paliativos e ele vê, por exemplo, a gente tirando uma hemodiálise, a gente tirando alguns dispositivos, isso gera muita angústia nesse profissional, né? E óbvio que isso vai impactar na forma como ele, é... se apresenta a esse paciente, né, em como ele conduz ali esses cuidados e também como ele se apresenta à família, né? (E.3)

Ressalta-se, ainda, que o sentimento de angústia também aparece quando a equipe lida com questões institucionais e situações relacionadas à organização do Sistema Único de Saúde. Como é descrito pela participante:

É uma equipe que fala muito da angústia, porque assim, inclusive como nós somos um serviço público, então, assim essa equipe acompanha a angústia desse paciente que tá com um tumor crescendo e aguardando a cirurgia. A fila de espera da cirurgia é o que mais impacta essa equipe, porque o paciente liga, o paciente cobra, o paciente fala “gente, pelo amor de Deus, eu não posso, daqui a pouco vai ficar tão grave que vai precisar tirar o órgão todo, vai precisar fazer uma cirurgia muito mais agressiva.”. E essa equipe tá nos bastidores e conhecem os trâmites, né, então, ela sofre muito, muito mesmo com essas longas esperas, de organização da própria estrutura do tratamento do Sistema Único de Saúde. (E.4)

Os sentimentos de impotência e de ansiedade podem emergir quando esses profissionais da saúde são colocados frente a situações que fogem ao seu controle e podem prejudicar a assistência ao paciente, seja dificultando o acesso do mesmo ao cuidado ou tornando o processo mais demorado (CARDOSO et al, 2013a).

Diante desse contexto, a necessidade do cuidado à saúde mental da equipe multiprofissional é um dos conteúdos que emerge no relato das participantes. Percebe-se que a assistência psicológica é convocada pelos profissionais de saúde, os quais vivenciam os impactos emocionais decorrentes do trabalho:

A equipe daqui tem uma demanda muito grande de processos pessoais, sabe, eu vejo assim também, psicológico, pessoal. É... eles pedem muito por um psicólogo que cuide deles enquanto equipe, né, e eu não consigo dar conta dessa demanda. Uma vez ou outra eu já tentei uma iniciativa até com vocês residentes mesmo, né, fazer um grupo, uma intervenção, uma ação de autocuidado, mas coisas muito esporádicas e muito pontuais, que assim acabam não tendo uma resposta adequada, né, mas, assim, eles falam muito. (E.4)

Diante de todos os desafios expostos, percebem-se os impactos negativos na assistência em saúde devido à falta de uma melhor qualificação dos profissionais com relação ao tema dos Cuidados Paliativos. No entanto, observa-se também que esses mesmos aspectos podem gerar impactos psicológicos significativos à equipe multiprofissional. Nesse sentido, para que os cuidados do final de vida sejam realizados de maneira adequada é essencial o cuidado à saúde mental desses profissionais.

Ademais, essa discussão evidencia uma questão institucional importante que diz respeito à carência de estratégias de cuidado voltadas à saúde mental da equipe multiprofissional de saúde. Através do relato das participantes, observam-se tentativas do Serviço de Psicologia da instituição hospitalar em realizar intervenções pontuais voltadas aos profissionais. Entretanto, é importante que esse cuidado à saúde do trabalhador possa ser ofertado de maneira mais ampla e contínua, a fim de promover efeitos mais efetivos e duradouros. Com efeito, é importante que o psicólogo hospitalar identifique os eventuais aspectos psicológicos da equipe que possam interferir no cuidado ofertado aos pacientes.

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NA ABORDAGEM AOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Nesta categoria, serão descritas unidades de registro que contemplam intervenções psicológicas voltadas aos pacientes oncológicos que estão em Cuidados Paliativos, bem como intervenções direcionadas à família e aquelas realizadas em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde.

O psicólogo enquanto membro da equipe multiprofissional atua acolhendo e intervindo nas questões subjetivas e psicológicas dos pacientes e da família. Além disso,

cumprir um papel importante na mediação da comunicação da tríade paciente-equipe-família e na promoção de intervenções em conjunto à equipe, a fim de realizar um cuidado integral (SOUSA; LIMA; TORRES, 2020).

As participantes destacaram intervenções iniciais voltadas ao acolhimento, à escuta ativa, à validação dos sentimentos e emoções, bem como do sofrimento vivenciado pelo paciente durante o processo de adoecimento, conforme as falas que se seguem:

Acolher, né, e validar o que eles estão sentindo. É um processo de muitas mudanças mesmo, é um processo muito difícil. O tratamento oncológico é um tratamento muito difícil mesmo, né, envolve uma série de procedimentos invasivos, um tratamento mais prolongado (...) a gente precisa acolher esses pacientes e essas famílias, né? Eu procuro fazer uma escuta acolhedora, sempre acolher a história de vida dele (...) validar esse paciente, né? Então, se ele tá mais ansioso, se ele tá mais angustiado, se ele tá mais queixoso não é simplesmente trazer aquele discurso ‘Pensa positivo!’, ‘Tenha fé!’, né? Às vezes a gente ouve muito isso das pessoas, ‘tenha paciência!’, ‘Você vai logo pra casa.’. A gente não tá validando fazendo isso, né? Quando uma pessoa tá ali numa cama, querendo ter um pouquinho mais de qualidade de vida, querendo estar perto da família, querendo ser curado de uma doença que ele tem tanto medo e a gente diz ‘Olha, tenha paciência! Tenha fé’, eu tô invalidando os recursos dele, né? Não significa que essa pessoa não tenha fé, não significa que ela não seja paciente. Naquele momento tá extremamente difícil pra ela e ela precisa verbalizar isso, então, essa validação ela é muito importante e eu tento priorizar isso, né? (E.3)

Acolhimento, né? Em primeiro lugar esse paciente precisa ser acolhido, ele precisa ter uma escuta ativa, né, e muito voltada pra realidade dele e que valorize essa dor, esse sofrimento, né. (E.1)

No campo da saúde, o acolhimento é uma tecnologia leve que aproxima a equipe das demandas dos usuários e possibilita a estruturação das práticas de saúde. Por meio do acolhimento objetiva-se a construção de vínculos e o desenvolvimento de uma relação humanizada e horizontalizada entre a equipe, o paciente e os familiares (VELASCO et al, 2012). Desse modo, o acolhimento pode minimizar os impactos iniciais relacionados à hospitalização, na medida em que o psicólogo se torna uma profissional de referência nesse contexto, o que contribui para a construção do vínculo terapêutico.

A escuta ativa das queixas e dos relatos apresentados pelo paciente e pela família permite que o psicólogo conheça a história do adoecimento e de vida do sujeito que se apresenta e identifique possíveis demandas psicológicas. Através da escuta o profissional, pode-se acessar as percepções e os sentimentos que emergem nesse contexto (MELO et al, 2013). A validação emocional relatada pelas participantes diz respeito a reconhecer e considerar os sentimentos, as emoções e as sensações

apresentadas pelo paciente. Validar pode ser um recurso importante para legitimar o sofrimento do paciente, possibilitar que esse sujeito se sinta compreendido, bem como promover o apoio emocional ao paciente.

De acordo com as participantes E1 e E3, a promoção da autonomia é uma intervenção primordial na assistência psicológica ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos, como relatado:

Tento fazer, que eu acho que é um dos princípios básicos do CP, né, estimular a autonomia do paciente, validar os desejos, se for um paciente que dá conta, né, de lidar, de estar lidando com esse processo. Mas na medida do possível o que a gente pode fazer pra melhorar a autonomia (...) então, a gente trazer essa perspectiva também, primeiro pro próprio paciente, o que ele quer saber, até onde ele quer que a gente trabalhe com ele, mas, é, que ele pode e deve ser o protagonista da sua história, da sua vida, da sua condição (E.1)

Pensando no paciente acordado, né, eu vou falar aqui de um paciente que esteja em condições, né, da gente trazê-lo mais pra participar do processo, é realmente dar autonomia pra esse paciente. Eu acho que é o principal, assim, a estratégia e a intervenção que eu considero mais importante. (E.3)

A garantia da autonomia e da dignidade do paciente é uma diretriz central nos Cuidados Paliativos (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). Na promoção da autonomia devem-se respeitar as opiniões e decisões do paciente e reconhecer as suas escolhas, ainda que não estejam de acordo com as consideradas mais adequadas em um determinado contexto. Nesse sentido, é importante criar condições para que o paciente possa tomar decisões congruentes aos seus valores, crenças e ao seu plano de vida (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

As participantes destacaram algumas intervenções psicológicas relevantes na promoção da autonomia, como: a escuta dos desejos/necessidades do paciente, a compreensão do que o paciente deseja saber acerca do seu adoecimento, tratamento e prognóstico. As entrevistadas frisam, ainda, que tornar o paciente mais ativo na rotina de cuidados e respeitar as decisões sobre os procedimentos e tratamentos que deseja (ou não) realizar durante a hospitalização são maneiras de garantir o seu protagonismo.

É... estratégias de promoção de autonomia, do protagonismo, né, pra que esse paciente entenda que ele tá ali, que ele faz parte do processo de cuidado dele, que ele pode escolher, né, dentro de alguns limites o que ele quer e o que ele não quer que seja feito, a forma que ele quer que seja feito (...) mas a gente vai tentando garantir o protagonismo inclusive com relação ao próprio cuidado o que ele deseja que seja feito, o que ele não deseja que seja feito em equipe multiprofissional. (E.1)

Promover essa autonomia respeitando mesmo as vontades desse paciente (...) é oferecer essa autonomia dele escolher mesmo, dele fazer algumas escolhas que são importantes ali pra vida dele, do quê que ele gostaria que fizesse, de como

ele gostaria que fosse, né? Por exemplo, como eu citei da paciente entubada. Ah, a gente poderia tentar fazer uma extubação paliativa? Poderia. Mas ele não quer, ele não deseja, né? Vamos tentar.... Impondo isso o tempo todo, é...convencer o paciente, convencer a família de que a gente pode conseguir, de que a gente pode tentar? Mas aí a gente não vai estar respeitando a autonomia dele, né? (...) O que esse paciente quer fazer? De que forma ele quer se apresentar ali, né? É... ele quer tomar banho naquele dia, ele não quer. Ele quer falar sobre as emoções dele, ele não quer, né? (E.3)

Às vezes é uma internação que a família toma essa decisão, então, ele (o paciente) também perceber o que ele quer fazer, o que ele sente, e inclusive dizer às pessoas o que ele sente, pra que isso também fique claro e ele seja ativo nesse processo de cuidado dele consigo mesmo e com outros. E também do quê que ele pensa, né, disso tudo. Dele conseguir integrar melhor esses pensamentos, da gente trabalhar melhor essas disfunções e é isso. (E.2)

Vale salientar que no contexto hospitalar, muitas vezes, o paciente vivencia um processo de despersonalização que o distancia da sua história, identidade e dos seus valores. Nesse sentido, a assistência psicológica tem um papel importante no resgate da subjetividade do sujeito e na humanização do cuidado. É potente e necessário acolher, ouvir, interessar-se de maneira genuína por quem é aquela pessoa para além da doença. Sobre isso, a participante E2 descreve o acompanhamento psicológico como uma estratégia na promoção da autonomia:

Eu acho que a própria intervenção psicológica ela acaba que por si só fazendo muito disso, porque a gente dá lugar e voz a esse paciente. (E.2)

As participantes E1 e E4 elucidam a necessidade de incluir os familiares como parceiros na garantia do protagonismo do paciente. Para tanto, são realizadas intervenções com o objetivo de orientar e sensibilizar a família sobre a importância do estímulo à postura ativa e autônoma do paciente. A participante E4 aponta intervenções com foco no contexto da pós-alta hospitalar, onde são avaliadas junto aos familiares as possibilidades de readaptação da rotina e na estrutura do ambiente, a fim de aumentar o nível de independência do paciente:

Eu falo sempre com a família, escuta o que ele tá falando, né? Ouve o que ele tá dizendo, aceita o que ele tá falando, aceita o que ele tá decidindo, é, eu sempre falo, principalmente quando é um paciente idoso (...) Então, eu gosto de trabalhar a autonomia do paciente assim, fazendo a família entender que ele tem autonomia, que ele pode decidir sim, a menos que seja um câncer neurológico, que a pessoa tenha alguma alteração muito grave, mas fora isso não, ele tem o poder de decisão, ele precisa ser escutado. (E.4)
Então ajudar os familiares a poderem dar esse lugar de autonomia, de sujeito, né, e não só mais de doente pro paciente. (E.1)

Então, eu preciso de uma rede, eu preciso de uma estrutura pra que isso aconteça, então, eu trabalho claramente isso com a família. Por exemplo, essa pessoa gostava de fazer o quê? Então, bora ajustar, bora adaptar? Pronto, a pessoa não consegue mais levantar o braço por alguma razão, por exemplo,

alimentação, por exemplo, desse o pote de café pra que ela possa fazer o próprio café, desse o chá, né? Coloca as panelas no nível pra ela possa facilmente manejar. Então, assim, as adaptações da casa. Pode tirar um móvel de lugar? Pode. Então, tira pra ele poder andar de muleta sozinho. (E.4)

Dessa maneira, é fundamental que na assistência psicológica ao paciente em Cuidados Paliativos oncológicos a promoção da autonomia aconteça de forma conjunta à família e à equipe multiprofissional. Para isso, é imprescindível que o paciente tenha acesso a informações claras sobre a doença, o tratamento e o prognóstico. Além disso, os seus limites de compreensão e o tempo subjetivo de elaboração dos conteúdos devem ser respeitados (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Na assistência psicológica ao paciente oncológico, a participante E3 destaca o fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento como recurso terapêutico. Ademais, a participante E1 evidencia a possibilidade de explorar a espiritualidade/religiosidade como modo de fortalecer o enfrentamento no processo de morte do paciente, bem como facilitar despedidas na vivência do luto antecipatório:

Fortalecer os recursos de enfrentamento que ele já possui ou, então, a gente tentar ali descobrir os recursos dele, né, e ir fortalecendo esses recursos, então, por exemplo, o paciente que vai precisar ficar em cuidados paliativos, mas no hospital, né, de que forma que a gente pode fortalecer esses recursos? (E.3)

Depois do acidente ele (o paciente) desenvolveu um *coping* religioso, aí ele se converteu, então, ele pôde elaborar um sentido pra morte dele dentro dessa nova crença, que eu acho também que era uma necessidade de sustentação, né, ele tinha que acreditar em algo pra além daqui pra ele dar conta. E assim foi feito, ele trazia que ele entendia que depois da morte ele iria pra um outro local sem as dores, sem essa condição nova que ele tava vivendo. Tentei trabalhar essa questão da espiritualidade com ele, né, fortalecer essas bases que pra ele que tavam sendo importantes. Ele queria um pastor e aí a esposa dele organizou acho que por ligação, não me lembro mais, mas que ele tivesse essa conversa com esse pastor, pra que ele pudesse fazer os rituais, né, da igreja dele, da crença dele. (E.1)

O psicólogo, portanto, avalia os modos de enfrentamento do paciente, facilita a busca por estratégias mais funcionais e saudáveis para lidar com o adoecimento e explora recursos importantes para a regulação emocional (DOMINGUES et al, 2013). Nesse contexto, a espiritualidade pode ter um papel significativo no enfrentamento de patologias em estágio avançado e na melhoria do bem-estar de pacientes com doenças sem possibilidade de tratamento modificador da doença (PERES et al, 2007). A atenção adequada ao aspecto espiritual influencia de forma positiva a vivência do final de vida. Além disso, auxilia o paciente e a família na elaboração do processo de finitude. Diversos estudos apontam também a relação entre a espiritualidade e o alívio de sintomas comumente manifestados por pacientes em Cuidados Paliativos, como a

ansiedade, a depressão, a dor crônica e a angústia espiritual (EVANGELISTA et al, 2016).

As participantes E2 e E4 também mencionam as intervenções com foco na compreensão dos aspectos simbólicos relacionados ao câncer e à morte. De acordo com os relatos, é importante promover um espaço terapêutico seguro para que o paciente e família possa falar sobre essas questões:

A gente trabalha muito (...) do que é o câncer, o significado disso, né, quais são os temores. (E.2)

A avaliação que eu faço primeira é o que significa, o quê que é isso na vida dele, o que significa esse câncer na vida dessas pessoas, né? Eu avalio muito qual é o histórico do que eles já tinham ouvido falar sobre câncer, quais eram as primeiras ideias e crenças que eles tinham com relação a isso, quais são os valores associados, agregados ao processo do adoecimento e tento localizar ali naquele primeiro momento quais são os pensamentos mais disfuncionais, as crenças, por exemplo, que eles tem com relação ao câncer. Em que fase é essa que eles se encontram, né, de elaboração da informação, né, então, identificando isso daí eu vou elaborando uma estratégia (...) um outro aspecto que eu permito muito a esses pacientes e aos familiares é falarem sobre a morte, inclusive é um pacto meio que eu faço com eles, né, eu falo aqui é o lugar de falar disso, se vocês não estão se sentindo à vontade pra falar em casa fala aqui comigo. (E.4)

O papel do psicólogo na assistência ao paciente em Cuidados Paliativos envolve dar a oportunidade ao indivíduo para falar sobre si mesmo, sobre o seu adoecimento e sobre a sua finitude. É preciso abordar e discutir abertamente esses temas, a fim de compreender os sentidos e significados atribuídos ao câncer e à morte para que seja possível elaborar e ressignificar esses aspectos (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

Nessa perspectiva, a participante E1 destaca o manejo do luto antecipatório do paciente oncológico. Segundo a sua narrativa, esse aspecto pode ser elaborado através do processo de resgate do que já foi construído em sua trajetória de vida e do significado dos seus feitos, bem como por meio da ressignificação de aspectos da vida e da facilitação de despedidas.

Faço avaliação do processo, né, qual o lugar subjetivo que ele encontra nesse processo de luto, né, de morte, e morrer (...) eu tento fazer sempre uma escuta a partir de qual lugar ele se coloca, ele coloca o que ele viveu até ali, né, de que forma ele pode ir se despedindo de algumas coisas que são importantes, né, como é que ele, o que, é... humm... é isso, assim... qual foi o lugar em que as coisas foram construídas, o quê que isso significou pra ele, quais são as outras coisas em que ele ainda pode fazer, que ele deseja fazer, né, pra que façam outros sentidos, é... o quê que precisa ser... os novos significados que eles dão, coisas que precisam ser solucionadas. (E.1)

Segundo a participante E4, no manejo do luto antecipatório, é importante facilitar a elaboração de perdas concretas e simbólicas. Nesse sentido, explica que manejar o luto diz respeito a um trabalho paralelo com o paciente e os familiares, não sendo possível dissociar um do outro. Para tanto, é necessário compreender o impacto do adoecimento na funcionalidade do sujeito, assim como na dinâmica familiar e nos papéis sociais que ele ocupa. A participante enfatiza o aspecto processual na elaboração do luto, de modo que os conteúdos relacionados à morte e ao morrer vão sendo explorados ao longo dos encontros.

Aí é muito paralelo, e aí eu não consigo visualizar muito a separação com o paciente e com a família, porque na verdade é uma linha muito tênue (...) eu gosto de trabalhar assim, o quê que é perda pra eles, né, o que eles estão perdendo nesse processo, né, é... até porque, às vezes, não é só as perdas físicas, essas pessoas já estão vivendo as perdas simbólicas, né, de funcionalidade do próprio paciente (...) eu tenho que identificar qual é lugar dele nesse família, né, por exemplo, é, ele tem um lugar, se é um homem, ele tem o lugar do provedor, ele tem o lugar daquele que toma as decisões em casa? Se ela é uma mulher que lugar ela ocupa também, ela é a chefe da casa? É ela que dá o tom da casa, né? É... se é um filho, que lugar esse filho ocupa na vida dessa mãe e desse pai, entende? Então, assim, eu vou identificando primeiro que lugar essa pessoa ocupa, né, esse paciente ocupa na família e quais são as perdas que essa família vivencia por conta desse adoecimento, né? Então, assim, esses lutos que são vividos e o próprio luto antecipatório também, quando a gente realmente já sabe, né, e isso aí eu vou trabalhando durante os encontros, porque eu falo sobre a morte, então, eu trabalho com ele essa perspectiva de morte, quais são as mortes simbólicas que eles estão vivendo, de dinâmica de vida, de trabalho, de tudo, né? Então, assim, essa abordagem vai se mesclando com o processo do atendimento. Eu nunca me vi assim, fazendo uma sessão, pra trabalhar luto antecipatório, essa é uma coisa que vai permeando os atendimentos mesmo, né? (E.4)

A participante E2 traz uma perspectiva diferente no manejo do luto. Ressaltando a importância de, inicialmente, individualizar a avaliação e a elaboração do luto antecipatório, considerando que os familiares e o paciente podem estar em etapas diferentes do processo. Após realizar essa intervenção individual, é possível integrar os dois aspectos através da mediação da comunicação entre o paciente e os familiares, de acordo com o relato em tela:

Eu acho que a gente precisa perceber em que momento do luto esse paciente e essa família está, porque, muitas vezes, eles podem estar em momento totalmente divergentes (...) trabalhar com eles esse espaço entre paciente e esse sentimento da família pra que ambos possam passar por esse processo individual. Por exemplo, o paciente está na fase da raiva e a família tá na fase da depressão. Então, como é que a gente vai lidar com esses dois? Às vezes a gente precisa separar esse cuidado, e cuidar um pouco de cada um e não integrar pra integrar depois. O paciente ele quer fazer os rituais? O quê que é possível fazer, né? O quê que a família também entende sobre isso? Que às

vezes o paciente quer uma coisa e a família não sabe o motivo daquilo. Então, integrar isso também eu acho importante. E ir percebendo como é que está esse caminhar, né. (E.2)

A experiência do luto antecipatório ocorre individual e coletivamente, visto que afeta a dinâmica familiar, assim como cada membro que compõe esse sistema. Nesse sentido, é fundamental analisar a vivência do luto sob as perspectivas familiar/social e individual e subjetiva (BASTOS, 2019). A intervenção terapêutica voltada ao luto do paciente tem como função principal facilitar a elaboração das perdas vivenciadas com o adoecimento, promover a percepção da morte como um evento natural da vida, bem como minimizar o sofrimento psíquico que pode ser experienciado diante de um adoecimento que ameaça a vida (BARROCA; LIMA; SALES, 2019).

Na assistência psicológica à família que está em luto antecipatório é importante promover intervenções que possibilitem a organização de recursos para enfrentar a morte iminente do ente-querido. O trabalho desse luto com os familiares e a busca por um sentido para o sofrimento vivenciado tem um caráter preventivo no luto pós-óbito (BASTOS, 2019). Nesse sentido, a atuação no luto antecipatório pode prevenir o desenvolvimento do luto complicado pela família após a morte do ente-querido (BARROCA; LIMA; SALES, 2019).

As participantes E3 e E4 destacam, ainda, que é necessário promover reflexões acerca do plano de vida do paciente e sobre o que ele considera significativo de ser realizado no momento. Enfatiza-se a importância de, não apenas manejar as despedidas e a elaboração de perdas, mas explorar as possibilidades, promover espaços de vida, de encontros, de concretização de desejos e de reflexão, a fim de melhorar a qualidade de vida desse sujeito.

Trazer reflexões pra que tragam qualidade de vida pro paciente e não só reajuste desse tempo que está acabando. Porque às vezes eu acho que a gente vai muito também nessa via, de vamos fazer ritual, vamos ver se ele quer se despedir de alguém, mas assim, e ele não aproveita os finais, assim, os momentos finais da vida dele, né, de fazer algo que ele gosta, não só de se despedir, mas de aproveitar, porque ele ainda está vivo, né, e a gente acaba lidando muito mais, vendo mais o aspecto da morte do que da vida. E mesmo que ele tenha seis meses de vida, ele tem seis meses de vida, né, não são seis meses de caminho pra uma morte. E às vezes a gente olha mais nesse segunda aspecto do que no primeiro. (E.3)

Então, eu trabalho dessa forma, assim, acolhendo, validando e apontando também pra outras perspectivas, né? O que pode ser colocado ali, não no lugar, mas no sentido de apontar para uma esperança também, né, outras possibilidades. (E.4)

Minha primeira tentativa foi promover um novo olhar, né? Sim, e pra além da pessoa paraplégica e com câncer quem é o sujeito que tá aí. E aí ele começou a

se reconhecer em outros espaços também, né, que ele era marido, ele era pai, ele era sanfoneiro, né, ele era avô. E essas outras coisas ainda poderiam... estavam ali, né, estavam ao alcance dele e aí sem negar o sofrimento, sem tentar minimizar, mas ele escolheu que dentro do que ele ainda tinha de possibilidades que ele queria poder modificar o que era modificável.(E.1)

A abordagem paliativa busca resgatar a compreensão da morte como um fenômeno natural da vida e um desfecho esperado diante das doenças ameaçadoras da vida. Para além de proporcionar uma boa morte ao paciente, os Cuidados Paliativos têm como um princípio fundamental a valorização da vida e a ênfase no tempo que ainda pode ser vivido. A palição fica entre dois pólos opostos: o de não abreviar a vida em nenhuma hipótese e o da convicção em não prolongar o sofrimento. Atravessando esses aspectos está o cuidar. Apenas na integração de todas as dimensões do cuidado é possível proporcionar qualidade de vida ao paciente e o alívio da angústia e das dores, para que, assim, ele possa se beneficiar do tempo e da vida que ainda tem (PEDREIRA, 2013).

O relato da participante E4 sobre o atendimento a uma paciente oncológica evidencia os possíveis efeitos positivos da intervenção terapêutica em Cuidados Paliativos, no sentido de que pode proporcionar alívio da angústia e dos sintomas emocionais e possibilitar a mudança na percepção e na postura diante do processo de adoecimento e de morte.

Eu tenho uma paciente agora que ela é uma paciente de câncer originalmente um câncer de mama, mas um câncer de mama já metastático e já ósseo (...) essa paciente minha, ela tem relato pra mim muito a diminuição da ansiedade dela, porque ela parou de ficar, e ela diz isso pra mim o tempo inteiro, eu acho muito simbólico, ela diz pra mim “eu parei de ficar lutando contra o câncer”, “eu não luto contra o câncer, o câncer não é o inimigo, eu não tô lutando contra ele, na verdade eu estou buscando viver apesar do câncer, então, assim, eu estou vivendo”. Ela diz que não gosta, ela fica bastante chateada de inclusive pensar essa lógica, né, de que fulano morrer perdeu a guerra, né, ela diz que não se sente mais dessa forma, perdendo a guerra. (E.4)

Além das intervenções psicológicas direcionadas ao paciente anteriormente descritas, a psicóloga E4 elenca a abordagem pré-cirúrgica nos casos de tratamento oncológico cirúrgico. Nesse contexto, objetiva-se compreender as expectativas do paciente com relação ao procedimento, trabalhar as fantasias associadas e prepará-lo para a possibilidade de receber uma má notícia após a cirurgia.

Um paciente que chega pra mim no ambulatório com um diagnóstico e também com uma cirurgia que vai ser agendada provavelmente pra muito em breve, então associo isso daí a uma preparação cirúrgica, à abordagem pré-cirúrgica, até mesmo pra compreender quais são as fantasias sobre o tempo de,

por exemplo, o tempo de demora pra marcação ou não da cirurgia, o que significa pra ele estar anestesiado ou não, né, é... quais são as possibilidades que ele vê, que ele percebe, como ele pensa que vai acordar após da cirurgia, se ele tá preparado ou não, por exemplo, pra receber alguma notícia a mais, né, porque no processo cirúrgico ele pode ter algumas surpresas, né, no despertar do paciente. Geralmente eu faço essa abordagem, né, na medida em que os atendimentos vão transcorrendo aí eu vou trabalhando com o que vai emergindo mesmo. (E.4)

Intervenções psicológicas com foco na preparação pré-cirúrgica podem promover a redução do nível de ansiedade apresentado pelo paciente, melhorar sua adesão ao tratamento, fortalecer o enfrentamento da cirurgia e promover uma melhor recuperação pós-operatória (COSTA JÚNIOR, 2012). O suporte psicológico no contexto de procedimentos invasivos pode diminuir as complicações e a necessidade de analgesia após a cirurgia, bem como reduzir o tempo de hospitalização. Nesse sentido, é importante que o psicólogo permaneça acompanhando o paciente em seu pós-operatório (BORGES, 2018).

É interessante ressaltar que na literatura pesquisada sobre o tema dos Cuidados Paliativos oncológicos não foram encontrados conteúdos que abordem as possibilidades de atuação psicológica com foco nos procedimentos invasivos e cirúrgicos. Os achados têm um maior foco no manejo dos aspectos relacionados ao luto antecipatório, à morte e ao morrer, à espiritualidade e à relação paciente-família-equipe.

Desse modo, o relato da participante E4 torna evidente a importância da intervenção psicológica nesse sentido, pois ainda que o paciente oncológico não tenha possibilidade de ter a sua doença curada, é possível que sejam realizados tratamentos cirúrgicos e procedimentos mais invasivos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, aliviar os sintomas e proporcionar mais conforto. Nesses casos, o psicólogo pode atuar mediando a comunicação entre a equipe e o paciente, promovendo um canal aberto e eficiente de diálogo, a fim de que o paciente esclareça dúvidas e seja adequadamente informado sobre o procedimento e sobre outros aspectos como: a anestesia, o pós-operatório e o objetivo do tratamento. Além disso, o psicólogo pode avaliar e manejar as expectativas do paciente, trabalhar possíveis fantasias e promover a diminuição da ansiedade e da tensão pré-cirúrgica através do suporte emocional.

No que diz respeito à atuação do psicólogo direcionada à família, as psicólogas entrevistadas E1 e E3 descrevem intervenções como: suporte psicológico, promoção da expressão dos sentimentos, manejo de fantasias, avaliação do exame psíquico e da condição emocional, bem como a avaliação da dinâmica familiar e da reorganização dos papéis, o manejo de conflitos que possam emergir e o encaminhamento do familiar para

o acompanhamento psicológico na rede de saúde mental, quando for considerado necessário.

Acho que nessa mesma perspectiva os familiares, assim né, uma perspectiva de dizer, de expor os sentimentos, de dar um outro cuidado, de entender o que eles fizeram o que poderia ter sido feito e que daqui pra frente a gente vai estabelecer uma outra relação com a vida, com o familiar, com o mundo. (E.1)

É, e aí, amparar também, né, acolher, ajudar a ressignificar qual o lugar que essa pessoa ocupa tanto no processo de adoecimento quanto na família e a gente ir trabalhando, acho que é sempre muito individual, né, mas nesse sentido. (E.1)

Eu acho muito importante a gente acolher as famílias, tentar entender o quê que é uma fantasia, o quê que é uma crença, o quê que de fato tá dentro da realidade ali, né? (...) fazer um exame psíquico de como é que tá essa família, eleger ali naquele momento o familiar que esteja em condições, que esteja mais suportivo, por exemplo, pra que esteja em contato mais direto com a equipe médica, pra discutir, pra definir condutas. Entender como é que tá a dinâmica familiar sem esse paciente em casa, né, ele estando no hospital como é que ficou essa dinâmica familiar, né? Se tem conflitos, de que forma que a gente pode acolher esses conflitos que vieram junto também, que estão aqui, né, durante esse processo. Então, eu procuro sempre fazer isso também. Encaminhamentos quando eu vejo necessidade pra um acompanhamento lá fora, buscar essa rede de apoio também pra esse familiar. (E.3)

E aí eu acabei tendo a oportunidade de conversar com essa cunhada algumas vezes depois da morte dela, né, pra que eu pudesse entender como é que tava esse esposo, como é que tavam as filhas e através dessa cunhada eu pude fazer um encaminhamento pra que lá ele buscasse um acompanhamento psicológico. (E.3)

A participante E4 salienta que as intervenções são realizadas de acordo com o que emerge e dependem da estrutura e do funcionamento de cada família. Ressalta também a importância de promover a expressão dos sentimentos de medo e raiva, visto que muitos conflitos familiares pré-existentes ao adoecimento podem se desvelar ou exacerbar no contexto da hospitalização.

A minha abordagem vai muito conforme aquela dinâmica familiar, por exemplo, uma coisa é eu pegar uma esposa com muitos filhos, por exemplo, uma mulher mais velha lá pros seus 60, 70 anos, casada, com os filhos adultos, né? É um tipo de abordagem que eu faço, né? Por exemplo, se é um paciente jovem, recém-casada sem filhos ou com filho único é uma outra abordagem. Então, eu vou muito conforme essa demanda vai emergindo pra mim mesmo, literalmente, né. (E.4)

Então, assim, as mediações com a família vão bem nesse nível mesmo do que ocorre, algumas mais complexas, outras menos complexas, de mediar conflitos (...) o cuidado com o acolhimento deles, ter os espaços de falar dos medos deles, das raivas, porque assim, essas pessoas também tem relacionamentos anteriores, históricos, com o paciente, então essa relação às vezes não era boa, às vezes sempre foi muito complicada, né? (E.4)

Os familiares que estão à frente do cuidado do paciente, sejam os biológicos ou a família adquirida (amigos, colegas, vizinhos), configuram-se enquanto o núcleo central de suporte durante toda a trajetória do adoecimento – do diagnóstico à morte do paciente. É a família que acompanha e ajuda na consecução do plano terapêutico definido, tornando-se um importante intermediário entre o paciente e a equipe. Nesse contexto, o suporte aos familiares é uma parte fundamental do cuidado global do paciente (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

A atuação psicológica direcionada à família deve focar na compreensão, no apoio, na manutenção da disponibilidade afetiva, na clarificação de sentimentos e no fortalecimento dos vínculos familiares (MELO; VALERO; MENEZES, 2013). Desse modo, o psicólogo pode identificar focos de ansiedade e de dúvidas, facilitar e estimular o vínculo dos familiares com a equipe de saúde, fortalecer os mecanismos de enfrentamento, facilitar a resolução de conflitos e de situações mal-resolvidas, bem como trabalhar as fantasias, angústias, preocupações e medos. Além disso, tem um papel importante na mediação da comunicação entre paciente-equipe-família e, sempre que possível, deve promover intervenções para evitar ou dissolver a conspiração do silêncio (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

No que se refere à atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional nos Cuidados Paliativos oncológicos, as participantes E1 e E3 enfatizam algumas intervenções realizadas, a saber: a discussão de casos e definição de condutas em conjunto, a discussão de estratégias para o manejo do *delírium*, a facilitação de processos de despedida e rituais espirituais/religiosos e a participação em reuniões familiares com a equipe:

Eu trabalho muito próxima a (...) um médico paliativista e aí nesse sentido, eu acho que nossa atuação já é diferente. A gente já faz atendimentos conjuntos, como... pra reuniões familiares, pra que a gente possa discutir a possibilidade de palição, então, ele expõe as questões clínicas, a condição clínica do paciente, eu já faço um manejo dos aspectos psicológicos que podem emergir, a gente faz uma leitura em conjunto, aí depois a gente discute o que cada um entendeu do caso, como é que a gente pode também em equipe, é, manejar. (E.1)

Então, eu trago isso pra equipe, né? Pra família trazer um padre, fazer uma oração, vir todos os dias pra visita, permitir que todos os filhos estejam aqui presentes. Então, esses rituais são importantes pra família? A gente pode fazer isso? Vamos conversar com a equipe. (E.3)

Por exemplo, é um paciente que tá mais agitado e aí estar discutindo com a enfermagem, né? Precisa fazer uma contenção física? Mesmo esse paciente estando mais agitado? Será que, talvez, não seria mais viável a gente estender uma visita? A gente deixar um familiar mais presente? Tentar tirar mais um

pouquinho esse paciente do leito, se for possível? Fazer uma contenção química, né? Colocar uma medicação? Então, o quê que a gente pode fazer ali justamente pra deixar esse cuidado integrado, né, pra que esse cuidado ele seja de todas as áreas ali, não só psicológico, mas também da parte da enfermagem, da fisioterapia, né, as próprias medicações, a dor. Então, a minha interação com a equipe, né? (E.3)

Em alguns casos é necessário fazer mais de uma reunião com essa família? Com certeza, a gente... por aproximação sucessiva mesmo. Pra essa família é muito difícil lidar com a possibilidade de perda? É muito difícil ainda de lidar com o diagnóstico? Mesmo o diagnóstico já se passou um, dois anos, meses, mas ainda é difícil pra eles lidar com esse diagnóstico? Então, a gente faz mais de uma reunião, a gente se reúne com essa família algumas vezes, explica, traz essa família pra UTI, né, pra eles verem como está ali o paciente. E aí a gente vai fazendo essa aproximação, né? (E.3)

A intervenção junto à equipe também acontece na participação na comunicação da má notícia e na orientação psicológica para o melhor manejo nesse processo. Como é relatado pelas participantes E2 e E3:

A gente precisa preparar essas pessoas que vão passar essa a má notícia, inclusive, de entrar em contato com aquilo ali. De entender que por mais que a gente esteja no hospital, você tá passando uma notícia difícil pra aquele paciente. Por mais que tenham quatro na enfermagem, mas você precisa criar um *setting* pra que você acolha aquela pessoa. (E.2)

A comunicação da má notícia ela é feita pelo diarista, né? Que é o médico que tá sempre na UTI, que acompanha todos os casos, então, essa comunicação é feita pelo médico diarista. Geralmente com a presença do psicólogo também, então, a gente convoca essa família e traz pra eles, né? A história do adoecimento desse paciente, né, do quê que foi feito até aquele momento, de como a doença dele vem progredindo e do que a equipe entende naquele momento como o momento de se introduzir os cuidados paliativos, né? (...) Então, isso é explicado pra família com a presença do psicólogo pra que a gente possa ali também mediar, é... as dúvidas, entender os aspectos psicológicos desses familiares. (E.3)

A atuação psicológica na equipe multiprofissional é diversa e dinâmica. As intervenções são realizadas a partir das necessidades e demandas que se apresentam. Cada membro da equipe aborda o sofrimento na perspectiva que seu saber teórico e prático permite, com o objetivo comum de garantir a melhor assistência ao paciente e à família a partir da articulação de ações de diferentes naturezas (ANCP, 2012). A participação do psicólogo na equipe contribui para uma assistência mais humanizada, através da realização de intervenções que se baseiam na compreensão do sujeito como um ser completo e integral e que está situado em um contexto social e familiar (MELO; VALERO; MENEZES, 2013). O psicólogo na equipe multiprofissional cumpre um papel fundamental na facilitação da comunicação aberta e efetiva e no planejamento de ações integradas que proporcionem a minimização do sofrimento vivenciado pelo paciente e família.

As psicólogas E1 e E3 ressaltam ainda a intervenção com foco na orientação da equipe quanto aos aspectos psicológicos apresentados pelo paciente e pela família:

Discutindo com a equipe, porque a equipe, às vezes, é...tem uma certa dificuldade pra entender, é... esses desejos da família. Muitas vezes é interpretado como um processo de negação, como uma família muito poliqueixosa, uma família que quer tá sempre muito questionando... questionando muito, né? Não necessariamente. Às vezes a família pergunta demais não é porque ela está desconfiando do trabalho daquela equipe, né? É porque eles querem saber, eles querem entender como funciona pra poderem participar também, né? Porque é como se nós estivéssemos participando do processo e eles não. (E.3)

A equipe trazia muito uma perspectiva de que era um paciente que tinha se entregado, né, que não tava dando conta, mas assim, ele era um paciente que tinha recebido uma notícia, né, de um câncer que não tinha mais possibilidade curativa, de uma paraplegia, né, de uma infecção, então, ele tava entristecido, como era de se esperar, né, que ele tivesse, mas isso não significava que ele tinha desistido e que por isso a equipe também tinha que desistir, né, porque a perspectiva era essa 'Não, mas a gente não tem mais o que fazer, a gente tenta, mas o paciente desistiu, tá choroso, ele que ta acelerando o processo de morte, etc.', né? Mas trazer que são aspectos psicológicos esperados e que a gente pode caminhar com ele exatamente pra a gente minimizar um pouco esse aspecto pra a gente cuidar, na medida do possível. (E.1)

É fundamental que o psicólogo atue próximo à equipe na orientação acerca da dinâmica psíquica e afetivo-emocional apresentada pelo paciente e pela família em cada momento do processo de adoecimento e tratamento (ANCP, 2012). Na construção do plano de cuidado é importante que a equipe multiprofissional esteja ciente dos recursos de enfrentamento, compreenda os mecanismos de defesa e a dinâmica de funcionamento da família, a fim de que possa auxiliar no manejo dos aspectos psicológicos e possa contornar possíveis dificuldades na construção do vínculo e no relacionamento interpessoal com o paciente e os familiares.

A sensibilização da equipe quanto aos Cuidados Paliativos é uma estratégia citada pela participante E1. Nesse caso, é enfatizada a importância do psicólogo em promover a ampliação da percepção da equipe sobre a abordagem paliativa, estimulando reflexões acerca do que significa a palição, a partir da perspectiva do cuidado e do não abandono. Além disso, a participante E2 resalta a promoção da reflexão da equipe sobre a necessidade de individualização da assistência ao paciente oncológico:

Tenho tentado, é, atuar numa perspectiva de sensibilização mesmo da equipe (...) mas mostrar pra equipe, né, que assim falar em cuidados paliativos não é, primeiro, tirar a possibilidade do paciente dele poder escolher e dizer sobre si, ver o que ele quer, o que ele não quer, de que forma ele quer, né, é... acho que ampliar um pouco pra esse olhar também pra a gente poder retirar essa idéia de que não tem o que pode ser feito mais. As vezes a gente fala assim: "Olha o paciente está sentindo muita dor". Aí eles falam: "Ah não, é porque ta com câncer metastático". E não! Muito pelo contrário, né, acho que aí é o

momento, que a gente tem que sentar multiprofissionalmente e tem que olhar como é que tá a analgesia desse paciente, muitas vezes quando você vai olhar lá tá Dipirona se necessário, né, então, eu acho que falta muito talvez, essa implicação maior entendendo quando é um paciente paliativo, né, então, eu tentado sensibilizar a equipe. (E.1)

A gente precisa colocar a equipe, principalmente, pra refletir sobre isso (...) é importante a gente fazer é de individualizar o paciente, né, porque por mais que sejam pacientes com câncer de cabeça de pâncreas, eles são pessoas diferentes, com histórias diferentes, cuidados diferentes. E uma intervenção que eu faço em um eu não faço em outro. (E.2)

A atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional deve promover a realização de uma assistência que valorize as questões psicossociais do paciente e de seus familiares. Ao cumprir o seu papel na equipe, é fundamental que o psicólogo promova o olhar humanizado, priorize espaços de elaboração, bem como facilite reflexões que possam ampliar a percepção de cuidado da equipe para além da remissão dos sintomas físicos. Nesse sentido, na sua atuação é importante que o profissional estimule e oriente a equipe na compreensão do paciente enquanto uma pessoa que tem necessidades singulares, e, por tanto, precisa de uma assistência individualizada (PEDREIRA, 2013).

Através da análise do relato das participantes observa-se que na assistência psicológica ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos é importante que o psicólogo busque atuar de maneira integrada à equipe multiprofissional, participando da construção do plano de cuidado do paciente. Nesse contexto, o psicólogo pode realizar intervenções direcionadas ao paciente e à família na promoção de um cuidado que possibilite o fortalecimento de vínculos, o enfrentamento das adversidades, o alívio do sofrimento, o aumento da qualidade de vida, bem como a ressignificação de aspectos relacionados à vida e à morte.

6.2 Análise geral da observação participante

A pesquisadora-residente utilizou o método da pesquisa-ação e a técnica de observação participante na pesquisa, o que possibilitou a realização de intervenções psicológicas amparadas pelo processo de reflexão-ação. Desse modo, o aprimoramento do protocolo, se deu, também, a partir da reflexão sobre as ações implementadas nos atendimentos psicológicos.

Na aplicação do instrumento, buscou-se avaliar a efetividade das condutas direcionadas aos cuidados paliativos dos pacientes e seus familiares, identificando as

possíveis mudanças no enfrentamento do câncer e das perdas após as intervenções psicológicas. Essa análise auxiliou o planejamento para o aprimoramento da prática.

Na tabela 2, constam os dados sociodemográficos, informações sobre o diagnóstico e o tratamento dos pacientes oncológicos que estavam em Cuidados Paliativos. Na tabela 3, foram descritos os principais aspectos emocionais apresentados pelo paciente e pela família/acompanhante, além das intervenções realizadas.

| PAC. (P) | SEXO E IDADE | ESTADO CIVIL | DIAGNÓSTICO / DESFECHO | TRATAMENTOS REALIZADOS |
|----------|-------------------|--------------|---|--|
| P1 | Feminino, 35 anos | Casada | Câncer de colo de útero metastático; Alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. | Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia e procedimento cirúrgico. |
| P2 | Feminino, 59 anos | Solteira | Câncer de endométrio com metástase no intestino; Óbito | Quimioterapia e Histerectomia total. |
| P3 | Feminino, 81 anos | Casada | Neoplasia maligna indiferente, tumoração maligna abdominal, histórico de cardiopatia; Alta hospitalar para óbito em casa. | Diagnóstico tardio em estágio muito avançado do câncer; Definida palição exclusiva. |
| P4 | Feminino, 63 anos | Casada | Neoplasia maligna do ventrículo central com invasão do tronco encefálico; Óbito | Ressecção subtotal de glioma; Cuidados Paliativos sem indicação de suporte avançado de vida. |

Tabela 2: dados sociodemográficos e do diagnóstico clínico

| PAC. (P) | ALTERAÇÕES PSÍQUICAS/ SINTOMAS CLÍNICOS | PRINCIPAIS ASPECTOS EMOCIONAIS DO PACIENTE | PRINCIPAIS ASPECTOS EMOCIONAIS DA FAMÍLIA | INTERVENÇÕES REALIZADAS - PACIENTE/FAMÍLIA |
|----------|---|--|--|---|
| P1 | Humor hipotímico, afeto ansioso, mobilização emocional intensa; Desconforto físico, dor, náusea e vômito. | Tristeza; Desesperança; Preocupação com a família; Expectativa de cura diante da cirurgia; Frustração; Medo da morte; Boa compreensão sobre o câncer, porém pouca compreensão dos cuidados paliativos - percepção de que não há mais nada a ser feito. | Medo da P1 morrer na cirurgia; Tristeza; Expectativa de cura frente à cirurgia; Frustração; Compreensão adequada sobre a gravidade do caso, porém presença de dúvidas quanto ao tratamento /prognóstico; Preocupação com a condição emocional de P1. | Avaliação do exame psíquico; Acolhimento; Escuta Ativa; Promoção da livre expressão; Clarificação de sentimentos; Ampliação perceptiva; Validação emocional; Avaliação da história pessoal e do adoecimento; Estímulo à postura ativa e ao autocuidado; Explorados aspectos simbólicos da morte e do morrer; Elaboração dos sentidos de vida; Discussão do caso com a equipe; Preparação pré-cirúrgica para o procedimento cirúrgico paliativo. |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| P2 | Desorientação alopsíquica (temporoespacial), humor hipotímico, desconforto físico, hipoatividade e sonolência. | Aceitação da gravidade e da não-modificação da doença; Tristeza; Postura mais introspectiva e pouco comunicativa; Desejo de receber a visita dos familiares. | Luto antecipatório (aceitação e esperança); Tristeza; Angústia; Movimento de despedida; Resgate de momentos significativos da vida e do lugar afetivo ocupado pela P2 na dinâmica familiar; <i>Coping</i> espiritual positivo como principal mecanismo de enfrentamento; Promoção de suporte emocional para P2; Fixação no lugar de cuidador; Preparação para os aspectos burocráticos no pós-óbito. | Avaliação do exame psíquico; Acolhimento; Escuta Ativa; Promoção da livre expressão; Validação emocional; Ampliação perceptiva; Avaliação da história do adoecimento; Avaliação da dinâmica familiar; Fortalecimento dos recursos de enfrentamento; Suporte emocional à família; Facilitação na elaboração do luto antecipatório e das perdas concretas e simbólicas; Acompanhamento de visitas no processo ativo de morte; Facilitação de momentos de despedidas; Orientação familiar ;Acolhimento pós-óbito. |
| P3 | Confusão mental; Desorientação alopsíquica, paciente sonolenta e hipoativa. | P3 bastante confusa, não trazia conteúdos para elaboração subjetiva. A sua principal queixa era a saudade do esposo. | Luto antecipatório; Aceitação da gravidade do quadro e da possibilidade de morte; Tristeza; Angústia; Dúvidas sobre o diagnóstico, prognóstico e os cuidados paliativos; Desejo de que a paciente possa ir pra casa; Desejo de aproximar a paciente da família. | Avaliação do exame psíquico; Acolhimento; Escuta Ativa; Promoção da livre expressão; Validação emocional; Suporte emocional à família; Facilitação na elaboração do luto antecipatório; Acompanhamento de visitas de familiares; Discussão do caso com a equipe médica responsável; Participação em reunião familiar para tratar questões relativas ao prognóstico, ao plano de cuidado e ao CP; Mediação na comunicação família-equipe. |
| P4 | Não se aplica. Rebaixamento do nível de consciência. | Não se aplica. | Luto antecipatório – oscilação entre aceitação e negação; Tristeza; Angústia; Sobrecargas física e emocional – longo período de hospitalização; <i>Coping</i> espiritual positivo; Percepção de que o quadro clínico é muito grave; Pouca compreensão sobre cuidados paliativos; Dúvidas sobre o prognóstico e o plano de cuidado. | Acolhimento; Escuta Ativa; Promoção da livre expressão; Clarificação de sentimentos; Validação emocional; Avaliação da história do adoecimento; Estímulo à postura ativa e ao auto-cuidado na hospitalização; Manejo do luto antecipatório; Discussão do caso com a equipe; Orientação à equipe sobre os aspectos emocionais da familiar; Mediação na comunicação familiar-equipe. |

Tabela 3: Avaliação e intervenções direcionadas ao paciente oncológico em CP e à família

A amostra foi formada por indivíduos adultos do sexo feminino, com idade média de 59,5 anos. Predomínio do estado civil casado e da presença de metástase. Todas as pacientes estavam acompanhadas pela família na hospitalização. No entanto, apenas uma paciente apresentou condições clínicas que possibilitaram a realização de

atendimentos psicológicos mais aprofundados, o restante da amostra apresentou alterações no estado mental (rebaixamento da consciência, confusão mental, sonolência) e/ou sintomas físicos (hipoatividade, desconforto físico, dor) que dificultaram a compreensão e a elaboração de questões subjetivas, bem como a realização de intervenções psicológicas mais específicas. Nesse sentido, as ações interventivas tiveram o maior foco na família.

No que se refere às pacientes, a P1 apresentou conteúdos relacionados ao medo da morte, aos aspectos simbólicos e existenciais do adoecimento e à vivência do luto antecipatório. No entanto, no geral, os principais tipos de demanda trabalhadas relacionaram-se ao manejo de aspectos da hospitalização e do adoecimento, tais como as reações emocionais manifestadas diante do agravamento do quadro e do internamento prolongado, e, especialmente, a compreensão dos desejos mais urgentes.

Na prática profissional da pesquisadora-residente, foi observado que a definição tardia dos Cuidados Paliativos em três dos casos apresentados desfavoreceu a investigação e a facilitação da elaboração de aspectos existenciais e simbólicos presentes na vivência do adoecimento. Desse modo, as intervenções voltadas às pacientes tiveram como objetivos principais o fornecimento de apoio emocional, a realização contínua do exame psíquico para auxiliar a equipe na avaliação do quadro geral, bem como ações com foco na realização dos desejos apresentados pelas pacientes, a fim de promover maior conforto emocional no processo ativo de morte.

Nessa perspectiva, a partir da reflexão da prática junto às pacientes foram melhor explorados no protocolo os itens voltados mais especificamente ao processo ativo de morte e à concretização de desejos. No contexto hospitalar, é comum que os pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos internados estejam em um estágio mais avançado da patologia e demandem mais cuidados direcionados ao final de vida.

No acompanhamento à família, as principais demandas exploradas foram o luto antecipatório, as reações emocionais apresentadas, a reorganização da dinâmica familiar, as perdas simbólicas, a sobrecarga física e emocional e os aspectos relativos à comunicação com a equipe e à compreensão do adoecimento, prognóstico e dos Cuidados Paliativos. A partir das intervenções com a família foi possível refletir sobre a importância do papel de mediação da comunicação entre a equipe e a família.

Ressalta-se que, muitas vezes, pela natureza do seu trabalho, o psicólogo é o profissional na equipe que consegue melhor avaliar o nível de compreensão dos familiares, identificar possíveis fantasias, perceber os ruídos na comunicação, bem

como a presença de dúvidas. Nesse sentido, foram mais bem especificados no protocolo os aspectos que contemplam a participação do psicólogo em reuniões entre equipe-família para tratar do adoecimento/tratamento/prognóstico, assim como a mediação na comunicação paciente-família. Além disso, diante da identificação da demanda de sobrecarga vivenciada pelo familiar/cuidador foi incluído o item de intervenção referente ao estímulo ao auto-cuidado do familiar.

6.3 Apresentação do protocolo

O protocolo de atendimento psicológico configura-se como um importante instrumento de implementação de práticas avaliativas e interventivas, cujos elementos constituintes favorecem o planejamento do cuidado, auxiliando o psicólogo na assistência hospitalar. Através da sistematização de dados relevantes, o protocolo fornece parâmetros para o direcionamento das ações interventivas (RAMOS; PERES, 2013).

O protocolo apresentado neste estudo tem como objetivo principal ser uma ferramenta norteadora da prática profissional de psicólogos (as) e estudantes de psicologia na assistência a pacientes oncológicos que estão em Cuidados Paliativos no contexto hospitalar. Esse instrumento foi construído a partir da literatura, de entrevistas semiestruturadas com psicólogos que atuam na área e de observações-participante com os pacientes e familiares. O protocolo se estrutura em sete tópicos, sendo que o tópico de número três é composto por três subtópicos, a saber: 1. Identificação e aspectos socioeconômicos; 2. Avaliação do Exame Psíquico; 3. Adoecimento, tratamento, hospitalização e aspectos emocionais; 3.1. Paciente; 3.2. Família; 3.3. Paciente/Família; 4. Luto complicado; 5. Atuação em equipe multiprofissional. 6. Ações interventivas direcionadas ao paciente e/ou à família; 7. Articulação com a rede de cuidado. Os itens dos tópicos e subtópicos devem ser preenchidos e assinalados quando a característica descrita for apresentada pelo (a) paciente/família ou quando a intervenção especificada for realizada.

O protocolo deve ser aplicado de maneira processual ao longo dos atendimentos, o que demanda um acompanhamento psicológico mais longo para ser completamente preenchido. Porém, é possível utilizá-lo em atendimentos pontuais, visto que o instrumento contém itens de avaliação e intervenção relacionados a diversos momentos do adoecimento e da palição. Desse modo, o profissional pode focar o seu uso nos itens de interesse, considerando as necessidades específicas de cada caso.

Ressalta-se que o referido protocolo não deve enrijecer a prática profissional ou torná-la mecanicista, visto que a atuação do psicólogo não pode se reduzir à mera aplicação do instrumento sem considerar as singularidades e os elementos não previstos no protocolo. Com efeito, o protocolo elaborado visa nortear a prática do psicólogo frente às demandas específicas relacionadas aos cuidados paliativos, considerando as particularidades do adoecimento e o tratamento do câncer. São descritos, a seguir, os itens que compõem o instrumento:

1- Identificação e aspectos socioeconômicos

Este tópico é composto pela identificação do paciente, dados sociodemográficos e as informações gerais sobre o diagnóstico e o quadro clínico. Além disso, inclui dados referentes à condição socioeconômica e educacional do paciente e da família. Esse é um aspecto importante, tendo em vista que a saúde geral dos indivíduos sofre influência de determinantes sociais, tais como a renda e a educação (VETTORE et al, 2012).

Os itens desse tópico possibilitarão que o psicólogo tenha uma visão geral do paciente e de sua condição clínica, através do acesso a informações básicas. Nos casos de identificação de vulnerabilidade socioeconômica o psicólogo poderá discutir o caso e traçar estratégias junto ao Serviço Social.

2. Exame psíquico

Este tópico é destinado à avaliação do exame psíquico, a fim de identificar possíveis alterações nos processos básicos. A avaliação do estado mental é baseada na anamnese, na observação direta do paciente, podendo ser complementada com os dados do prontuário, com o relato dos familiares/acompanhantes e da equipe multiprofissional (SANCHES et al, 2004). Neste item avaliam-se funções psíquicas, como: Consciência, Orientação, Senso-percepção, Pensamento, Memória, Atenção, Humor, Afeto, Juízo crítico, Psicomotricidade, entre outros (CARDIOLI; ZIMMERMANN; KESSLER, 2012).

As alterações identificadas devem ser descritas no protocolo, a fim de auxiliar o psicólogo no direcionamento da avaliação psicológica e das condutas ao longo dos atendimentos.

3. Adoecimento, Tratamento, Hospitalização e Aspectos Emocionais

Neste item, objetiva-se colher informações e avaliar os elementos relacionados ao adoecimento, ao tratamento e à hospitalização. Além disso, busca-se compreender os aspectos emocionais dos pacientes e dos familiares. Para tornar melhor a organização do protocolo, este tópico é dividido em três subcategorias, a saber: Paciente, Família e Paciente/Família.

3.1. Paciente

Este subtópico aborda questões concernentes à vivência do paciente no contexto de adoecimento, incluindo os aspectos como: a história pregressa e atual de adoecimento, os tratamentos realizados, a avaliação da adaptação hospitalar, a adesão ao tratamento, as perdas concretas e simbólicas vivenciadas em decorrência do adoecimento, bem como o nível de autonomia e o desejo do paciente quanto a receber informações sobre o seu quadro clínico.

3.2 Família

Esta subcategoria tem como objetivos principais a identificação da rede de suporte familiar e social do paciente, bem como do tipo de vinculação afetiva estabelecida e a avaliação da condição emocional do familiar frente à possibilidade de morte do paciente, visto que nesse cenário, diversas questões de ordem prática se impõem - desde a organização de visitas no processo ativo de morte até a resolução de questões relacionadas ao funeral e ao enterro do paciente.

É importante que o psicólogo faça a avaliação desses aspectos e o registro das informações, a fim de que possa fornecer o suporte psicológico adequado às necessidades apresentadas pelo familiar.

3.3 Paciente/ Família

Neste subtópico, estão incluídos elementos que são comuns à avaliação do paciente e da família, visto que ambos vivenciam impactos emocionais significativos diante do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e da definição de um prognóstico reservado. Os itens, aqui, voltam-se à compreensão das queixas e das reações emocionais apresentadas, e à avaliação do enfrentamento do paciente e da família. Além disso, objetivam explorar as percepções e sentidos atribuídos ao câncer e aos cuidados paliativos, o nível de compreensão sobre essas questões, a relação

estabelecida com a equipe, a dinâmica familiar atual e outros aspectos referentes à morte e ao morrer.

Explorar os itens dessa subcategoria pode promover a melhor compreensão dos aspectos simbólicos e subjetivos na vivência do paciente e da família, assim como a identificação de possíveis entraves na comunicação e vinculação paciente-equipe-família. A avaliação adequada é fundamental para o planejamento de intervenções que possibilitem o manejo das questões focais mais urgentes no momento.

4. Luto complicado

Este tópico se destina à avaliação dos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento do luto complicado pelos familiares de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. O luto complicado é caracterizado pela procura persistente pelo ente-querido que morreu, sentimento de tristeza e dor emocional intensas como reação à perda (ALVES, 2014), levando a uma desorganização prolongada que impede o indivíduo de realizar atividades com a mesma qualidade de antes da morte (BRAZ; FRANCO, 2017).

A vivência dos familiares de pacientes oncológicos na prestação de cuidado e a iminência progressiva da morte de um ente amado podem ser fortes deflagradores do luto complicado (DIAS, 2015). Nesse sentido, a identificação dos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento desse tipo de luto é um elemento importante na avaliação clínica do familiar, sendo necessária também a compreensão do contexto em que o indivíduo está inserido, a fim de que se possa antever o luto complicado e realizar ações preventivas, intervenções precoces e, quando necessário, realizar o encaminhamento do familiar para serviços de cuidado à saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (BRAZ; FRANCO, 2017).

Na tabela 4, são descritos alguns dos fatores de risco e de proteção para o luto complicado (ALVES, 2014); (BRAZ; FRANCO, 2017); (DIAS, 2015).

| FATORES DE RISCO | FATORES DE PROTEÇÃO |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de múltiplas traumas ou perdas / Múltiplas perdas recentes; - Antecedentes de Transtornos do Humor ou outros Transtornos psiquiátricos; - História de vivência de luto complicado relacionados a outras perdas na história de vida; - Dependência emocional do paciente; - Dependência financeira por parte do enlutado; | <ul style="list-style-type: none"> - Apego seguro entre pessoa falecida e o enlutado; - Enlutado apresentar maior organização e capacidade para integrar as novas informações; - Vínculo e relação sem conflitos e sem pendências; - Percepção de apoio familiar/social saudável e satisfatório; - Comunicação satisfatória, aberta e adequada entre |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Morte na infância, adolescência e em momentos de vida significativos; - Parentesco próximo com a pessoa que morreu, especialmente, cônjuges, pais e filhos; - Sentimento de frustração ou desapontamento consigo próprio na capacidade de ter confortado a pessoa que morreu; - Sentimento de culpa com relação ao paciente; - Sentimentos de raiva, amargura, culpa ou revolta intensas no pós-perda; - Comportamentos geradores de culpa que podem se tornar focos de ruminação; - Percepção de baixo suporte familiar e social; - Dificuldades de adaptação a mudanças na vida; - Não aceitar a morte como um processo natural; - Negação intensa da possibilidade de morte - Questões pendentes/inacabadas entre a pessoa à morte e o enlutado; - Impossibilidade de se despedir do paciente ainda em vida; - Impossibilidade de participar dos rituais de despedida; - Evitação intensa da dor da perda; - Dificuldade em tolerar angústia emocional; - Fortes crenças religiosas que funcionam como <i>coping</i> negativo ou que afastam o sujeito dos dados da realidade e da possibilidade da perda; - Existência de crises / conflitos familiares; - Percepção de não validação da perda ou do processo de luto; - Sobrecargas física e emocional do cuidador; - Percepção do enlutado de pouco controle dos sintomas apresentados pelo paciente; - Discordar ou não ter segurança dos cuidados/ assistência prestada pela equipe de saúde; - Relação conflituosa com a equipe de saúde; - Problemas na comunicação paciente-família-equipe; - Existência de uma ligação afetiva intensa ou marcada pela ambivalência com o falecido; - Relação marital problemática com o conjugue; - Aspectos relacionados ao processo de adoecimento: atraso no diagnóstico, rápida progressão da doença, longa duração dos cuidados, internamento prolongado; - Filhos menores com problemas de saúde ou dependentes. | <ul style="list-style-type: none"> membros da família; - Morte por doença crônica; - Percepção de morte sem sofrimento e sem dor; - Situações de morte em que houve tempo e possibilidade para realizar despedidas e resolução de conflitos e pendências com o paciente; - Valorização da própria dor e da dor do outro; - Reconhecimento e validação do processo de luto; - Possibilidade de expressão dos sentimentos com relação às percepções acerca do adoecimento, do tratamento, prognóstico e da morte; - Sentimento de confiança com relação à equipe de saúde; - Possibilidade de participação ativa nos cuidados ao paciente; |
|---|---|

Tabela 4. Fatores de risco e de proteção no desenvolvimento do Luto Complicado

5. Atuação em equipe multiprofissional

A assistência ao paciente, frequentemente, envolve diversos fatores que atuarão de maneira interligada e concomitante na evolução da doença, na resposta à terapêutica medicamentosa e na relação entre o paciente e a família. Desse modo, faz-se necessária a atuação integrada e interdisciplinar da equipe, a fim de que seja realizada a assistência adequada e humanizada ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos e à sua família

(ANCP, 2012). Desse modo, este tópico abrange ações realizadas pela equipe multiprofissional de saúde, com foco na discussão de casos, atuação em conjunto e no planejamento do plano de cuidado. Inclui também as intervenções psicológicas voltadas à orientação da equipe na comunicação e na coparticipação no manejo de aspectos psicológicos apresentados pelos pacientes e familiares.

6. Ações interventivas

Este tópico compreende as possibilidades de intervenção psicológica que serão realizadas tendo como base os dados coletados ao longo da utilização do protocolo. As intervenções são direcionadas ao paciente e à família. Dessa forma, deve-se marcar a quem se destinou a conduta.

Estão presentes no protocolo, ações interventivas voltadas aos aspectos do adoecimento, do tratamento, prognóstico e da hospitalização, mantendo a ênfase nas especificidades relacionadas ao câncer e aos Cuidados Paliativos. Assim, inclui intervenções iniciais, ações com foco nos aspectos existenciais e simbólicos, intervenções focadas na comunicação e nas relações interpessoais, além de abranger outras condutas fundamentais na abordagem paliativa.

7. Articulação com a rede de cuidado

No último tópico do protocolo são apresentadas possibilidades de encaminhamento para outros dispositivos da rede, a fim de promover a continuidade do cuidado ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos, diante da alta hospitalar, assim como dos familiares que demandarem suporte nesse contexto ou após a morte do ente querido. Dessa forma, para realizar o acompanhamento do percurso do paciente e/ou da família na rede, o psicólogo pode utilizar o protocolo como uma das ferramentas que favoreça o cuidado compartilhado e o fluxo deles na rede de atenção.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. IDENTIFICAÇÃO E ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Nome: _____
 Idade: _____ Admissão: _____
 Estado Civil: _____ Prontuário: _____
 Reside em: _____ Enfermaria/leito: _____

Diagnóstico: _____

Presença de metástase: Não Sim Qual? _____

Medicamentos em uso: _____

Sintomas físicos importantes: _____

Situação de moradia: _____

Emprego e educação: _____

Suporte material/situação econômica: Funcional Limitado Ausente

2. AVALIAÇÃO DO EXAME PSÍQUICO

3. ADOECIMENTO, TRATAMENTO, HOSPITALIZAÇÃO E ASPECTOS EMOCIONAIS

3.1 PACIENTE

- Primeiro diagnóstico de câncer? Não Sim
- Tratamentos já realizados Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia Cirurgia Outro _____
- Quando recebeu o diagnóstico de câncer? _____
- Tratamento em curso? Não Sim. Qual? _____
- Experiências anteriores com hospitalização: _____
- Adaptação à internação atual: _____
- Adesão ao tratamento: Total Parcial Nenhuma
- Aspectos dificultadores da adesão ao tratamento/conduas da equipe: _____
- Tem acompanhante? Não Sim. Quem? _____
- Nível de autonomia Alta Moderada Pouca Nenhuma
- Perdas simbólicas e concretas vivenciadas: _____
- Condições médicas para acesso a informações difíceis / má notícia Sim Não. Por quê? _____
- Deseja receber informações sobre o quadro clínico/ prognóstico? Não Sim. Quais? _____

3.2 FAMÍLIA

- Identificação do familiar: _____
- Parentesco: _____
- Tipo de vinculação com o paciente: Próxima Distante Conflituosa Dependência emocional Rompimento afetivo
- O familiar tem condições de organizar os aspectos práticos relacionados ao óbito do paciente? (Funeral, visita de familiares, organização das despedidas, aspectos financeiros, etc.) Sim Não

- Rede familiar: _____
- Rede de amigos/pessoas próximas: _____

3.3 PACIENTE/ FAMÍLIA

| ASPECTOS EM COMUM | PACIENTE | FAMÍLIA |
|---|---|---|
| Autoconceito | | |
| Queixas principais | | |
| Sentimentos predominantes | | |
| Recursos de enfrentamento | | |
| Mecanismos de defesa funcionais/ disfuncionais | | |
| <i>Coping</i> espiritual/religioso | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Positivo () Negativo () | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Positivo () Negativo () |
| Percepções sobre o adoecimento/ Sentidos atribuídos ao câncer | | |
| Percepções / Sentidos atribuídos aos cuidados paliativos | | |
| Percepções / Sentidos atribuídos á morte | | |
| Vivencia luto antecipatório / Fases do luto antecipatório | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negação <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Barganha <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Aceitação <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negação <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Barganha <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Aceitação <input type="checkbox"/> |
| Compreensão do quadro clínico | Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Há dúvidas <input type="checkbox"/> Não compreende <input type="checkbox"/> | Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Há dúvidas <input type="checkbox"/> Não compreende <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--|
| Compreensão sobre Cuidados Paliativos | Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Há dúvidas <input type="checkbox"/> Não compreende <input type="checkbox"/> | Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Há dúvidas <input type="checkbox"/> Não compreende <input type="checkbox"/> |
| Comunicação efetiva/clara com a equipe | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> |
| Expectativas com relação ao prognóstico | Realistas <input type="checkbox"/> Fantasiosas <input type="checkbox"/> Positivas <input type="checkbox"/> Pessimistas <input type="checkbox"/> Ambivalentes <input type="checkbox"/> | Realistas <input type="checkbox"/> Fantasiosas <input type="checkbox"/> Positivas <input type="checkbox"/> Pessimistas <input type="checkbox"/> Ambivalentes <input type="checkbox"/> |
| Relação com a equipe | Vínculo positivo <input type="checkbox"/> Conflituosa <input type="checkbox"/> Distanciada/ Sem vínculo <input type="checkbox"/> | Vínculo positivo <input type="checkbox"/> Conflituosa <input type="checkbox"/> Distanciada/ Sem vínculo <input type="checkbox"/> |
| Fantasia | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? |
| Comunicação com o paciente / família (paciente-família) | Efetiva/Clara <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pouco efetiva/Clara <input type="checkbox"/> Omissão de informações <input type="checkbox"/> Conspiração do silêncio <input type="checkbox"/> | Efetiva/Clara <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pouco efetiva/Clara <input type="checkbox"/> Omissão de informações <input type="checkbox"/> Conspiração do silêncio <input type="checkbox"/> |
| Postura diante do tratamento / hospitalização/cuidado | Ativa/Corresponsável <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Negligente <input type="checkbox"/> | Ativa/Corresponsável <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Negligente <input type="checkbox"/> |
| Mudança de papéis / Alteração na dinâmica familiar | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? |
| Deseja participar das decisões relacionadas ao tratamento? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Apenas nas seguintes situações: | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Apenas nas seguintes situações: |
| Situações pendentes/ inacabadas? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? |
| Desejos a serem realizados antes da morte? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? |
| Deseja realizar rituais de despedida? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? |

4. LUTO COMPLICADO

- Fatores de risco:

- Fatores de proteção:

5. ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- Sinalização de sintomas físicos à equipe
 - Manejo do aspecto da dor junto à equipe
 - Avaliar necessidade de avaliação psiquiátrica / Solicitar interconsulta
 - Apresentação dos aspectos psicológicos à equipe
 - Discussão do caso
 - Definição conjunta de condutas / plano de cuidado
 - Orientação referente ao manejo com o paciente e a família
 - Atendimento conjunto. Qual profissional: _____
 - Participação na má notícia / Orientação para a má notícia
 - Participar de reunião em equipe com a família e/ou o paciente para tratar sobre prognóstico/ diagnóstico de terminalidade / Cuidados Paliativos / Outro: _____
 - Avaliação dos aspectos psicológicos da equipe que estejam interferindo na assistência
- Outros: _____

6. AÇÕES INTERVENTIVAS DIRECIONADAS AO PACIENTE E/OU À FAMÍLIA

| INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS | PACIENTE | FAMÍLIA |
|---|----------|---------|
| Acolhimento e escuta ativa | | |
| Promoção da livre expressão dos sentimentos e emoções | | |
| Clarificação de sentimentos | | |
| Validação emocional | | |
| Fortalecimento do vínculo terapêutico | | |
| Intervenção empática verbal e não-verbal | | |
| Identificar e manejar focos de ansiedade | | |
| Fortalecimento dos recursos de enfrentamento | | |
| Abordagem pré-cirúrgica ou preparação psicológica para a realização de procedimentos invasivos | | |
| Preparação psicológica para a alta hospitalar | | |
| Facilitar o fortalecimento do vínculo com a equipe | | |
| Fortalecimento da rede de apoio | | |
| Iniciar o acompanhamento psicológico desde o diagnóstico do câncer | | |
| Realizar intervenções de Educação em saúde (disponibilizar informações sobre o adoecimento e cuidados paliativos, entre outros) | | |
| Mediação da comunicação paciente-família-equipe | | |
| Ampliação perceptiva com relação aos Cuidados Paliativos | | |
| Manejar fantasias acerca do adoecimento/ tratamento / prognóstico / Cuidados Paliativos | | |
| Identificar e elaborar os medos apresentados | | |
| Uso de metáforas para trabalhar temas específicos do adoecimento, tratamento e prognóstico | | |
| Manejar /facilitar a resolução de conflitos familiares | | |
| Facilitar a elaboração de perdas simbólicas e concretas | | |

| | | |
|---|--|--|
| Estímulo ao auto-cuidado | | |
| Promover a autonomia | | |
| Auxiliar no manejo dos aspectos emocionais e psicológicos da dor | | |
| Orientação e sensibilização quanto à necessidade de intervenção psiquiátrica | | |
| Mediar/ facilitar momentos para que sejam tratados assuntos pendentes como despedidas, agradecimentos e reconciliações entre paciente e os membros da família | | |
| Facilitar a elaboração do processo de morte / luto antecipatório | | |
| Resgatar e explorar valores e momentos chaves que deram significado à vida do paciente na promoção do luto antecipatório | | |
| Explorar a dimensão da espiritualidade | | |
| Facilitar a ressignificação de aspectos da vida e das relações | | |
| Fornecer suporte psicológico durante o processo ativo de morte | | |
| Acolhimento de óbito | | |
| Realizar orientação quanto a aspectos práticos e burocráticos do pós-óbito | | |

7. ARTICULAÇÃO COM A REDE DE CUIDADO

- Contato com dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial: _____
- Discussão do plano terapêutico elaborado no hospital

| ENCAMINHAMENTO | PACIENTE | FAMÍLIA |
|--|-----------------|----------------|
| CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) | | |
| USF | | |
| Serviços de Oncologia e Cuidados paliativos | | |
| CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) | | |
| CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) | | |
| Outros serviços | | |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação psicológica voltada ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos e à sua família no contexto hospitalar é relevante para que os aspectos psicológicos e subjetivos sejam incluídos no cuidado e para o planejamento de ações de saúde que contemplem a integralidade do indivíduo, promovendo a sua autonomia e protagonismo no processo de adoecimento e de tratamento e maior qualidade de vida e de morte, como preconizam os princípios da abordagem paliativa.

Essa pesquisa apresentou o processo de elaboração de um protocolo de atendimento psicológico a pacientes oncológicos hospitalizados em Cuidados Paliativos, cujas entrevistas, observações interventivas e análise do material bibliográfico possibilitaram aprofundamento sobre o tema e aprimoramento do instrumento. Os resultados serviram de base para a organização dos principais aspectos a serem considerados na avaliação e intervenção psicológicas nos cuidados paliativos oncológicos.

O protocolo se propõe a ser um instrumento norteador da prática do psicólogo no hospital, no entanto, a sua adequação, aplicabilidade e eficácia devem ser avaliadas de forma processual por meio da análise individualizada de cada caso, levando em consideração as especificidades das reações emocionais e do enfrentamento do adoecimento e da morte dos pacientes, assim como a dinâmica singular de cada família. Espera-se que esse protocolo se constitua como uma ferramenta terapêutica que auxilie a prática do psicólogo hospitalar junto aos pacientes, familiares e à equipe multiprofissional de saúde.

A pesquisa traz como limitações o número reduzido da amostra e a dificuldade no preenchimento total do protocolo para todos os pacientes, devido à gravidade do quadros clínicos e a variação do tempo de hospitalização. Ressalta-se a necessidade de mais pesquisas que possibilitem a avaliação e aplicação do protocolo em outros serviços hospitalares e replicação com um número maior de participantes, bem como o desenvolvimento de outros estudos voltados à assistência psicológica a esses pacientes para que seja construído um fazer psicológico resolutivo e fundamentado na ciência.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. ampl. E atual. – Porto Alegre: Sulina, 2012. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp>. Acesso em: 06 fev. 2021.
- ALMEIDA, V.C., GAMA, E.S.C., ESPEJO, C.A.N., PEDROSO, J.S. A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 2018. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/8893/6359>. Acesso em: 09 fev. 2021.
- ALVES, R.S.F., Cunha, E.C.N., Santos, G.C., Melo, M.O. (2019). Cuidados Paliativos no Fim da Vida; *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2019 v. 39, e185734,1-15.
- ALVES, T.M. Formação de indicadores para a psicopatologia do luto. 2014. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BARROCA, A.M.N., LIMA, N.G.M; SALES, R.L. Luto antecipatório à luz da Gestalt-Terapia. *Revista Psicologia & Saberes*, v.8, n.12, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Positivo%20Premium/Downloads/1061-Texto%20do%20artigo-3198-1-10-20190819.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.
- BASTOS, A.C.S.B. Na iminência da morte: Cuidado Paliativo e Luto Antecipatório para crianças/adolescentes e os seus cuidadores. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.
- BEZERRA, T.L; TAURISANO, A.A.A; PREBIANCHI, H.B. *Psico-oncologia*. Em: *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (2018).
- BONI, V., QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: com o fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em: *Revista Eletrônica De pós graduação em Sociologia Política da UFSC*, 2005, Vol. 2, nº (3), jan-jun/2005.p. 68-80.
- BORGES, A. A relevância da atuação do psicólogo face ao paciente crítico/cirúrgico e família. *Psicologia PT: O Portal dos Psicólogos*, 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1260.pdf>. Acesso em: 18 fev.2021.
- BORGES, A.D.V.S et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369,

2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRAZ, M.S., FRANCO, M.H.P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção do Luto Complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015.

CAETANO, E.A., GRADIM, C.V.C., SANTOS, L.E.S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1351>. Acesso em: 09 fev.2021.

CARDOSO et al . O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. *Av. Enferm*, Bogotá, 2013a. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev.2021.

CARDOSO et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, 2013b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2021.

CARVALHO, M. M. *Psico-oncologia: história, características e desafios*. São Paulo: Psicol. USP, 2002.

COELHO, C.B.T., YANKASKAS, J.R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2017;29(2):222-230 Colognese AS, Melo JLB. A técnica de entrevista na pesquisa social. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v.9, p. 143-159, 1998.

COLOGNESE, A.S, MELO, J.L.B. A técnica de entrevista na pesquisa social. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v.9, p. 143-159, 1998.

CORDIOLI, A.V., ZIMMERMANN, H.H., KESSLER, F. Rotina de avaliação do estado mental, 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/avalial.html>.

COSTA JUNIOR, A. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. Brasília: *Psicologia, ciência e profissão*, 2001.

COSTA JUNIOR, A. L et al . Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estud. Psicol*, Campinas, 2012, Campinas , v. 29, n. 2, p.

271-284, June 2012 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Fev. 2021.

CRUZ, N.A.O, NÓBREGA, M.R., GAUDÊNCIO, M.R.B., FARIAS, .Z.T.T., PIMENTA, T.S., FONSECA, R.C. O papel da equipe m multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: Uma revisã integrativa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n. 1, p.414-434,2021. Disponível em:
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22545/18053>. Acesso em: 07 fev. 2021.

DIAS, J.S.P.S. Fatores de risco no desenvolvimento de um luto complicado em familiares cuidadores de doentes oncológicos, 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2015.

DOMINGUES, et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicol.hosp.(São Paulo)*. São Paulo, v.11, n.1, p. 02-24, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2021.

ESPINHA, T. G. (2007). *Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado*, 2007. Pontífca Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-03-23T114832Z-1303/Publico/Tatiana%20Gomez.pdf. Acesso em: 11 fev. 2021.

ESTEVIÃO, A.L.P, DA SILVEIRA, T. M.A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. *Revista IGT na Rede*, v. 11, nº 21, 2014. p. 282 – 296. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526.

EVANGELISTA, et al . Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, 2013, v. 23, n. 2, p. 511-529.

FERREIRA, A.P.Q., LOPES, L.Q.F., MELO, M.C.B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, 2011, v. 14, n. 2, p. 85-98. Disponível em: <http://>

[//pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=isso). Acesso em 15 fev. 2020.

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, p. 85-98, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 fev. 2020.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, v. 24, p. 17-27, 2008.

FRANCO, Maria Helena Pereira. (2009). Luto em cuidados paliativos. In Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (org.), *Cuidados Paliativos, Cadernos Cremesp* (pp. 559-570). São Paulo: Autor. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_em_cuidados_paliativos.pdf> acessos em 12 jul. 2018.

FREITAS, Joanneliese de Lucas; STROIEK, Nutty Nadir e BOTIN, Débora. Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. *Rev. abordagem gestalt.* [online]. 2010, vol.16, n.2, pp. 141-147. ISSN 1809-6867.

GAMA, E.S.C. O viver e o morrer para pacientes sob cuidados paliativos oncológicos: deslevando os sentimentos da vida, 2016. (DISSERTAÇÃO NÃO PUBLICADA). Disponível em: <http://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Turma%202014/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20ELVIRA%20SILVSTRE%20CHAVES%20GAMA.pdf>.

GOVERNO DA BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/medicamentos-estrategicos/informacoes-sobre-tratamento-oncologico-no-sus/>

GUIMARÃES, C.A., LIPP, M.E.N., Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, vol.13, n.2, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193821393004>. Acesso em: 18 fev.2021.

INOCENTI, A., RODRIGUES, I.G., MIASSO, A.I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de*

Enfermagem, 2009. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a11.htm>. Acesso em: 12 fev. 2021.

KIRA, C.M. As últimas 48 horas. In: *Cuidado Paliativo. CREMESP*. São Paulo, 2008.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf. Acesso em: 07 fev.2021.

KOERICH, M.S., BACKES, D.S., SOUSA, F.G.M., ERDMAN, A.L. A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde. *Enfermería Global*.8, 2009. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/pt_17e04.pdf. Acesso em: 07 de fevereiro de 2021.

KUBLER-ROSS E. *Sobre a morte e o morrer*. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.

LORENZZONI, A.M., VILELA, A.F.B., ROGRIGUES, F.S.S. Equipe

multiprofissional nos cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa,

REVISTA ESPAÇO CIÊNCIA & SAÚDE, Cruz Alta – RS, 2019. Disponível em:

<http://revistaeletronicaocs.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/8214/2139>. Acesso em: 07 fev.2021.

MACHADO, K.D.G., PESSINI, L., HOSSNE, W.S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Revista Bioetikos – Centro Universitário São Camilo*, 2007. Disponível em:

http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf. Acesso em 08 fev.2021.

MACIEL, M.G.S. Definições e Princípios. In: *Cuidado Paliativo. CREMESP*. São Paulo, p. 15-30, 2008. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf. Acesso em: 07 fev.2021.

MELO, A.C., VALERO, F.F., MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 14, n.3, p.452-469, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MENDES, J.A., LUSTOSA, M.A., ANDRADE, M.C.M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009 .

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 fev. 2021.

MENDES, T.S.R. A Conspiração do Silêncio em Cuidados Paliativos: Os actores, contextos e práticas na perspectiva da equipa multidisciplinar. Tese (Mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2009.

MESSIAS, A. A. et al. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativosvers--o-final.pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2021.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: *Vozes*, 2001.

MONTEIRO, Mayla Cosmo; RUTHERFORD, Christine da Motta; DE PAULA, Sheila Tavares Costa. *Cuidado Paliativo integrado à Unidade de Terapia Intensiva*. In: *Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: Intervenções em situações de urgência subjetiva*. Rio de Janeiro: Atheneu (2018).

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisas em administração*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 2, 1996.

NUNES, L.V. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T; PARSONS, H.A (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 337-340, 2012.

OLIVEIRA, Dhiene Santana Araújo; CAVALCANTE, Luciana Suelly Barros and CARVALHO, Ricardo Tavares de. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2019, vol.39, e176879. Epub Apr 25, 2019. ISSN 1982-3703.

OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manoel Antônio dos and MASTROPIETRO, Ana Paula. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicol. estud.** [online]. 2010, vol.15, n.2, pp.235-244. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200002>.

PEDREIRA, C.S. Assistência psicológica humanizada à pacientes oncológicos: cuidados paliativos. *Psicologia PT: O Portal dos Psicólogos*, 1-14. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0735.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

PERES, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiq. Clín.* 34,SUPL. 1; 82-87, 2007.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>. Acesso em: 16 fev. 2021.

Programa de Residência Multiprofissional em Urgência do IMS é aprovado pelo MEC. Disponível em: <http://www.ims.ufba.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-urgencia-do-ims-e-aprovado-pelo-mec/> >.

RAMOS, J.L.R., PERES, R.S. Protocolo de avaliação psicológica para pacientes oncológicos: Uma proposta. *Psicol.Argum.*, Curitiba, v.31, n.75, p.729-727, 2013. Disponível em: doi: 10.7213/psicol.argum.31.075.AO10. Acesso em: 21 fev.2021.

REZENDE, L.C.S., GOMES, C.S., MACHADO, M.E.C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Revista Psicologia e Saúde*, v.6, n.1, p. 28-36, 2014. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/321/367>. Acesso em: 14 fev. 2021.

REZENDE, L.C.S.; GOMES, C.S.; MACHADO, M.E.C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. Campo Grande: *Rev. Psicol. Saúde*, 2014.

RODRIGUES, A.R., LIGEIRO, C., SILVA, M. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. São Paulo: *Rev. Cuidarte Enfermagem*, 2015.

ROSA, Estefânia Ibarra Dobes da Rosa; RODRIGUES, Gésio Eduardo Antas. *Psicólogo e Equipe Multiprofissional nos Cuidados Paliativos*. Em: *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (2018).

SANCHES, et al. O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo?. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50.1: 18-23. 2014.

SCHRAMM, J.M.A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev.2021.

SILVA, Rafaella Brito e; BOAVENTURA, Carolina Brum Faria. Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 37-46, jun. 2011. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 maio 2019.

SILVA, S.S., AQUINO, T.A.A., SANTOS, R.M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-89, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, T., FOGER, D., SANTOS, P. Despersonalização do paciente oncológico hospitalizado: uma revisão integrativa. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 20, n. 3, p. 651-658, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000300008&lng=pt&nrm=iso, Acesso em: 11 fev. 2021.

SOUSA, K.D.F., LIMA, F.S., TORRES, V.C. *Cuidados paliativos sob uma perspectiva psicológica como terapêutica de alívio do sofrimento para pacientes oncológicos*. Anais IV CONBRACIS, Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/72165>. Acesso em: 15 fev.2021.

SOUZA, M.G.G., GOMES, A.M.T. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 2, p. 149-154, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4009>. Acesso em: 10 fev. 2021.

TAVARES, A.T., PAWLOWYTSCH, P.W.M. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Saúde Meio Ambient.* v. 2, n. 2, p. 32-43, 2013. Disponível em: <https://score.ac.uk/downloadpdf/229774596.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, v. 31, n. 3, 2005.

VEIT, M.T; C, V.A, Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4):526-530.

VELASCO, K., RIVAS, L.A.F., GUAZINA, F.M.N. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Positivo%20Premium/Downloads/1741-4835-1-SM.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

VETTORE, M.V. et al. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cad. Saúde Pública*, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2021.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.pmvc.ba.gov.br/saude/>

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS

1. Como a demanda por cuidados paliativos em pacientes oncológicos é abordada pela equipe multiprofissional nesse hospital?
2. Em sua opinião, quais os critérios deveriam ser utilizados para realizar cuidados paliativos no hospital?
3. Quais os aspectos psicológicos que você identifica nos pacientes oncológicos que estão em cuidados paliativos?
4. Como se dá o seu atendimento psicológico a esses pacientes?
5. Como é sua atuação junto aos familiares desses pacientes?
6. Como é a sua atuação junto à equipe multiprofissional para intervir nesses casos?
7. Quais intervenções e/ou estratégias você considera mais efetivas no manejo desses casos?
8. Como é realizada a comunicação da má notícia a esses pacientes e familiares?
9. De que forma você trabalha o luto antecipatório com esses pacientes e familiares?
10. Como você trabalha a autonomia de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos?
11. Quais os maiores desafios que você enfrenta ao realizar atendimento com esses pacientes e familiares.
12. Exemplifique a sua atuação com um caso de paciente diagnosticado com câncer em cuidados paliativos.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE CAMPO (CICLO INVESTIGAÇÃO-AÇÃO)

NOME DO PACIENTE:

DATA DE OBSERVAÇÃO: _____ **NÚMERO DO**
ATENDIMENTO: _____

SETOR DE ATENDIMENTO: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____

DATA DE ALTA (); TRANSFERÊNCIA (); ÓBITO (): _____

1. MONITORAMENTO E DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

1.1 Exame Psíquico

1.2 Reações emocionais apresentadas pelo paciente

1.3 Reações emocionais apresentadas pelos familiares

1.4 Descrição dos atendimentos e das intervenções realizadas

1.5 Reflexões sobre aplicação do protocolo (problemas / hipóteses):

2. AVALIAÇÃO DO RESULTADO DAS AÇÕES**2.1 Resolutividade do protocolo:**

3 PLANEJAMENTO PARA APRIMORAMENTO DAS AÇÕES

3.1 Sugestão de alterações de informações existentes no protocolo:

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a),

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR FRENTE A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**”, que está sendo desenvolvida pela psicóloga residente Juliana de Almeida Silva sob orientação da Prof^ª Dra. Andrea Batista de Andrade Castelo Branco, vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa tem como objetivo elaborar um protocolo de atendimento psicológico para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos, visando à melhoria da assistência psicológica a estes prestada. Para esta pesquisa, adotaremos a entrevista semiestruturada como procedimento metodológico, a qual será gravada e transcrita. Sua participação na pesquisa consiste, caso aceite o convite, em responder perguntas sobre sua atuação em casos de pacientes oncológicos hospitalizados que estão em cuidados paliativos. Essa entrevista terá duração aproximada de uma hora. A mesma deve ser gravada em aparelho de áudio assim, solicito sua autorização para gravar essa entrevista. Informo que a gravação será utilizada unicamente para analisar os dados da pesquisa, o(a) Sr.(a) não terá seu nome identificado em nenhuma das etapas e todos os dados e informações serão mantidos em absoluto sigilo. Destaco que as informações somente serão utilizadas para os fins acadêmicos e científicos. Além disso, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando da finalização do estudo. Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Com relação aos riscos envolvidos na participação da pesquisa, deve-se considerar a possibilidade do participante apresentar algum desconforto no momento de responder as perguntas durante a entrevista. Como benefício, pode-se destacar a contribuição para uma melhoria das práticas assistenciais

no hospital por meio da construção do protocolo de atendimento psicológico relacionados à temática deste estudo. Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, o Sr.(a) será esclarecido a qualquer momento e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Os riscos ou desconfortos que você poderá sentir são considerados mínimos, pois são muito semelhantes aos procedimentos rotineiros do processo de avaliação psicológica que você já realiza no hospital, não sendo invasiva à sua intimidade. Entretanto, caso alguma pergunta gere desconforto, o Sr(a). poderá recusar-se a responder, ou ainda interromper essa entrevista e retirar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Para diminuir o risco, buscamos nos preparar antes da entrada no local do estudo para realizar essa entrevista da maneira que seja mais confortável para o Sr.(a). Como benefício, consideramos que a construção do protocolo de atendimento psicológico, possibilitado pela pesquisa, poderá promover a melhorias das práticas assistenciais no hospital. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal da Bahia e a outra será fornecida ao Sr.(a) Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos. Caso o (a) Sr. (a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os seguintes pesquisadores a qualquer tempo: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco – telefone (77) 9171-9993, Juliana de Almeida Silva (77) 99812-2502. Endereço: **Av. da Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60.020-180, Fortaleza-CE, Área 2 do Centro de Humanidades, Bloco Didático Prof. Ícaro de Sousa Moreira.** As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias, Vitória da Conquista- BA. Telefone: (77)3429-2720, e-mail: cepims@ufba.br. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Iremos manter o sigilo profissional das informações prestadas, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), e utilizaremos as informações somente para os fins científicos. Não iremos expor na pesquisa informações específicas que permitam a sua identificação e o(a) Sr.(a) não será mencionado em nenhuma publicação. Os dados coletados também serão devidamente armazenados em local seguro. O presente Termo de Consentimento está impresso em duas vias originais assinadas (uma ficará com o

pesquisador, arquivada na Universidade Federal da Bahia) e outro será entregue ao Sr(a). Todas as informações coletadas e compiladas e suas análises serão arquivadas pelo pesquisador pelo prazo de 05 (cinco) anos, após esse período serão deletados/destruídos.

Eu, _____, portador do documento de identidade fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR FRENTE A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste documento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Vitória da Conquista de de 2020

Nome completo (participante)

Nome completo (pesquisador)

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a),

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a prática do psicólogo hospitalar voltada aos pacientes e familiares atendidos nessa instituição. Nessa pesquisa queremos entender como esse cuidado tem sido oferecido e elaborar um protocolo de atendimento relacionado à essa temática de estudo. Esperamos que os resultados possam ajudar a melhorar a qualidade da assistência prestada. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela psicóloga residente Juliana de Almeida Silva sob orientação da Prof^a Dra. Andrea Batista de Andrade Castelo Branco, vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia. Caso aceite o nosso convite, o (a) senhor(a) irá participar de cerca de 10 atendimentos psicológicos com a pesquisadora. Considerando que a quantidade de atendimentos pode ser maior ou menor a depender do tempo de hospitalização e da necessidade de atendimento psicológico. Nesses atendimentos iremos avaliar como tem sido a experiência do adoecimento, do tratamento e do internamento, ouvindo um pouco sobre os sentimentos e emoções que o Sr.(a) tem vivenciado nesse momento e os pontos negativos e positivos desses processos. Realizando intervenções psicológicas que possam ajudar a lidar com as situações difíceis e minimizar os possíveis sofrimentos durante a hospitalização. Nesse sentido, gostaríamos de contar com a sua participação que é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a), nem receberá qualquer tipo de remuneração. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa e os dados obtidos através da análise do material coletado, quando divulgados em congressos científicos e publicações, não poderão ser associados a você. O nome de todas as pessoas que participarem da pesquisa não será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além dos pesquisadores. Os riscos ou desconfortos dos procedimentos que você poderá sentir são considerados mínimos, pois são muito semelhantes aos procedimentos rotineiros do processo de avaliação psicológica que você já responde no hospital, não sendo invasiva à sua intimidade. Para minimização dos possíveis riscos, os pesquisadores assegurarão que todos os procedimentos serão

realizados por profissionais treinados, da maneira mais confortável possível para o(a) Sr.(a). Além disso, o(a) Sr (a) poderá se recusar ou interromper o atendimento psicológico e retirar a sua participação da pesquisa em qualquer momento. E não sofrerá nenhum dano e não haverá mudança na assistência que vem recebendo durante o processo de hospitalização. O presente Termo de Consentimento está impresso em duas vias originais assinadas (uma ficará com o pesquisador, arquivada na Universidade Federal do Ceará) e outro será entregue ao Sr(a). Todas as informações coletadas e reunidas e suas análises serão arquivadas pelo pesquisador pelo prazo de 05 (cinco) anos e posteriormente serão deletados-destruídos. Todos os dados e a identidade dos participantes serão tratados segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em conformidade com fins estritamente científicos e acadêmicos.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da importância do estudo proposto, e como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, da não remuneração, da possibilidade de retirar minha participação sem danos ou sanção em qualquer tempo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa e da divulgação científica e acadêmica dos dados da mesma em eventos e publicações. Estou ciente que recebi uma via desse documento e que me foi dada a oportunidade de esclarecer dúvidas antes da assinatura do mesmo.

Vitória da Conquista, de de 2020.

Nome completo do participante:

Assinatura completa do participante (por extenso) ou identificação pela digital

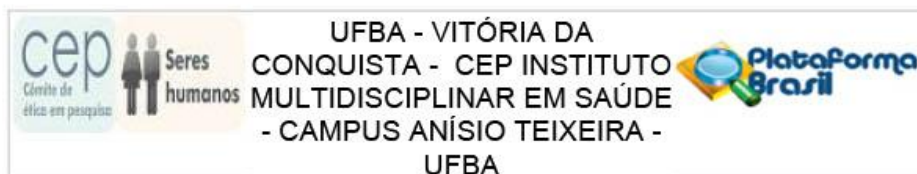
Pesquisadora: Juliana de Almeida Silva

Assinatura da pesquisadora:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisadora Juliana de Almeida Silva, telefone: (77) 99812-2502 ou para a

orientadora da pesquisa Andréa Batista de Andrade Castelo Branco – telefone: (77)9171-9993. Endereço: **Av. da Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60.020-180, Fortaleza-CE, Área 2 do Centro de Humanidades, Bloco Didático Prof. Ícaro de Sousa Moreira. Contato do Comitê de Ética: (77) 3429-2720.**

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do Psicólogo frente a pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

Pesquisador: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40564220.7.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

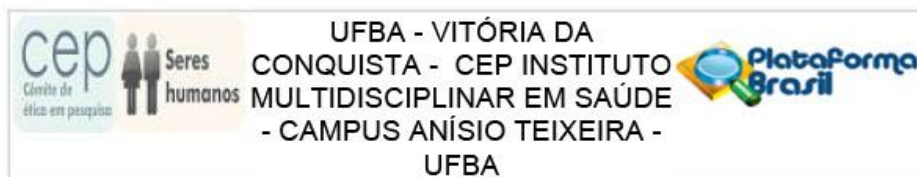
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.544.879

Apresentação do Projeto:

O projeto refere-se à uma avaliação de como se dá a atuação do psicólogo hospitalar frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos e uma proposta de protocolo de intervenção psicológica voltada a esse público. O câncer é a denominação utilizada para definir um conjunto de patologias que tem como principal característica o crescimento celular anormal e excessivo, o qual ocorre, comumente de forma acelerada. Autores apontam a possível contribuição dos aspectos emocionais e psicológicos no desenvolvimento dessa patologia e do sistema imunológico. Além disso, descrevem como o diagnóstico de câncer e seus consequentes tratamentos podem gerar impactos psicossociais e emocionais importantes ao paciente e seus familiares (CARVALHO, 2002). Diante desse contexto, a Psico-oncologia integra a área da Psicologia da saúde e contempla intervenções que objetivam prestar ao paciente e a seus familiares o suporte psicossocial e psicoterapêutico, bem como propiciar um campo favorável à busca de novos significados de vida e de priorizar a qualidade de vida de uma forma mais abrangente (SILVA; BOAVENTURA, 2011). Os Cuidados Paliativos foram criados visando à humanização do atendimento multiprofissional aos pacientes com patologias sem possibilidade terapêutica de tratamento e cura, sendo definido como uma abordagem de cuidado que objetiva promover maior qualidade de vida e de morte aos pacientes com doenças graves e/ou sem possibilidade de cura (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ACNP], 2012, p.26). Entende-se

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.544.879

que o psicólogo tem um papel fundamental na equipe multiprofissional, considerando o potencial de promover intervenções que irão impactar de modo positivo no cuidado ao paciente e seus familiares, favorecendo um processo de morte e morrer mais digno. Nesse cenário, este estudo poderá potencializar a reflexão e a melhoria das ações desenvolvidas por meio da construção de um protocolo que possibilitará maior direcionamento teórico e prático à atuação do psicólogo com esse público. Trata-se de um projeto de pesquisa decorrente de trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência, o qual possui caráter qualitativo e utiliza como método a pesquisa-ação. Para a coleta de dados, serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais psicólogos e a observação participante com os pacientes e familiares. A metodologia empregada para a análise dos dados será análise de conteúdo e obedecerá 3 etapas – a organização do material, a codificação dos dados e a interpretação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um protocolo de atendimento psicológico para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

Objetivo Secundário:

Identificar os aspectos emocionais dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos; Descrever intervenções e estratégias dos psicólogos que atuam frente a esses pacientes e seus familiares; Analisar a inserção do psicólogo na equipe multiprofissional nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos.

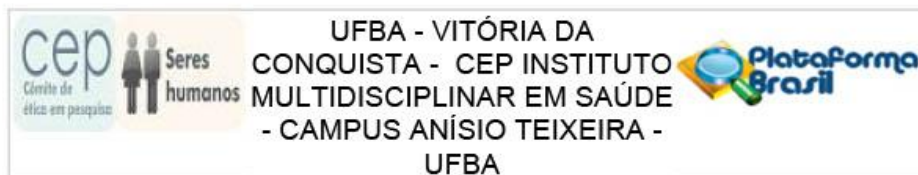
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios identificados foram:

Riscos:

No caso dos profissionais: Com relação aos riscos envolvidos na participação da pesquisa, deve-se considerar a possibilidade do participante apresentar algum desconforto no momento de responder as perguntas durante a entrevista. No caso dos pacientes: Os riscos ou desconfortos dos procedimentos que você poderá sentir são considerados mínimos, pois são muito semelhantes aos procedimentos rotineiros do processo de avaliação psicológica que você já responde no hospital, não sendo invasiva à sua intimidade. Para minimização dos possíveis riscos, os pesquisadores assegurarão que todos os procedimentos

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.544.879

serão realizados por profissionais treinados, da maneira mais confortável possível para o participante Além disso, o participante

poderá se recusar ou interromper o atendimento psicológico e retirar a sua participação da pesquisa em qualquer momento. E não sofrerá nenhum dano e não haverá mudança na assistência que vem recebendo durante o processo de hospitalização.

Benefícios:

Como benefício, pode-se destacar a contribuição para uma melhoria das práticas assistenciais no hospital por meio da construção do protocolo de atendimento psicológico relacionados à temática deste estudo. No caso dos pacientes, nesses atendimentos iremos avaliar como tem sido a experiência do adoecimento, do tratamento e do internamento, ouvindo um pouco sobre os sentimentos e emoções que o participante vivencie nesse momento e os pontos negativos e positivos desses processos. Realizando intervenções psicológicas que possam ajudar a lidar com as situações difíceis e minimizar os possíveis sofrimentos durante a hospitalização. Assim, os benefícios possíveis serão realizar a assistência psicológica, promovendo o cuidado em saúde mental durante o seu processo de hospitalização, adoecimento e tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem construída do ponto de vista teórico, os objetivos apresentam-se alinhados com os objetivos descritos no projeto. O estudo tem como foco melhorar as formas de atuação do psicólogo hospitalar frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos e uma proposta de protocolo de intervenção psicológica voltada a esse público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram os seguintes:

Declaração de Instituição e Infraestrutura

Projeto Brochura

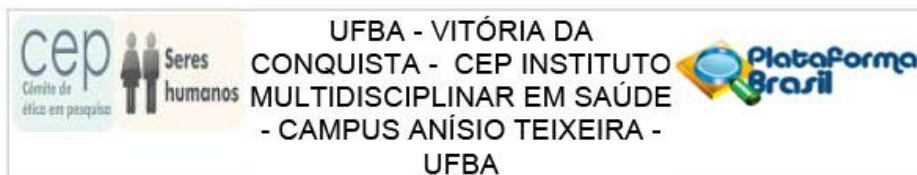
Autorização de imagem e som

Roteiro da entrevista

Cronograma atualizado

Folha de Rosto PB devidamente assinada

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.544.879

Folha de Rosto local, devidamente assinada.

Currículo Lattes das pesquisadoras

Folha de Rosto PB, devidamente assinada

TCLE's

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1665699.pdf

Declaração de anuência à participação das pesquisadoras, devidamente assinadas.

Recomendações:

O número e duração de sessões foram estabelecidos com número perfeitamente viável de dez sessões de 60 minutos. Os riscos e benefícios foram melhor esclarecidos e detalhados no TCLE. O roteiro foi anexado não possuindo nenhuma questão que possa desencadear constrangimento. Os documentos pendentes foram anexados. E o cronograma está atualizado. Portanto, não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as análises foi possível verificar que o projeto foi alterado atendendo as recomendações do parecer anterior, desta forma indico aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

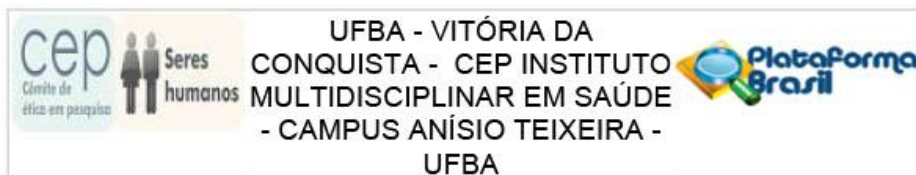
O parecer do relator foi apreciado na 90ª reunião ordinária no dia 12 de fevereiro de 2021 sendo aprovado por unanimidade.

Qualquer alteração ou modificação nesse projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://cep.ims.ufba.br/relat%C3%B3rio>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

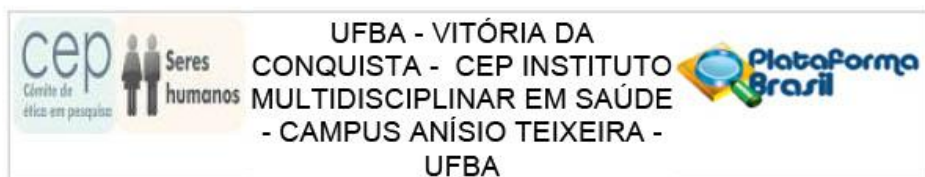
Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.544.879

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1665699.pdf | 21/12/2020 18:37:13 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_rosto.pdf | 21/12/2020 18:35:43 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | Aut_imagem_som.pdf | 21/12/2020 18:33:34 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | Resposta_parecer.pdf | 21/12/2020 18:31:11 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | Roteiro_campo.pdf | 21/12/2020 18:28:14 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | Roteiro_entrevista.pdf | 21/12/2020 18:27:28 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | Folha_Local.pdf | 21/12/2020 18:26:44 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Decl.pdf | 21/12/2020 18:25:38 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 21/12/2020 18:25:03 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pro.pdf | 21/12/2020 18:24:35 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PF.pdf | 21/12/2020 18:24:25 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 21/12/2020 18:23:41 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | D.pdf | 30/11/2020 21:09:24 | Fabiana Gomes de Brito | Aceito |
| Outros | Lattes_assistente.pdf | 17/11/2020 14:48:58 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |
| Outros | Lattes_pesquisadora.pdf | 17/11/2020 14:48:07 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.544.879

| | | | | |
|--------|-------------------------|------------------------|--|--------|
| Outros | Lattes_pesquisadora.pdf | 17/11/2020 14:48:07 | Branco | Aceito |
| Outros | RG.pdf | 17/11/2020 14:47:04 | Andréa Batista de Andrade Castelo Branco | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 18 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Guilherme Chirinéa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br