

## A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM CUIDADOS PALIATIVOS<sup>1</sup>

Victor Gallas Pontel<sup>2</sup>

Michelle Regina da Natividade<sup>3</sup>

**Resumo:** Os cuidados paliativos se constituem como uma modalidade de tratamento multiprofissional que busca a utilização de técnicas que proporcionem a pacientes acometidos de doença grave e/ou incurável, assim como aos seus familiares, uma melhor qualidade de vida, bem como avaliar o seu sofrimento. Como membro da equipe multiprofissional em cuidados paliativos, o psicólogo exerce um papel de grande valia, tendo como enfoque a dimensão psicológica do ser. Esta pesquisa, caracterizada como qualitativa, exploratória e de delineamento de estudo de caso, teve por objetivo compreender a atuação do psicólogo no âmbito dos cuidados paliativos. A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, e as informações obtidas foram examinadas por meio de análise de conteúdo. Os resultados foram demonstrados a partir de cinco categorias de análise, quais sejam: as estratégias psicológicas de enfrentamento desenvolvidas; a influência do ciclo vital dos pacientes; a influência da conceituação obtida sobre o que sejam os cuidados paliativos; o atraso no acionamento da equipe paliativista; e as possibilidades de intervenção do psicólogo paliativista. A análise de tais categorias foi capaz de evidenciar a existência de diversos desafios, circunstâncias e possibilidades de ação como elementos partícipes do contexto de intervenção do psicólogo paliativista. Conclui-se, assim, que a atuação da psicologia nos cuidados paliativos é de crucial importância, sendo parte indispensável no escopo de intervenções junto aos três grupos de atenção: pacientes, familiares e equipes multiprofissionais responsáveis.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Equipe Multiprofissional; Psicologia Hospitalar.

### 1. INTRODUÇÃO

A morte é a condição final de todo ser humano. É o último fenômeno de seu ciclo vital. É o seu destino. É implacável, inevitável e irremediável. Não há negociações possíveis em relação ao fato de que todos os homens morrerão, cedo ou tarde. O morrer é sempre uma iminência, e a consciência a respeito dele é um dos atributos exclusivamente humanos, de modo que a existência humana é frequentemente ameaçada por ele, enquanto potência. Lembra Norbert (2001) que apenas os seres humanos, dentre todos os seres vivos, sabem que, em algum ponto da vida, morrerão, e isso certamente traz grandes e múltiplas implicações, tanto para quem morre, quanto para os que ficam e que, de alguma maneira, direta ou indiretamente, têm contato com a rede social do moribundo.

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Psicologia da UNISUL.

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: victorpontel@hotmail.com.

<sup>3</sup> Orientadora: Prof<sup>a</sup> Michelle Regina da Natividade, Mestre em Psicologia.

De acordo com Ariès (1977), até o século XIX, a morte era tida como um processo natural da vida, em que o moribundo poderia passar pelo seu processo na presença de seus familiares, sob ritos simples. Ainda segundo o autor, nos últimos tempos, porém, sobretudo a partir dos anos 1930, tornou-se inconveniente morrer em casa, e o ambiente do binômio doença-morte foi transferido do aparato e controle domésticos para a instituição hospitalar, e assim até hoje o é. Noutros termos, o local de praxe, atualmente, para se morrer, é o hospital.

Tendo se tornado o hospital o local onde pelo menos 75% das pessoas falecem (PAPALÉO, 1999), passou a se fazer necessário que houvesse preparo dos profissionais hospitalares para lidar com essa situação. E se, conforme supracitado, o simples pensar a respeito da iminência simbólica da morte traz implicações, quanto mais em situações em que a morte se transforma em iminência factual, isto é, quando ela se torna uma ameaça real, próxima. É o caso, por exemplo, de doenças terminais, incuráveis, em que se recebe um prognóstico médico fatalista, que anuncia a impotência profissional frente a um quadro clínico avançado.

Como demonstram Barbosa e Massaroni (2016), apesar de todo o avanço técnico e tecnológico da medicina que prolonga o tempo de vida de pacientes (e da expectativa de vida da população em geral, ao longo dos anos), a formação e a preparação dos profissionais da saúde não mostram acompanhar tal evolução. Isso faz com que, a despeito do prolongamento do tempo de vida de pacientes, haja um aumento, também, do seu sofrimento, e, em especial, daqueles que estão subordinados à chancela médica de terminalidade.

Nesse contexto, os cuidados paliativos surgem como uma modalidade multiprofissional de cuidado e atendimento cujo interesse é melhorar a qualidade de vida de pacientes acometidos de condições médicas que ameaçam a continuidade temporal de suas vidas, isto é, pacientes que estão fora de possibilidades terapêutico-curativas. Afinal de contas, apesar de não haver solução para a morte, pode-se morrer bem, com dignidade, obtendo-se o processo de finalização da vida amenizado, facilitado (PORTO; LUSTOSA, 2010).

A definição dos objetivos dos cuidados paliativos, oferecida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, é a seguinte:

Aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento em pacientes portadores de doenças crônicas, progressivas, avançadas, degenerativas, incuráveis ou doenças em estágio final. O cuidado visa ao paciente em sua globalidade de pessoa humana, na tentativa de oferecer foco e significado na qualidade de vida (2008, p. 580).

A urgência de haver capacitação profissional em cuidados paliativos é incrementada pelo notável aumento do número de casos de doenças crônico-degenerativas irreversíveis (como boa parte dos casos de câncer) ao longo dos últimos anos (GLOBAL BURDEN OF

DISEASE, 2019). A falta de preparo nessa direção, pois, acarreta em fragilidade profissional e despreparo para atuar de forma humanizada e adequada em tal realidade.

A preparação profissional para se lidar com o processo terminal acabou por se tornar uma emergência, uma vez, também, que os profissionais de saúde estão sempre muito próximos da morte, já que esta é representada no espaço onde muitos daqueles trabalham: o hospital. Com um alto índice de pessoas sofrendo e morrendo dentro dos hospitais, mostra-se necessária a formação de profissionais de saúde aptos a lidar com essa nova realidade, ou seja, prestar um atendimento realmente humanizado, pois a institucionalização da morte a tornou triste, solitária, muito mecânica e muito desumana (KOVÁCS, 1992).

Essa “institucionalização da morte” traz à tona a necessidade de haver maior ênfase na concepção e no cuidado para com o sofrimento de pacientes cujos prognósticos são abreviados ou, ao menos, ameaçados. O sofrimento no fim da vida, mesmo em meio a uma era tão tecnológica quanto se apresenta, é um desafio, uma questão central, para todas as áreas da saúde (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2010). Em tempos de mortes solitárias, mecânicas e desumanas, grandíssima parte dos esforços em saúde disponíveis à população adoecida e internada em hospitais se concentra na manutenção da quantidade de vida, e não em sua qualidade (COSTA; LIMA, 2005). Isso, mais uma vez, levanta a questão da urgência por tratamentos oferecidos à sociedade que sejam mais dignos, abrangentes, e que considerem o conceito de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, não se resumindo à ausência de enfermidade (OMS, 1947). Assim, o conhecimento, bem como a preparação, que sejam mais efetivos e humanizados, no que diz respeito a modos, modalidades e papéis profissionais desempenhados em tratamentos ofertados, equilibraria o binômio qualidade-quantidade de vida de pacientes em condição de hospitalização, reduzindo até mesmo a caricatura social que se tem a respeito do morrer, visto como tabu, amedrontador e objeto de negação (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Outro ponto, ainda, que corrobora a necessidade de maior aprimoramento técnico dos profissionais de saúde que atuam em hospitais, ancora-se no estudo de Benoliel (1988 apud KOVÁCS, 2008, p. 197) que constatou que entre as principais dificuldades que os profissionais de saúde possuem no que diz respeito à morte, está o dialogar com o paciente terminal sobre o agravamento de sua doença e a sua possibilidade de morte. Assim, nota-se muito importante que cada uma das áreas contributivas da composição multiprofissional atuante em hospitais, e que, no seu exercício, defrontam-se direta e indiretamente com situações de terminalidade, esteja devidamente forjada, preparada.

Nesse contexto, a participação da psicologia vem cada vez mais ganhando requisição. A presença do psicólogo nesse âmbito vem crescendo gradativamente, e espaços a ele vêm sendo abertos. A principal justificativa para essa requisição está no fato de haver notório sofrimento psíquico em casos de adoecimento físico, de maneira que tais profissionais deverão lançar mão de ferramentas técnicas que sejam capazes de fornecer suporte a esse sofrimento e a seus elementos constitutivos (CFP, 2019). Dito de outro modo, é competência do profissional psicólogo o oferecimento de suporte para a elaboração, por parte dos pacientes, assim como de suas respectivas famílias, de possíveis medos, desamparos, desorientações, sofrimentos e angústias que sejam decorrentes de um adoecimento físico.

Sendo assim, no tocante ao trato e cuidado, nos domínios psíquico e existencial, de pacientes que se encontram hospitalizados sob cuidados paliativos, faz-se primordial a contribuição da psicologia hospitalar, sob o intuito principal de tornar possível a compreensão do paciente sobre a sua atual condição de vida, promovendo o conforto necessário para as suas angústias e, assim, reduzir suas dores emocionais, sob o respeito do seu tempo diante da aceitação da finitude de sua existência (REZENDO; GOMES; MACHADO, 2014).

Contudo, apesar da abertura de espaço a psicólogos em hospitais, não raramente não se tem por clarificado qual o seu papel, tanto juntos ao paciente e à sua família, quanto à equipe médica (GIANNOTTI, 1995). E isso, inclusive, dentro da classe dos próprios psicólogos. Chiattonne (2000) ressalta que, até mesmo nos currículos universitários de Psicologia, o tema da intervenção psicológica na manifestação dos fenômenos de morte e do morrer, enquanto disciplina, ainda não é totalmente incluído, o que resulta em dificuldades para o psicólogo quando, no exercício de suas funções, tem o contato, inevitável, com a morte de terceiros – fato mais frequente em hospitais e, ainda mais, em contextos de cuidados paliativos.

A não rara ignorância acerca do papel e da posição do psicólogo frente à morte, inclusive na visão desses próprios profissionais, revela uma lacuna na preparação destes. Junqueira e Kovács (2008) afirmam que os acadêmicos de Psicologia não se veem devidamente preparados para lidar com o processo do morrer, o que denuncia a carência de estudos teórico-práticos sobre o tema. Sob ponto de vista semelhante, Hermes e Lamarca (2013) citam que é necessária uma mudança curricular na graduação das mais diversas áreas da saúde, que atenda a demanda dos estudantes por formação em educação para a morte, para que os pacientes terminais possuam recursos para a elaboração e amenização do seu sofrimento, favorecendo a ressignificação da experiência do adoecimento. Desta feita, uma investigação relativa ao papel do psicólogo frente ao período de iminência do morrer, colaboraria até mesmo com a capacitação desse profissional.

Em suma, conforme manual publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), a escuta do psicólogo hospitalar engloba, basicamente, três grupos de atenção: pessoa assistida, família e instituição. Isso significa que as suas possibilidades básicas de atuação se concentram no indivíduo hospitalizado, nos membros de suas respectivas famílias e nos integrantes das equipes multiprofissionais operantes nos hospitais.

Diante disso tudo, fica o questionamento: quais são as possíveis contribuições da psicologia nos casos de pacientes sob cuidados paliativos? É justamente com o propósito central de descrever possíveis contribuições da psicologia em casos de hospitalização sob cuidados paliativos, e dentro de uma linha de ação que esteja assentada sobre os supracitados três grupos básicos de atenção, isto é, paciente, família e equipe multiprofissional, que este trabalho é concebido. A fim de elucidar a atuação dos psicólogos em casos de cuidados paliativos, e, assim, a sua importância no processo, é que este trabalho procurará desvendar como a psicologia pode contribuir em quadros nos quais não há mais qualquer perspectiva de cura de adoecimentos físicos.

## **2. MÉTODO**

Esta pesquisa se caracteriza como de abordagem metodológica qualitativa, que, de acordo com Gil (1999), compreende investigar, compreender e desenvolver teorias acerca de um tema abordado. Além disso, quanto ao objetivo, este estudo é exploratório, por pretender construir uma maior familiaridade com um problema a ser pesquisado (GIL, 2022), e descritivo, por objetivar descrever as características de uma população e fenômenos pesquisados (GIL, 2022). Também, é de delineamento de estudo de caso, que, para Gil (2022), consiste em estudo aprofundado de um ou poucos casos, para que haja ampla investigação sobre o tema estudado e suas variáveis, e de corte transversal, que, segundo Zangirolami-Raimundo, Echeimberg e Leone (2018), permite observarem-se as variáveis do tema abordado a partir de um único momento, no qual o pesquisador registra uma “fotografia” dos fatos de interesse, não observando o seu curso evolutivo.

### **2.1 PARTICIPANTES**

Esta pesquisa foi realizada com quatro participantes, mulheres, todas profissionais da Psicologia e atuantes em Cuidados Paliativos. As participantes obedeceram aos critérios de seleção estabelecidos para a pesquisa, sendo estes: deter registro ativo no Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina, ser atuante em psicologia hospitalar e em quadros de Cuidados

Paliativos e ter disponibilidade para a realização de uma entrevista presencial de duração média de 50 minutos em horário e data a serem conjuntamente acordados.

## 2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

A coleta dos dados desta pesquisa foi realizada por intermédio de entrevistas semiestruturadas, feitas de forma presencial com cada participante, com duração de até 50 minutos e em horário e local previamente combinados entre as partes.

Os dados coletados foram gravados e armazenados no aparelho telefônico pessoal do pesquisador, após leitura e aceite, por meio de assinatura, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por parte de cada participante, e, posteriormente, transcritos em arquivos protegidos com criptografia e, então, analisados.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e por ele aprovado, sob o protocolo de aprovação nº 5.665.950. O objetivo central da submissão ao CEP é garantir o caráter ético de pesquisas realizadas com seres humanos, assegurando aos participantes o total sigilo das informações obtidas pelas entrevistas, e a exclusividade de utilização dos dados para fins de estudo.

## 3. ANÁLISE DE RESULTADOS

A análise do conteúdo das entrevistas realizadas nesta pesquisa tem como fundamentos os seguintes eixos: *a intervenção do psicólogo paliativista junto ao paciente, a intervenção do psicólogo paliativista junto à família do paciente e a intervenção do psicólogo paliativista junto à equipe multiprofissional atuante em cuidados paliativos*. Os relatos obtidos por meio das entrevistas supracitadas forneceram importantes informações acerca de como se dá a atuação da psicologia hospitalar no âmbito dos cuidados paliativos, perpassando por circunstâncias, desafios e possibilidades de ação.

As categorias de análise das entrevistas que compõem esta pesquisa são: **as estratégias psicológicas de enfrentamento**, desenvolvidas por pacientes, famílias e profissionais, diante dos quadros de adoecimento; **a influência do ciclo vital dos pacientes** na vida destes e de seus familiares frente ao adoecimento, bem como na atuação dos profissionais das equipes multiprofissionais; **a influência da conceituação obtida sobre o que sejam os cuidados paliativos**, por parte de cada um dos três grupos supracitados; **o atraso no acionamento da equipe paliativista** como fator atravessador da atuação do psicólogo paliativista; e **as possibilidades de intervenção do psicólogo paliativista** junto a cada um dos grupos.

### 3.1 A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO PALIATIVISTA JUNTO AO PACIENTE

As possibilidades de intervenção do psicólogo, em cuidados paliativos, junto aos pacientes, são permeadas por inúmeros desafios e circunstâncias. Nesse bojo, um dos elementos destacados pelas entrevistas é a influência direta das formas de reação e assimilação dos pacientes da natureza de seus quadros de adoecimento, seja acerca do diagnóstico, seja do prognóstico da doença.

De acordo com as entrevistas, **a estratégia psicológica de enfrentamento** mais típica dos pacientes ao recebimento do seu diagnóstico é a negação. A entrevistada P1 afirma: “Quase sempre há uma negação. A maioria [dos pacientes] não quer entrar em contato, não quer entrar em detalhes, procura outro serviço, outro médico, outro hospital, buscando ter um diagnóstico diferente”. Nessa direção, a entrevistada P2 relata: “acontece muito de [os pacientes] não quererem entrar em detalhes, por não suportarem a ideia de que possam morrer”. A entrevistada P3 afirma: “existe esse padrão de não querer falar de jeito nenhum sobre o assunto, pelo menos por um tempo, creio que seja uma forma de proteção”. Já a entrevistada P4 relata: “como esse tipo de notícia é muito complicado, a negação pode acontecer como uma estratégia de defesa”.

A literatura científica fornece subsídios que dão conta de elucidar os modos mais frequentes de enfrentamento psíquico de más notícias. Ross (2008) descreve, detalhadamente, algumas das principais reações psíquicas suscitadas em pacientes que se percebem próximos da morte ou, ainda, que recebem o impacto de um diagnóstico incurável, e a negação é justamente uma dessas reações emocionais. Segundo a autora, a negação constitui-se como defesa psíquica desenvolvida como tentativa de o paciente manter-se afastado da realidade do seu adoecimento.

A partir das entrevistas, foi possível notar que, para além da negação, **o ciclo vital do paciente** adoecido também se mostra fator influenciador no modo como este reage e assimila a sua doença. A entrevistada P3 relata: “na minha prática cotidiana, as crianças parecem compreender [o seu quadro] muito antes”. Nessa mesma direção, a entrevistada P2 afirma: “a aceitabilidade da doença depende muito do ciclo vital do paciente”, e ainda: “Em geral, é claro, o fundamento da atuação é basicamente o mesmo, envolve acolhimento, luto, etc., mas a forma de atuação específica depende sim do ciclo vital do paciente. É diferente até mesmo de acordo com a fase do adoecimento que o paciente estiver”.

A questão da assimilação do paciente à sua condição é fator condicionante para o modo de intervenção do psicólogo paliativista. Constitui-se papel desse profissional o auxílio prestado à promoção de uma assimilação consciente do paciente de seu quadro. Kovács (2004) explicita

a ideia de que a apropriação consciente do paciente a respeito da sua situação de adoecimento é ponto de partida para que uma intervenção psicológica possa ser eficaz no seu objetivo de promover a abertura de possibilidades de estratégias de enfrentamento. Assim, faz-se importante o emprego de possibilidades de atuação do psicólogo paliativista que estejam comprometidas com a promoção de ferramentas de elaboração consciente, por parte dos pacientes, acerca da sua enfermidade.

Outro fator influenciador na forma de atuação do psicólogo paliativista junto a pacientes **é a conceituação prévia que estes possuem acerca do que sejam os cuidados paliativos**. Embora a Organização Mundial da Saúde (2012) tenha enfatizado que os cuidados paliativos sejam uma abordagem de tratamento que objetive melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através de estratégias de prevenção e alívio do sofrimento em suas facetas físicas, psicossociais e espirituais, muitos pacientes possuem a ideia cristalizada – que se mostra viés no seu modo de envolvimento com o tratamento paliativo – de que os cuidados paliativos tão somente são acionados quando já não há “mais nada a se fazer” a respeito do adoecimento. Isso foi demonstrado pelo relato da entrevistada P1, que afirma que a reação dos pacientes, ao receberem a informação de que seus quadros serão submetidos aos cuidados paliativos, varia grandemente de acordo com o conhecimento prévio destes acerca do que seja essa abordagem de tratamento. Ela diz: “muitos pacientes já vêm com uma bagagem, preconceituosa, de que cuidados paliativos é um serviço prestado apenas quando já se ‘está para morrer’”. Isso, ainda segundo P1, frequentemente leva esses pacientes a crerem que já estão, de fato, muito próximos de falecer, fazendo-os não possuir expectativas a respeito da eficácia do tratamento, havendo, assim, da parte deles, falta de engajamento.

De fato, talvez não seja puramente preconceituosa a visão dos pacientes de que os cuidados paliativos são solicitados apenas quando não há mais nada a se fazer do ponto de vista médico-curativo. Isso porque, na prática hospitalar, é frequente o **atraso no acionamento da equipe médica paliativista**, fato motivado, sobretudo, pela crença, por parte das equipes multiprofissionais, de que a prática médica se resume ao objetivo de promover a cura física dos pacientes. Pessini (2001 apud KOVÁCS, 2005) postula que há, na classe médica, uma tendência de basear as suas intervenções na consideração de que os seus pacientes são tão somente detentores de um corpo dotado de fenômenos orgânicos, e, assim, quase que de modo absoluto, os integrantes dessa classe priorizam a busca de curas físicas. Na visão do autor, a ênfase dada ao paradigma da cura resulta num despendimento de esforços unicamente aplicados objetivando-se, a todo custo, a manutenção da vida, de modo quantitativo. P4, nesse sentido,

argumenta: “objetivamente, o que ocorre muito é de haver um olhar predominantemente biomédico, um foco muito maior no corpo do paciente, no orgânico”, e ainda: “se o foco for somente na doença, quando não houver a possibilidade de cura, todo esforço é visto como em vão”. P4, ademais, afirma que “nos hospitais, na maioria das vezes (...) os profissionais [paliativistas] só são chamados quando os pacientes já estão no final da vida”. P1 relata que “há muita resistência das outras equipes médicas [aos cuidados paliativos], pois ainda, no conceito médico, os cuidados paliativos só valem para casos em que pacientes estão em fim de vida”. P4, ainda, relata que há, nos hospitais, uma “separação entre o que seja ‘curativo’ e ‘paliativo’”. P1, no tocante ao fato de que há uma prevalência, nos hospitais, da ideia de que todos os esforços das equipes médicas são pela manutenção da vida dos pacientes, afirma que “ainda prevalece a ideia de que, enquanto alguém está no hospital, tudo o que se faz é com o único objetivo de manter os pacientes em vida”. A entrevistada P3 assegura: “muitas vezes, o paciente está em situação de emergência, e só então se planeja colocá-lo em cuidados paliativos”, e também: “Acontece bastante de a equipe não saber mais o que fazer, e só então se coloca [o paciente] sob cuidados paliativos. Deveria ser mais cedo isso”.

A demora no acionamento da equipe paliativista é fator de obstáculo para a qualidade da intervenção junto aos pacientes. P1 relata:

Vejo que se enquadram os pacientes em cuidados paliativos em momentos muito errados. Em outro hospital que eu trabalhava (...) havia um acompanhamento muitas vezes até domiciliar. Não era um “atendimento para morrer”, e sim um atendimento de realmente acompanhar o desenvolvimento de uma doença crônica que poderia vir a se tornar terminal.

A intervenção em cuidados paliativos é diretamente afetada por essa demora. Ainda segundo P1:

(...) como os pacientes são chamados quase sempre de última hora, eles geralmente estão com muita dor e sofrimento. Eles já vêm com um sofrimento muito grande, de desconforto respiratório, dor, enfim, de muitos sintomas muito intensos, e o cuidado paliativo entra em cena apenas como um “alívio de sintomas”, pois os pacientes já vêm sabendo que estão muito próximos de morrer, não têm expectativa de serem curados.

Num cenário ideal, para P4, “os cuidados paliativos devem ser feitos desde o diagnóstico de uma doença grave e que ameaça a vida, e não somente no final dela, quando o quadro já está muito intensificado”.

Nas entrevistas, os relatos acerca das consequências da demora no acionamento da equipe paliativista demonstram que há uma relação proporcional entre a promoção de bem-estar dos pacientes e o tempo disponível para as intervenções realizadas. Isso porque a prática de ações em cuidados paliativos demanda certo tempo e planejamento. Byock (2009), ao

enumerar os princípios centrais da atuação em cuidados paliativos, postula que, nessa modalidade de tratamento, deve-se haver esforços rotineiros, continuados e planejados para promover o controle de sintomas. Além disso, de acordo com o autor, é necessário que haja espaços para comunicação com os pacientes e suas famílias a respeito do prognóstico e das opções de tratamento disponíveis. Ademais, o Conselho Federal de Psicologia (2019) afirma que a prática do psicólogo paliativista deve se dar, juntamente com toda a equipe multiprofissional, desde as primeiras fases do tratamento paliativo até a chegada da morte em si – e não apenas próximo desta. Assim sendo, o atraso no acionamento da equipe paliativista acaba por comprometer tais possibilidades de intervenção.

E, em relação à prática do psicólogo paliativista, no escopo das suas **possibilidades de intervenção junto aos pacientes**, as entrevistas apontaram para diferentes alternativas. Dentre elas, destacam-se o oferecimento de espaços de escuta e acolhimento das demandas psicológicas dos pacientes, a realização de acompanhamentos individuais, o auxílio, juntamente com a equipe médica responsável, na comunicação de más notícias, o auxílio na organização de questões e conflitos em relação à vida pessoal, familiar e social dos pacientes e a mediação comunicativa dos pacientes com as suas famílias e as equipes médicas.

Os entrevistados demonstraram, a partir das suas experiências profissionais, os itens supracitados. P1 afirma:

Nós da equipe [de cuidados paliativos] sempre vamos juntos divulgar o diagnóstico e o prognóstico, já realizando o acolhimento do paciente, e, a partir disso, realizamos o acompanhamento, auxiliando no luto, na comunicação de más notícias, etc., tanto com pacientes, quanto com as famílias.

P1 relata, a partir de sua prática hospitalar: “Nos atendimentos, nós trabalhamos a aceitação do quadro, os lutos, os desejos de organizar questões pessoais e familiares”. E também: “De modo geral, os principais papéis do psicólogo hospitalar giram em torno de fazer esse acolhimento, e de auxiliar na elaboração do quadro e de suas circunstâncias, e de mediar a comunicação entre a equipe e as famílias”. P1, ademais, afirma: “se pegamos os casos no início, conseguimos trabalhar a aceitação do paciente do seu diagnóstico e prognóstico”, e ainda diz: “nos atendimentos [aos pacientes], nós trabalhamos a aceitação do quadro, os lutos, desejos, anseios, angústias, medos, etc. ajudando a elaborar essas questões todas”. De modo geral, apesar das inúmeras possibilidades interventivas, o fundamento para a intervenção psicológica na reação e assimilação dos pacientes de seus quadros se estabelece sobre a realização de acolhimento das suas eventuais demandas e o fornecimento de um ambiente adequado para o cuidado (ANCP, 2012).

### 3.2 A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO PALIATIVISTA JUNTO À FAMÍLIA DO PACIENTE

A atuação do psicólogo paliativista junto às famílias dos pacientes sob cuidados paliativos é permeada por muitos desafios e, até por isso, abrangente em possibilidades. O atendimento junto a esse grupo de atenção é de suma importância no processo paliativo, constando, inclusive, como parte do escopo das possíveis intervenções em cuidados paliativos a serem realizadas pelo profissional psicólogo, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), que afirma que o psicólogo hospitalar deve sempre se prestar a “atender as necessidades de familiares e cuidadores”. A atuação da psicologia hospitalar não se resume apenas a intervenções junto aos pacientes hospitalizados, pois, como indicam Medeiros e Lustosa (2011), o seu objeto de intervenção envolve, diretamente, a angústia declarada dos familiares e das equipes médicas responsáveis.

As entrevistas realizadas nesta pesquisa revelaram a relação direta que pacientes e familiares nutrem durante todo o processo de acompanhamento daqueles. A entrevistada P1 elucida tal elo: “o que mais vejo acontecer é eles [os pacientes] solicitarem a presença das suas famílias”, evidenciando que a requisição da presença de familiares é, na sua experiência, a estratégia mais comum de os pacientes lidarem com a sua condição.

As entrevistas também demonstraram que a reação dos familiares ao quadro do adoecimento, bem como as **estratégias psicológicas de enfrentamento** desenvolvidas por eles para lidarem com a situação, constituem-se como elementos diretamente influenciadores das formas de manejo realizadas pelo profissional paliativista. Tal reação e tais estratégias subsistem pela profunda identificação dos familiares para com os pacientes – e vice-versa. Para Rezende, Gomes e Machado (2014), o luto e o sofrimento são igualmente experimentados pelas famílias e ocorrem desde o recebimento de um diagnóstico irreversível, e, até por isso, tão importante quanto a intervenção psicológica junto aos pacientes é a atuação junto aos familiares destes.

Por mais que, de acordo com P1, “de modo geral, as famílias aceitam melhor [o adoecimento] do que os próprios pacientes”, há também uma frequente evitação do assunto do adoecimento, como forma de enfrentar a situação. Segundo P2: “acontece muito de as famílias não quererem entrar em detalhes, por não suportarem a ideia de perder o seu ente querido, e até mesmo pedem para nós não tocarmos no assunto, como se isso fosse antecipar a própria morte”. P3, na mesma direção, afirma: “as famílias geralmente têm muita resistência de falar sobre o

adoecimento, como se fosse uma negação. Às vezes, as famílias conseguem reproduzir o que a equipe comunicou, mas quase sempre procuram evitar considerar as informações”. Outra estratégia psicológica comum de enfrentamento, por parte das famílias, é a idealização. P3 relata: “Acontece também de as famílias terem ‘esperança demais’, criarem uma expectativa irreal de cura (...). Tem gente que diz que o paciente vai voltar, vai correr, vai brincar, etc. quando a chance dessas coisas acontecerem é mínima ou nenhuma”, e conclui, dizendo: “a linha entre a esperança e a fuga psicológica é, muitas vezes, muito tênue”.

É comum que as famílias, sentindo-se impotentes diante de um quadro irreversível, lancem mão de determinadas formas de enfrentamento. Ross (2008) defendeu a ideia de que as famílias, diante de situações de doenças graves ou incuráveis, frequentemente passam pelos estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação de modo semelhante aos pacientes. Os autores Ferreira, Lopes e Melo (2011) argumentam, nessa direção, que a atuação da psicologia hospitalar em cuidados paliativos envolve, dentre outros fatores, a busca técnica pela identificação de desordens psíquicas e mecanismos negativos de defesa que geralmente surgem, pois isso favorecerá uma maior elaboração e adaptabilidade de pacientes e familiares ao quadro de adoecimento, e, conseqüentemente, maior participação no processo de tratamento.

A partir das entrevistas, verificou-se que o **ciclo de vida** dos pacientes é fator determinante para a atuação profissional em cuidados paliativos junto a familiares. A entrevistada P2 assegura que “a questão da negação [em familiares] depende muito do ciclo de vida do paciente”, e afirma: “em pacientes mais novos, os familiares levam mais tempo para assimilar a situação”. Para ela, inclusive, até mesmo a própria forma de intervenção da psicologia hospitalar em cuidados paliativos, em qualquer um dos grupos de atenção, depende do ciclo vital dos pacientes: “Em geral, o fundamento da atuação é basicamente o mesmo: envolve acolhimento, luto, etc., mas a forma de atuação específica depende do ciclo vital do paciente”. A entrevistada P3, ao discorrer a respeito da atuação dos psicólogos paliativistas junto a quadros infantis, diz que, havendo pacientes crianças, “as famílias demoram muito mais para assimilar a situação”.

De fato, de acordo com Gurgel e Lage (2013), é muito difícil para os familiares lidar com o adoecimento de seus queridos, mas especialmente ao se tratar de pacientes infantis. Segundo os autores, tal dificuldade é resultado, dentre outros fatores, de um sentimento de obrigação dos familiares para com as crianças de continuarem focando exclusivamente no tratamento curativo, havendo objeção de toda minúcia de alguma postura desistente. Além disso, a emergência para a intervenção psicológica se acentua em quadros infantis, uma vez que, como citado por Silva, Costa, Silva (2020, p. 2), “quando um adulto passa por um período

de doença, principalmente doença crônica, a família sofre alterações em sua dinâmica; se incide sobre uma criança, as alterações são mais intensas”.

Outro fator suscitado pelas entrevistas, no contexto de intervenção com famílias, é o da natureza da **conceituação obtida pelos familiares acerca do significado dos cuidados paliativos**. Em linhas gerais, as entrevistas demonstraram que as noções tidas pelas famílias sobre o que seja essa modalidade de cuidado seguem a mesma lógica das noções dos pacientes, isto é, trata-se de objeto desconhecido e, até mesmo, alvo de preconceitos, pelo enfoque biomédico predominante. P1, ao elucidar a resistência dos familiares em relação aos cuidados paliativos, relata: “prevalece a ideia de que, nos hospitais, o único objetivo é o da manutenção da vida”. Ao mesmo tempo, os familiares frequentemente procuram pelos cuidados paliativos apenas quando veem a debilidade dos pacientes, conforme trazido à tona por P1: “muitas vezes, quem solicita os procedimentos paliativos são as famílias, quando veem que os pacientes estão muito debilitados, não partindo, inicialmente, da equipe de saúde”. Por outro lado, muitas famílias não têm conhecimento acerca dos cuidados paliativos. P2, relatando tal falta de conhecimento prévio, afirma que a realização de psicoeducação é tarefa importante do psicólogo paliativista. Ela diz: “Acredito que devemos sempre explicar às famílias, assim como aos pacientes, o que um psicólogo hospitalar faz nesses casos, trazer essa psicoeducação, pois muitas vezes não se sabe disso”.

O exercício de informar e esclarecer às famílias o que significam os cuidados paliativos e o porquê de se fazer necessária tal abordagem, é enfatizado por Silva, Costa, Silva (2020), que apontam que os familiares necessitam de informações que sejam claras e objetivas acerca do quadro e do prognóstico, a fim de que possam se apropriar do que está acontecendo e se preparar mais seguramente para o enfrentamento da situação.

A **demora no acionamento da equipe paliativista** também se mostrou, a partir do conteúdo das entrevistas, elemento influenciador nos modos de intervenção junto aos familiares dos pacientes. A atuação profissional em si, quando do atraso no enquadramento em cuidados paliativos, volta-se, de modo frequente, para as famílias. P1 relata:

Esse pedido [de acionamento da equipe paliativista] quase sempre vem bem tarde (...). O paciente geralmente já está desorientado – geralmente por causa de medicações muito fortes, com muita dor, gemendo. Nesses casos, o atendimento é mais voltado para a família, com acolhimento, alinhamento de conduta, visita domiciliar, reunião familiar (reunião com toda a equipe multiprofissional e a família). (...) aqui neste hospital, o atendimento acaba sendo com as famílias, e não tanto com os pacientes em si.

Assim como ocorre com os pacientes, tal acionamento tardio afeta até mesmo a comunicação da equipe de saúde junto aos familiares. P2 afirma: “muitas vezes, é somente

quando há um risco iminente de morte que se abordam as famílias”. Uma vez que o tratamento paliativo leva certo tempo, sobretudo pelo respeito ao ritmo de elaboração dos grupos de atenção, a demora no encaminhamento de pacientes afeta diretamente a sua eficácia. Silva e Santos (2020) apontam que os cuidados paliativos, que devem englobar pacientes e familiares, são comumente acionados com considerável atraso, restringindo, dessa forma, o seu efeito esperado. P4, nesse sentido, afirma:

Quando um paciente está em cuidados paliativos, é muito mais provável que a sua família enfrente o processo de modo mais tranquilo, pois há espaço para falar sobre a doença, suas circunstâncias e sobre a angústia experimentada. E, inclusive, como tudo isso leva tempo, tanto a assimilação como aprender a lidar com a situação, é muito importante que os cuidados paliativos sejam realizados desde cedo.

Quanto às **possibilidades de atuação do psicólogo paliativista junto às famílias**, as entrevistas demonstraram inúmeras alternativas. A facilitação de comunicação entre paciente, família e equipe multiprofissional é fator comum nos relatos das entrevistadas. P3 afirma: “na medida do possível, [o psicólogo deve] fazer uma ponte comunicativa entre as demandas do paciente, da família e da equipe multiprofissional, pois essa comunicação muitas vezes é muito fria, muito direta”, e também: “o psicólogo atua como uma ponte comunicativa, fazendo cada parte compreender e assimilar as demandas da outra”. P2, citando a importância de o psicólogo procurar realizar uma ponte comunicativa entre as famílias e as equipes, no tocante ao diagnóstico e ao prognóstico, afirma: “é papel do psicólogo, muitas vezes, fazer essa mediação”. P1, nessa direção, relata: “Grande parte do meu trabalho aqui é de fazer uma ponte entre a equipe e as famílias”.

A literatura científica descreve a importância do papel comunicativo do psicólogo hospitalar, em cuidados paliativos. Gurgel e Lage (2013) indicam que a equipe multiprofissional pode passar por situações muito difíceis, caso o paciente ou a família requeiram mais informações, peçam por mais explicações, ou, ainda, caso eles expressem o que dizem ter certeza acerca do tratamento e da doença. O psicólogo paliativista, nesses casos, deve ser capaz de realizar intervenções visando facilitar os processos de entendimento, aceitação e comunicação entre equipe, família e paciente, para que todos integrem ao tratamento sem ressalvas desnecessárias.

A escuta e o acolhimento às demandas dos familiares também são temas levantados nas entrevistas. P1 relata:

O psicólogo hospitalar deve intervir individualmente com os membros, especialmente aqueles que têm mais dificuldade de aceitação do diagnóstico e do prognóstico (...), também deve realizar acolhimento com os familiares, pois eles frequentemente se sentem muito sozinhos no seu processo de luto (...).

P1, ainda, afirma: “De modo geral, os principais papéis do psicólogo [junto às famílias] giram em torno de fazer o acolhimento, de auxiliar na elaboração do quadro e de suas circunstâncias, e de comunicação entre a equipe e as famílias”. P3, na sua experiência com as famílias, diz: “junto às famílias, o principal é ajudá-las a dar nome às suas dores, suas perdas, os seus lutos, que muitas vezes são antecipados”.

Há outras possibilidades de atuação com os familiares. De fato, as entrevistas evidenciaram que o psicólogo paliativista deve ser capaz de auxiliar os familiares em seus eventuais percalços emocionais, cognitivos, ajudando-os na elaboração de seus receios, angústias, lutos, ansiedades, modificações trazidas pelo quadro de adoecimento, dúvidas, bem como auxiliá-los na organização de algumas questões que possam emergir, seja da vida pessoal, profissional, familiar etc. Ferreira, Lopes e Melo (2011) apontam que a atuação do psicólogo paliativista é capaz de reduzir os agentes estressores que geram sofrimento e angústia, provenientes, sobretudo, das mudanças que o processo de tratamento provoca na vida não apenas de pacientes, mas também de seus familiares.

### 3.3 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PALIATIVISTA JUNTO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATUANTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

No tocante às equipes multiprofissionais, as entrevistas realizadas denotaram diversos desafios para a intervenção dos psicólogos paliativistas. É tarefa delicada, assim como para os demais grupos de atenção, lidar com situações de sofrimento. Rezende, Gomes e Machado (2014) postulam que a inserção do psicólogo hospitalar na equipe multiprofissional que atua em cuidados paliativos é de grande valia, uma vez que tal equipe passa, comumente, por grande sofrimento psíquico e existencial, e assim, o psicólogo auxilia ao amenizar sentimentos e emoções, diminuindo o sofrimento e, desta forma, colaborando com a promoção e manutenção de melhores condições de trabalho junto, até mesmo, aos próprios pacientes.

Esse grande sofrimento psíquico e existencial, sentido pelos membros das equipes multiprofissionais, confirma sobremaneira a importância da atuação dos psicólogos. Tal sofrimento é responsável direto pelo surgimento de notória dificuldade para se abordarem os pacientes e as suas famílias acerca do adoecimento. A entrevistada P1 relata: “a equipe tem muita dificuldade em como abordar o paciente, a sua família. (...) quando vão comunicar essas pessoas a respeito do quadro, de seu diagnóstico e prognóstico, eles fazem o mais rápido possível, pois não querem estar fazendo isso”, e ainda: “a equipe não sabe muito bem o que

dizer, nem como dizer, aos pacientes”. Na mesma direção, P2 afirma: “é muito difícil para eles a comunicação de más notícias. (...) de modo geral, há uma angústia muito grande”.

É diante da emergência de lidar com o sofrimento que, da mesma forma que é factual em pacientes e familiares, os membros das equipes multiprofissionais também desenvolvem múltiplas **estratégias psicológicas de enfrentamento** frente às circunstâncias suscitadas pelos quadros de adoecimento. Há uma frequente postura de fuga, por parte deles, dos pacientes e de seus familiares, por conta de não saberem lidar com a situação. A entrevistada P2 relata que “Acontece muito de médicos usarem ‘armaduras’, adotarem posturas mais frias, para poderem suportar o seu sofrimento. Acontece, também, de médicos que chamam o paciente pelo número do seu leito”. P3, sobre isso, relata: “Muitos deles não querem falar sobre alguns temas, por serem difíceis, e outros ficam delegando a responsabilidade de comunicação para outro médico”. P1, por sua vez, afirma que, na lida dos membros das equipes multiprofissionais, há uma associação direta entre despreparo e formação de estratégias de enfrentamento: “vejo uma mistura de os médicos pensarem que quanto mais eles se vincularem com os pacientes, mais difícil será perdê-los, e de eles não terem noção de como comunicar os pacientes sobre os seus quadros”.

As autoras Barbosa e Massaroni (2016) apontam que, diante do contato com quadros de adoecimento, os profissionais da saúde desenvolvem diferentes estratégias de enfrentamento, sendo uma das principais a repressão de seus próprios sentimentos em relação à temática. Eles optam por lidar com a terminalidade de modo mais “frio”, “objetivo”, a fim de evitar aproximações e, então, evitar a dor, o luto e, conseqüentemente, a sensação de fracasso profissional.

O despreparo desses profissionais acerca da comunicação aos pacientes, às famílias e aos demais membros das equipes multiprofissionais é também comumente citado nas entrevistas. Diante dessa defasagem comunicativa, P1 relata que “quase sempre, é o psicólogo quem comunica os médicos a respeito de algumas demandas dos pacientes, assim como a falta de entendimento deles sobre os seus próprios quadros”. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012) aborda o assunto afirmando que a capacidade comunicativa e de acolhimento a pacientes e familiares, por parte dos membros das equipes multiprofissionais, pode se apresentar comprometida por conta de questões como a angústia, a frustração e o desgaste emocional provenientes da lida constante com quadros ameaçados pela terminalidade. A Academia, ainda, dispõe que é papel do psicólogo realizar o apoio a esses profissionais e o compartilhamento de tais elementos dificultadores. Desta forma, é possível afirmar que a atuação dos psicólogos em casos de terminalidade passa, diretamente, por possibilitar uma

maior facilitação comunicativa, intervindo, por meio da promoção de elaboração dos quadros de adoecimento, junto a pacientes, às suas famílias e aos demais membros das equipes, para que todos possam resolver os seus conflitos e obter mais conforto e espontaneidade diante de períodos delicados (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

O **ciclo vital** dos pacientes também se constitui como elemento interferente na atuação junto às equipes multiprofissionais. Pacientes mais novos tendem a suscitar uma postura, por parte das equipes, mais sensível e atenciosa. A entrevistada P3 expõe: “As crianças suscitam um apelo maior à sensibilidade. (...) a equipe tenta se aproximar um pouco mais das crianças”. P3, relatando a sua experiência em outro hospital, declara: “já trabalhei por um tempo em outro hospital, que cuidava de casos com adultos, e lá havia muito mais insensibilidade. Os médicos, em pacientes adultos, não se interessam muito, não se preocupam tanto. Muitas vezes, falta empatia”.

De fato, o ciclo vital dos pacientes resulta em diferentes reações em cada um dos grupos de atenção. Há uma mobilização maior no trato com crianças em cuidados paliativos. Segundo Gurgel e Lage (2013), a dificuldade de tratamento torna-se muito maior quando os profissionais estão diante de quadros infantis. Para os autores, acompanhar crianças em seu processo de adoecimento, ainda mais se tratando de adoecimento incurável, é muito doloroso e sensibilizante.

Outro fator importante no contexto da atuação junto às equipes é **a conceituação que estas possuem acerca dos cuidados paliativos**. A entrevistada P1 indica que há resistência por parte das equipes em relação aos cuidados paliativos porque, conceitualmente, crê-se que se trata de uma modalidade posta em prática apenas no fim de vida dos pacientes. Ela diz: “há muita resistência das equipes multiprofissionais [aos cuidados paliativos]. Ainda, no conceito médico, os cuidados paliativos só valem para casos em que os pacientes estão em fim de vida”. Barbara e Massaroni (2016), a respeito disso, apontam que, nos hospitais, sempre se enfatiza a busca incessante por alternativas de cura, de manutenção da vida, evitando-se, a todo custo, ao menos considerar a terminalidade enquanto possibilidade. As autoras indicam que a principal razão para isso é a adoção, por parte da ciência médica, da tentativa absoluta, como premissa única, de se alcançar a cura para todos os quadros de adoecimento, recusando-se a abordar a terminalidade como algo “natural”, havendo muita dificuldade em aceitar a sua, em última instância, inevitabilidade, havendo manutenção da preconcepção de que “cuidar” e “curar” sejam a mesma coisa.

Esse problema de preconcepção da classe médica é responsável direto pela formação de um dos maiores desafios para a atuação dos psicólogos no âmbito dos cuidados paliativos, o

**atraso do acionamento de equipe paliativista**, uma vez que, ante o frequente foco único de tratamento se assentando na cura física dos pacientes, a equipe paliativista é não raramente vista como alternativa tão somente para os últimos dias de vida destes. P1 relata que a solicitação dos serviços da equipe paliativista, feita pelo médico responsável, é tardia: “A médica paliativista do hospital é quem deve solicitar o atendimento em cuidados paliativos. E esse pedido quase sempre vem bem tarde”. Na direção disso, a entrevistada P4 relata que o enquadramento dos pacientes em cuidados paliativos ocorre repetidamente de modo atrasado:

Infelizmente, dentro dos hospitais, principalmente porque ainda não há uma cultura instituída de cuidados paliativos, o que geralmente acontece é os pacientes serem colocados em cuidados paliativos quando estão no final da vida, quando a equipe médica já tem muita dificuldade de manejo, pelo estado avançado do adoecimento. E aí, nesse ponto, fica muito difícil realizar o trabalho que deveria ser feito [pela equipe paliativista], justamente pelo atraso ser tão grande.

Gomes e Othero (2016) relembram que a Organização Mundial da Saúde pontua que o tratamento em cuidados paliativos deve ser acionado o mais precocemente possível, e de modo simultâneo ao tratamento curativo. As autoras afirmam: “muito tem sido estudado e cada vez mais comprova-se que os cuidados paliativos precoces são factíveis e trazem impactos positivos para a vida dos pacientes” (p. 159).

Mesmo diante de todos os desafios e empecilhos vivenciados pelo psicólogo em sua prática em cuidados paliativos junto às equipes multiprofissionais, **as possibilidades de intervenção** se apresentam inúmeras, o que é demonstrado por meio das entrevistas realizadas.

A entrevistada P3 diz que a facilitação comunicativa é pilar essencial na intervenção do psicólogo, visto que há frequente diferença entre as informações passadas aos familiares e o entendimento destes do que lhes é dito. Ela assegura: “na medida do possível, o psicólogo deve acompanhar o processo de comunicação de más notícias, para até mesmo entender o que a equipe passou e, depois, como os familiares entenderam do que foi passado”. P3, nesse sentido, também afirma: “Muitas vezes o psicólogo esclarece para a equipe como a comunicação deve ser feita, assim como o porquê de alguns jeitos de comunicar serem mais corretos”.

O acolhimento às angústias dos membros das equipes multiprofissionais é papel do psicólogo, segundo P2: “o que eu mesma faço é estar presente, acolher o sofrimento dos membros. Eu incentivo que falem o que estão sentindo e pensando, ressaltando que isso é muito importante para o próprio tratamento do paciente, para o bem-estar dele mesmo”.

A atuação psicológica na questão das estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelos profissionais também é central na visão de P3: “uma outra coisa em que o psicólogo pode intervir, e frequentemente, é com a fuga de muitos médicos. Muitos deles não querem falar sobre alguns temas, por serem difíceis”.

A entrevistada P1, apontando as principais atribuições do psicólogo hospitalar na atuação junto às equipes multiprofissionais, afirma: “O principal é acolher a equipe, ser essa válvula de escape. Depois, ajudar a equipe em relação à comunicação de más notícias, e sempre que possível, estar junto quando da comunicação em si”.

A entrevistada P4 afirma: “Um psicólogo pode oferecer um espaço de escuta, legitimar o sofrimento da equipe, fazer pequenas orientações emocionais, criar canais de comunicação para que a equipe possa se perceber e validar o que esteja passando”. Ainda de acordo com P4:

O psicólogo possui foco em outras variáveis e elementos que os outros profissionais geralmente não possuem. Uma outra coisa que o psicólogo pode fazer é propor fazer algo em termos de educação continuada, propor treinamentos, momentos de reflexão, chamar alguém de cuidados paliativos para falar com a equipe, para capacitar os profissionais da equipe médica a se comunicar com os pacientes e as suas famílias, ou até mesmo entre eles mesmos, criar espaços de troca de informações.

Seja como for, para que haja eficaz intervenção do psicólogo junto às equipes multiprofissionais, este deve deter, fundamentalmente, a capacidade de acolher e identificar nos membros eventuais desordens psíquicas que lhes sejam estressoras, ansiogênicas, bem como identificar determinados mecanismos de defesa criados por eles diante da incapacidade de lidar com alguma questão vivida no âmbito hospitalar, o que não raramente acabam por afastá-los dos seus pacientes (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). Ademais, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) determina que é atribuição do psicólogo possibilitar uma maior facilitação da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes e seus familiares, alargando o canal de comunicação entre os grupos de atenção. E, além disso, o Conselho Federal de Psicologia (2019) indica que, no escopo de possibilidades de atuação dos psicólogos em cuidados paliativos junto aos membros das equipes multiprofissionais, constam a implementação e coordenação de equipes paliativistas, a promoção de autoconhecimento e desenvolvimento profissional na temática e o atendimento de necessidades psicológicas que porventura surgirem.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo demonstrou que são inúmeros os desafios e dificuldades enfrentados por pacientes, familiares e membros de equipes multiprofissionais responsáveis, na lida com quadros de adoecimento, e especialmente aqueles submetidos à modalidade dos cuidados paliativos, isto é, de doenças crônicas, graves, incuráveis ou irreversíveis. Nesse sentido, verificou-se que os pacientes adoecidos não são os únicos indivíduos a sofrerem por ocasião de sua doença. Os seus familiares passam por fases similares de enfrentamento à situação,

experimentam lutos antecipados e expressam a necessidade de remanejamento de suas dinâmicas existenciais (ROSS, 2008). E, semelhantemente, os profissionais responsáveis pelo tratamento dos pacientes experimentam angústias e dificuldades e, portanto, também necessitam de acompanhamento (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

Verificou-se que tais desafios e dificuldades são experimentados de diversas formas, por cada um dos grupos de atenção, e possuem diversas facetas, sendo uma das principais a psicológica. Nessa direção, testificou-se que o psicólogo possui o instrumental necessário – e mais adequado – para o tratamento de questões da vida psíquica de pacientes, famílias e equipes profissionais. O atendimento às demandas psicológicas desses indivíduos se mostra exercício essencial em todas as fases do tratamento paliativo, principalmente pelo muito frequente surgimento de percalços oriundos de gradativas modificações e emergências psíquicas e existenciais suscitadas pelos contextos de adoecimento grave e/ou incurável (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). Por meio das entrevistas, ainda, foi possível verificar que a intervenção do psicólogo se mostra influente no próprio sucesso do tratamento por incrementar, sobretudo, a qualidade de engajamento e participação dos atendidos em todo o processo, lançando luzes sobre eventuais incompreensões, objeções e ressalvas e, assim, reduzindo-as, promovendo maiores qualidades de vida e de tratamento – as quais constantemente se retroalimentam.

Assim sendo, a partir desta pesquisa pôde-se atestar a indispensabilidade da atuação do psicólogo como membro da equipe multiprofissional em cuidados paliativos. Para chegar a tal conclusão, este estudo lançou mão de análise minuciosa do conteúdo de variadas entrevistas, realizadas com psicólogos ativos nessa modalidade de tratamento, bem como de fontes teóricas, provenientes da literatura científica, que testificaram inúmeras circunstâncias e possibilidades de ação envolvidas no universo de atuação do psicólogo paliativista. Destaca-se a importância do psicólogo como membro integrado à equipe médica paliativista, ressaltando-se a magnitude de promoção de qualidade de vida e, por efeito, de sucesso de tratamentos, alavancada pela atuação desse profissional. Contudo, apesar de efetuada, houve certa dificuldade na realização desta pesquisa, sobretudo por conta da escassez, até o momento, do número de obras confeccionadas que tratem da temática da atuação do psicólogo na equipe de cuidados paliativos, seja junto a pacientes, a familiares ou à própria equipe multiprofissional. Considera-se, pois, que seja benéfica e proveitosa a feitura de mais estudos e pesquisas que abarquem esse assunto.

## 5. REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de Cuidados Paliativos*. 1ª ed. São Paulo, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. São Paulo, 2012.

ARIÈS, Philippe. *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

AZEREDO, Nára Selaimen; ROCHA, Cristianne Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Porto Alegre, 35 (1), p. 37-43, mai. 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbem/a/LkVgchx3szccMHY4MhvFMQg/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 02 mai. 2022.

BARBOSA, Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho; MASSARONI, Leila. Convivendo com a morte e o morrer. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 10(2), p. 457-463, fev. 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10977/12314>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

BENOLIEL, Jeanne Quint. Health care provides and dying patients: Critical issues in terminal care. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, p. 341-363, 1987.

BYOCK, Ira. Principles of Palliative Medicine. In: WALSH, Declan et al. *Paliative Medicine*. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, p. 33-41, 2009.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. *A significação da psicologia no contexto hospitalar*. São Paulo: Pioneira, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para a atuação de psicólogos nos serviços hospitalares do SUS. Brasília, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP, 2008.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, p. 151-157, abr. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/psFXRxVWB9pWf4CzBcBHhVQ/?lang=pt>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, jul/dez. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007)>. Acesso em: 05 jun. 2022.

GIANNOTTI, Arthur. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. Em: Oliveira M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. (Orgs.). **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**. São Paulo: Papyrus. 1995.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª edição, São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2022. Disponível em:

<[https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559771653/epubcfi/6/10\[%3Bvnd.vst.idref%3Dhtml5\]!/4/6/3:53\[uad%2Came\]](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559771653/epubcfi/6/10[%3Bvnd.vst.idref%3Dhtml5]!/4/6/3:53[uad%2Came])>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019. **Institute for Health Metrics and Evaluation, Population Health Building/Hans Rosling Center**. Washington, v. 8, n. 3, p. 420-444, dez. 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34967848/>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdFXfr8CsvgBbXL/>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

GURGEL, Luciana Araújo; LAGE, Ana Maria Vieira. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: uma perspectiva de atuação psicológica. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, jan/jun. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a08.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2022.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

KOVÁCS, Maria Júlia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 457-468, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2008000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 mai. 2022.

KOVÁCS, Maria Júlia; JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 506-519, set. 2008.

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, jul/dez. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2022.

NORBERT, Elias. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. OMS. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève: OMS, 2012.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.

PESSINI, Leo. Distanásia. Até quando prolongar a vida? In: KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, nov. 2005.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007)> Acesso em: 04 mai. 2022.

REZENDE, Laura Cristina Silva; GOMES, Cristina Sansoni; MACHADO, Maria Eugênia da Costa. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, jan/jun. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2022.

ROSS, Elisabeth Kubler. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9ª ed. São Paulo: Editora WMF, 2008.

SILVA, Ágata Gomes; COSTA, Jaida Souza; SILVA, Lúcia Araújo. Psicologia hospitalar: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares de crianças em cuidados paliativos em um hospital oncológico de referência na cidade de Manaus. **Residência Pediátrica**, Manaus, v. 12, n. 1, abr. 2020. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v12n1aop283.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; EICHEMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198/149017>>. Acesso em: 10 jun. 2022.