

**Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Pós-Graduação em Psicologia**

Jacqueline Andrade Amaral

**O trabalho do profissional de Psicologia na atuação em cuidados paliativos:
uma análise da morte e do morrer**

Goiânia
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Jacqueline Andrade Amaral

3. Título do trabalho

O trabalho do profissional de psicologia na atuação em cuidados paliativos: uma análise da morte e do morrer

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Susie Amancio Goncalves De Roure, Professora do Magistério Superior**, em 21/11/2023, às 13:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Andrade Amaral, Discente**, em 23/11/2023, às 18:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4206784** e o código CRC **951B3E1C**.

Jacqueline Andrade Amaral

**O trabalho do profissional de Psicologia na atuação em cuidados paliativos:
uma análise da morte e do morrer**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Educacionais.

Orientadora: Professora Doutora Susie Amâncio Gonçalves de Roure.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Amaral, Jacqueline Andrade

O trabalho do profissional de Psicologia na atuação em cuidados paliativos: uma análise da morte e do morrer [manuscrito] / Jacqueline Andrade Amaral, Susie Amâncio Gonçalves de Roure. - 2023.

XCIV, 94 f.

Orientador: Profa. Dra. Susie Amâncio Gonçalves de Roure. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2023.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas.

1. psicologia . 2. competências. 3. cuidados paliativos. 4. morte e morrer. I. Roure, Susie Amâncio Gonçalves de. II. Roure, Susie Amâncio Gonçalves de, orient. III. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 48/2023 da sessão de Defesa de dissertação de Mestrado que confere o título de Mestre em Psicologia à discente **Jacqueline Andrade Amaral**, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP, área de concentração em Psicologia.

Aos vinte e cinco dias do mês de outubro de dois mil e vinte três, a partir das 15h00, na sala 122 da Faculdade de Educação, realizou-se a sessão pública de defesa de mestrado intitulada “**O trabalho do profissional de psicologia na atuação em cuidados paliativos: uma análise da morte e do morrer**”. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Prof.a Dra. **Susie Amâncio Gonçalves de Roure**/PPGP UFG, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Dra. **Maria do Rosário Silva Resende** PPGP UFG e Prof. Dr. **Sebastião Benício da Costa Neto**/UnB. Após a arguição do discente, a Banca Examinadora se reuniu em sessão secreta, a fim de concluir o julgamento da dissertação em andamento, tendo sido a discente aprovada, com as correções sugeridas pela banca. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Susie Amâncio Gonçalves de Roure**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora aos vinte e cinco dias do mês de outubro de dois mil e vinte três.

Banca Examinadora:

Presidente: Prof.a Dra. Susie Amâncio Gonçalves de Roure

1º Membro (docente externo ao quadro da UFG): Sebastião Benício da Costa Neto

2º Membro: Profa. Dra. Maria do Rosário Silva Resende

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Andrade Amaral, Discente**, em 28/11/2023, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Susie Amancio Goncalves De Roure, Professora do Magistério Superior**, em 30/11/2023, às 08:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sebastiao Benicio Da Costa Neto, Usuário Externo**, em 30/11/2023, às 09:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Do Rosario Silva Resende, Professora do Magistério Superior**, em 30/11/2023, às 09:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4225129** e o código CRC **117A63E6**.

Referência: Processo nº 23070.061848/2023-81

SEI nº 4225129

Dedico este trabalho aos profissionais que sofreram silenciosamente ao entrar em contato com a própria finitude ao vivenciar a partida de seus pacientes.

Agradecimentos

A Deus, pela minha vida e pelas infinitas possibilidades, que me levam a agradecer pelas pessoas e oportunidades que chegam até mim, enriquecendo minha história de vida.

Às pessoas que foram colocadas na minha vida e me incentivaram a ir atrás dos meus sonhos e objetivos, dente eles estudar e aprofundar-me nas questões humanas.

À minha mãe, eterna gratidão por me mostrar, com sua fortaleza, que seguir na caminhada é o melhor da jornada. Ao meu pai, que, com as adversidades da vida, me ensinou muito cedo a conviver com as perdas e o sentimento do luto, situações que me direcionaram a investigar como viver e sobreviver diante de perdas tão significativas como a morte de um pai.

Aos meus irmãos, por estarem sempre presentes, meus fiéis parceiros de vida...

Ao meu companheiro, pelo apoio e pela presença, bem como por ter lido e relido este trabalho diversas vezes, trazendo suas considerações, que auxiliaram na forma de expressar a minha escrita.

À Susie Amâncio Gonçalves de Roure, minha orientadora, pelo acolhimento, ensinamentos, orientações e paciência. Jamais imaginei tamanha habilidade, elegância, amorosidade e competência na condução das orientações. Seu crédito ao meu trabalho me surpreendeu a cada encontro, me incentivando e impulsionando a levar este trabalho com mais leveza.

À professora Maria do Rosário Silva Resende, pela disponibilidade, cuidado e ensinamentos. Sua participação na banca avaliadora, dialogando com propriedade e de forma empática com meu texto, enriqueceu este trabalho.

Ao professor Sebastião Benício da Costa Neto, pela pessoa acessível, humana e disponível, participando da minha formação desde a especialização, um exemplo de profissional que procurei seguir na caminhada da área da saúde. Sua participação na banca examinadora enriqueceu este trabalho.

A todo o corpo docente e administrativo do PPGP, por todas as portas abertas, mostrando um mundo cheio de possibilidades.

Às Professoras Nely Aparecida Guernelli Nucci e Maria Júlia Kovács, pela atenciosa leitura e pelas considerações realizadas no projeto de pesquisa, encorajando-me a seguir adiante com este estudo.

À Professora Maria Helena Pereira Franco, pela disponibilidade, pelo carinho e pela proximidade permeada pelos grupos de trabalho, que, a cada reunião, contribuiu para enriquecer esse trabalho.

Ao Comitê de Psicologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, representado pelas coordenadoras Daniela Aceti e Joana Cés de Souza Dantas, pela oportunidade de participar de um grupo competente, forte e acolhedor e por me possibilitarem fazer parte do desenvolvimento de produções relevantes para a área dos Cuidados Paliativos no Brasil.

À Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, representada pela presidente Fabiana Caron, que promoveu discussões e reflexões acerca de temas correlatos, capazes de auxiliar com uma reflexão mais embasada, que refletiu na escrita deste trabalho.

Às Professoras Marília Aguiar e Gláucia Tavares, que despertaram o desejo e o amor aos Cuidados Paliativos na especialização na área dos Cuidados Paliativos.

Às amigas e companheiras de mestrado Anna Karla Ribeiro e Longonice Reis, pelo companheirismo e prontidão para auxiliar nas dúvidas, trocar ideias e incentivar na caminhada e nos desafios de produzir uma pesquisa.

Às queridas amigas da 8ª turma de mestrado, Nayara Aguiar, Ana Carolina Nessler e Ana Júlia Ramos, pela presença constante, companheirismo, estudos e risadas, trazendo leveza e apoio durante toda esta jornada.

Aos colegas discentes do programa, pelas trocas, pelos incentivos e pelos momentos juntos.

Às entrevistadas da pesquisa, pela receptividade, entrega e prontidão para participar deste trabalho.

Às minhas amigas e amigos, dos quais tive de recusar, diversas vezes, os convites para estarmos juntos e mesmo assim não desistiram de mim.

Aos meus pacientes, meu respeito e consideração às suas histórias, que esculpiram em mim o desejo em aprofundar-me nessa área de pesquisa.

A todas e todos que, de forma direta ou indireta, reconheceram o meu trabalho, com convites para palestras, workshops, participação em capítulos de livros, palestras em congressos etc.

À Sra. Mirela Adriele, que tornou a leitura deste trabalho mais atrativa com as revisões de textos.

Ao meu amigo, Dr. Vitor Alves Marques, pelo incentivo e disponibilidade de dialogar sobre sua experiência na pós-graduação, encorajando-me a cada desafio surgido neste estudo.

Ao mastologista Dr. Carlos Inácio de Paula, que me prestigiou com o convite para participar da sua equipe de oncologia em centro de tratamento especializado, e pelas indicações para participar em eventos, bem como pela confiança de me encaminhar seus pacientes. Sempre foi um incentivador nas condutas de humanização na área da saúde.

À psicóloga Débora Diógenes, minha psicoterapeuta, que, com seu carinho e habilidade, me auxiliou a perceber as melhores soluções nesse período desafiador.

Aos meus colegas de trabalho do Conselho Regional de Psicologia de Goiás, pelo apoio e incentivo nos desafios diários de fazer o mestrado, gratidão!

“Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida.”

Elisabet Kübler-Ross

Resumo

A presente pesquisa aborda o trabalho dos profissionais psicólogos que atuam na área dos cuidados paliativos, vivenciando, com seus pacientes e familiares, os momentos de finitude, em situações em que a morte é uma das possibilidades. A pandemia de Covid-19 evidenciou o trabalho desse profissional nas equipes multiprofissionais com enfoque transdisciplinar, porém, observa-se que as ênfases e competências para lidar com a morte e o morrer ainda não estão inclusas nas diretrizes curriculares nacionais do Curso de Psicologia, o que leva ao questionamento acerca do preparo do psicólogo para atuar nesse campo. Este estudo investigou o trabalho do psicólogo que lida com a morte e o morrer nas equipes de cuidados paliativos. Para alcançar esse objetivo foram investigadas as vivências do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos, no atendimento a pacientes e familiares, enfocando as competências e habilidades requeridas para a intervenção em situações que envolvam a morte e o morrer. O percurso metodológico foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa, utilizando o método de entrevistas narrativas. A escolha desse procedimento permitiu a apreensão de dados significativos e subjetivos sobre os aspectos históricos e socioculturais, tornando-se um espaço privilegiado de fala e elaboração das histórias de vida. No presente estudo foram entrevistados três sujeitos que atuam há pelo menos dois anos na área de cuidados paliativos. Os resultados confirmaram que a formação do psicólogo na temática da morte e morrer é escassa e, para atuação em cuidados paliativos o psicólogo utiliza dos processos formativos do curso de psicologia. Diante desses resultados, essa pesquisa aponta a necessidade da inserção das temáticas morte e morrer na formação dos psicólogos, o que pode contribuir para um olhar integral do ser humano.

Palavras-chave: psicologia; competências; cuidados paliativos; morte e morrer.

Abstract

The following study addresses the work of psychologists in Palliative Care, who experience, alongside both patients and relatives, moments of finitude in situations that have death as one of the possible outcomes. The COVID-19 pandemic highlighted psychologists' roles within multiprofessional teams which were based on a transdisciplinary approach. However, it is noted that the theories and competences which handle death and the process of dying are yet to be included in the national curricular directives of Psychology university programs, which leads to questioning whether Psychology professionals are actually well-prepared to work in the aforementioned field. This research focuses on the work of psychologists who handle death and the process of dying within Palliative Care teams. To reach the objective established, the experiences of psychologists in multiprofessional palliative care teams, when working with patients and relatives, were taken into account, emphasizing the competences and abilities required for interventions in situations which include death and the process of dying. The methodological course was of qualitative research, using narrative interviews as the method of choice. This allowed the apprehension of significant and subjective data regarding historical and sociocultural aspects, which provided a privileged space for speech and elaboration of life stories. In this study, three persons were interviewed, all three having worked in the Palliative Care field for at least two years. Results confirmed that psychologists' knowledge regarding death and the process of dying is scarce, and that, to work in the palliative care field, Psychology professionals require theoretical knowledge. Considering said results, the present research indicates a need for inclusion of death and the process of dying in Psychology university programs, which might contribute to forming a holistic view of humanity.

Keywords: Psychology; competences; palliative care; death and the process of dying.

Lista de abreviaturas e siglas

Abrale	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ACCG	Associação de Combate ao Câncer de Goiás
Amib	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
Cebrom	Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
Creмеср	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CES	Conselho de Educação Superior
Crepop	Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
FCMMG	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Gappo	Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LELU	Laboratório dos Estudos sobre Luto
LEM	Laboratório de Estudos sobre a Morte
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGP/UFG	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBGG-RJ	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro
SBPH	Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar
SBPO	Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia
Socesр	Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás

Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário

Introdução	15
Capítulo 1 – A Visão da Morte no Contexto Cultural e suas Subjetividades	19
1.1 O Processo de Morte e o Luto na Trajetória de Vida	19
1.2 A Medicalização da Morte	24
1.3 A Morte e os Avanços da Medicina.....	27
1.4 As Formas de se Trabalhar o Luto	29
1.5 A Atuação do Psicólogo e da Psicóloga no Contexto da Morte	32
1.6 O Sofrimento do Profissional da Saúde.....	34
Capítulo 2 – A Formação do Psicólogo para Atuar nos Contextos da Morte.....	38
2.1 A Formação do Psicólogo no Brasil	38
2.2 A Sistematização dos Estudos sobre a Morte, o Morrer e os Cuidados Paliativos ...	40
2.3 O Psicólogo e os Cuidados Paliativos.....	42
2.4 A Trajetória dos Cuidados Paliativos.....	47
2.4.1 Como se estrutura o trabalho em cuidados paliativos - características da atenção multiprofissional.	49
2.4.2 A atuação do psicólogo com a morte, o morrer e o luto nos cuidados paliativos; ...	50
Capítulo 3 – Narrativas de Histórias de Vida	56
3.1 Definição do Problema e Objetivos.....	57
3.2 Participantes	57
3.3 Procedimentos.....	58
3.4 Análise e Interpretação dos Dados.....	59
3.5 Cuidados Éticos	60
3.6 Descrição das Participantes	60
Capítulo 4 – Os Cuidados Paliativos nas Narrativas do Profissional de Psicologia	65
4.1 A Prática do Psicólogo na Atuação em Cuidados Paliativos	66
4.2 As Competências e Habilidades do Psicólogo na Atuação em Cuidados Paliativos, no Atendimento aos Pacientes e Familiares	68
4.3 As Experiências Pessoais com a Morte Repercutindo na Trajetória Profissional do Psicólogo	71
4.4 O Autocuidado do Profissional Psicólogo que Atua nos Cuidados Paliativos	73

Considerações Finais	76
Referências	80
Apêndice A - Parecer Consubstanciado do CEP	86
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	90

Introdução

O interesse em estudar sobre a morte e o morrer teve início com o desejo desta pesquisadora de compreender como os pacientes oncológicos e seus familiares lidam com o diagnóstico e o prognóstico de uma doença e, ao longo do tratamento, veem a busca da tão almejada cura ceder lugar aos cuidados paliativos. Tais cuidados envolvem as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais para melhorar a qualidade de vida, enquanto há vida.

Nessa trajetória, logo após a graduação, o interesse pelo tema ficou mais evidente, nas experiências em espaços de cuidados na França. Lá, participei como residente na clínica *La Borde*, que oferece tratamento integral aos pacientes psiquiátricos, promovendo respeito, autonomia, dignidade e voz para expressarem seus sentimentos e participarem ativamente dos seus tratamentos. Essa estrutura horizontal permite que as relações sejam humanizadas e inclusivas, deixando a estrutura hierárquica flexibilizada e aberta para que os pacientes sejam participantes das ações, tanto quanto possível, interferindo positivamente em sua saúde física e psicossocial.

Em seguida, no acompanhamento do trabalho com o foco no cuidado humanizado de crianças e adolescentes com diagnóstico psiquiátrico (autismo e psicoses), sob a supervisão da doutora Maud Manoni, na *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, foi possível verificar a viabilidade de tratamentos e condutas que incluem o cuidado com o sofrimento humano, mesmo quando a cura total não é possível, no caso em questão, visando erradicar o preconceito e o esquecimento dessa população.

Posteriormente, em 2020, na Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG) realizei um estudo de caso com o título “Avaliação da qualidade de vida em paciente submetido ao tratamento quimioterápico paliativo” (Amaral, 2000). Nesse estudo de caso, foi possível demonstrar os benefícios dos cuidados paliativos, atestando que “os resultados obtidos apontaram que a quimioterapia paliativa trouxe ganhos na qualidade de vida do sujeito, tendo sido, portanto, bem indicada para o caso” (Amaral, 2000, p. 62). A esse respeito, vale notar que este trabalho abordou o tratamento de uma paciente oncológica, que, estando ciente das ações paliativas, e não de cura, manteve atividades e relacionamentos por ela elegidos como ideais.

Já em trabalho seguinte, na Especialização em Cuidados Paliativos, na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), foi realizado estudo teórico descritivo sobre cuidados paliativos para desenvolver o tema: “Educação para a morte como recurso para a

humanização do processo da morte e do morrer” (Amaral, 2019). Nesse estudo, foi demonstrada a importância de se aperfeiçoar as competências de comunicação e efetivar disciplinas educativas que abordem o tema da morte e do morrer, desde o Ensino Básico até o Ensino Superior, e a importância de se criar projetos e ações para a sociedade, por meio de espaços que possibilitem falar sobre o tema de forma humanizada. Assim, o estudo realizado na especialização mostrou que ações como essas auxiliam na exposição de ideias, minimizam os preconceitos sobre o tema da morte e possibilitam pessoas a se aproximarem do seu lado humano, dentre eles a sua finitude.

Essa estudo realizado na FCMMG abriu lacunas para repensar o tema da morte e do morrer¹ na sociedade contemporânea e permitiu levar adiante os estudos sobre o tema. A partir das reflexões realizadas nesse trabalho, ficou evidente que materiais bibliográficos sobre a humanização da morte e o processo da morte e do morrer estão sendo produzidos de forma crescente, no Brasil e no mundo, denotando a relevância do assunto, porém, poucos estudos são divulgados sobre a atuação do psicólogo em cuidados paliativos.

Assim, ao ingressar no mestrado em Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás (PPGP/UFG), propus a presente pesquisa, com o objetivo de dar continuidade aos estudos sobre a morte e o morrer, tendo como objetivo responder a seguinte questão: como o psicólogo percebe o seu trabalho na atuação em cuidados paliativos no atendimento a pacientes e seus familiares que estão diante do processo da morte e do morrer?

Os cuidados paliativos carregam o estigma de terminalidade, envolvendo significados como “não há mais nada a fazer”, esse é um tratamento de “segunda linha”, dentre outros. Tais ideias expressam um entendimento de cuidado de fim de vida, revelando posturas que embarçam o entendimento das pessoas leigas e ocasionam uma falsa percepção do que sejam os cuidados paliativos. Nesse sentido, é importante diferenciar a fase da terminalidade com amplitude de ações que envolvem os cuidados paliativos: enquanto a terminalidade diz respeito aos cuidados voltados para a fase final da vida, referindo-se a cuidados especiais que priorizam o conforto e a funcionalidade (Kovács, 2008a), os cuidados paliativos englobam os cuidados integrais, desde o momento do diagnóstico de uma doença crônica ou que traga a possibilidade de morte, acompanhando o paciente e familiares durante todo o processo de adoecimento. O acompanhamento pode durar meses ou anos, mas o que caracteriza os

¹ O termo “morte e morrer” foi extraído do conceito de Elisabeth Kübler-Ross. Para a psiquiatra, o termo morrer tem o sentido de processo de adoecimento que ameaça a vida, já morte é o momento em si, quando a vida de fato finda (Kübler-Ross, 2017).

cuidados paliativos é a manutenção da qualidade de vida, enquanto houver vida, e não o tempo. Uma das missões dos profissionais paliativistas é desmistificar que os cuidados paliativos são destinados apenas para as pessoas que estão em processo de terminalidade.

Entretanto, o tema dessa pesquisa faz o recorte das vivências do psicólogo que atua em cuidados paliativos especificamente com as vivências da morte e do morrer. Vale ressaltar que essa é uma das etapas dos cuidados paliativos e eles podem iniciar-se bem antes do agravamento da doença. Os cuidados paliativos abrangem cuidados integrais desde a atenção primária à saúde, com a intenção de evitar o agravamento de sintomas. Nessa linha de pensamento, os serviços de cuidados paliativos abrangem, ainda, equipes especializadas e integradas que cuidam de pacientes com necessidades mais complexas e cuidados de uma equipe multiprofissional para oferecer cuidados personalizados (Vattimo et al., 2023).

O encaminhamento de pacientes para os cuidados paliativos já em estágio avançado da doença relega ao paciente e a seus familiares (em cuidados paliativos, denominamos paciente e familiar de “unidade de cuidados”) a mera possibilidade de cuidar dos sintomas incapacitantes, tirando a possibilidade de intervir em aspectos psicológicos, emocionais, sociais e espirituais, o que retarda a melhoria da qualidade de vida. Adiar essas tomadas de atitudes são formas de reforçar, à sociedade o entendimento de que cuidados paliativos são voltados, apenas, para a terminalidade.

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o trabalho do psicólogo que lida com a morte e o morrer nas equipes de cuidados paliativos. Para tanto, estabelece como objetivos específicos: investigar as vivências do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos no atendimento a pacientes e familiares; as suas competências e habilidades para atuar nas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos e conhecer como o psicólogo lida com o processo de adoecimento e o processo de morte na sua história de vida.

Tendo em vista tais objetivos, realizou-se uma pesquisa qualitativa, com entrevistas narrativas. Essa técnica permite explorar as vivências do profissional de psicologia na atuação em cuidados paliativos, bem como investigar suas habilidades e competências no atendimento a pacientes e familiares, diante do processo de morte e do morrer. Creswell (2010, p. 26) descreve que a pesquisa qualitativa possibilita analisar aspectos empíricos e subjetivos do problema a ser pesquisado, aproximando o pesquisador da realidade por meio das vivências do participante ou de grupos que narram suas experiências sobre um problema social ou humano.

Assim, na estruturação da dissertação, o primeiro capítulo aborda a visão da morte no contexto cultural e os aspectos subjetivos dela decorrentes. Com esse intuito, estabelece

reflexões sobre o processo de morte e o luto na trajetória de vida, a medicalização da morte, a morte e os avanços da medicina, bem como as formas de se trabalhar o luto, fechando o capítulo com a descrição da atuação do psicólogo no contexto da morte e a sua dor perante o sofrimento do outro. No segundo capítulo, trata-se da formação do psicólogo para atuar nos contextos da morte, do morrer e os cuidados paliativos. O terceiro capítulo discorre sobre a pesquisa qualitativa, apresentando as entrevistas narrativas, enquanto o quarto capítulo traz os resultados obtidos nesta pesquisa.

Espera-se, com a presente investigação, contribuir para uma maior aproximação do estudante e do profissional de psicologia da área de conhecimento e intervenção em cuidados paliativos.

Capítulo 1 – A Visão da Morte no Contexto Cultural e suas Subjetividades

O objetivo deste primeiro capítulo é discutir a morte como parte do desenvolvimento humano, tendo como foco a visão da morte no Ocidente e sua trajetória. Ao longo deste texto é possível perceber que a forma de vivenciar a morte foi se transformando no decorrer dos séculos, passando de um momento significativo e pessoal, vivido em coletividade, para um evento temido e interdito.

1.1 O Processo de Morte e o Luto na Trajetória de Vida

Ao nascer, passamos por etapas de desenvolvimento que evoluem até a finitude, processo este que faz parte do ciclo vital: a morte. No intervalo entre o nascimento e a morte ocorre a vida, com uma sucessão de experiências, e a ideia da finitude vai tornando-se uma realidade distante, apesar da ciência da inevitabilidade da morte. A mudança na forma de conviver com a morte aconteceu ao longo dos séculos e foi modificada por um conjunto de valores, crenças e cultura da sociedade. Os registros históricos permitem observar que os antepassados tinham uma compreensão de morte completamente diferente da maneira como a sociedade a vê na atualidade. Nessa perspectiva, movimentos sociais têm se organizado para discutir o assunto com a comunidade, visando a conscientização sobre o tema e a aproximação das pessoas de um assunto que tornou-se tabu para a sociedade.

Em seu livro *História da morte no Ocidente*, Philippe Ariès (1977) indica como, durante anos, a morte fez parte da vida. O homem, na Idade Média, se preparava para ela e este era um momento individual e de sua propriedade. A morte vinha dar sentido àquela vida que terminava e era aceita com resignação. A trajetória que findava tinha importância para o homem e o dignificava. Segundo esse autor, essa atitude, porém, se modificou ao longo do tempo.

Ainda, segundo Ariès (1977), no período da Idade Média, nas culturas da Europa Ocidental, os ensinamentos da Igreja tinham muita influência na maneira como as pessoas morriam e em suas esperanças na vida após a morte. O universo era compreendido como um elo entre as leis naturais e sagradas e, desse modo, quando alguém pressentia que estava próximo do fim da vida – fosse por uma doença incurável ou por convicção própria –, logo reunia os familiares, parentes, amigos próximos e, inclusive, as crianças, para participar da cerimônia de despedida.

Diante da morte, tomavam-se providências com simplicidade e eram cumpridos os rituais esperados. Ariès (1977) denomina esse tipo de vivência de morte como uma “morte domada”. Na Alta Idade Média, continua o autor, as manifestações de pesar eram intensas, os homens lançavam seus lamentos, manifestavam suas despedidas calorosas, deixando à mostra a dor da perda. Um ato importante, pois, após a perda, conseguiam levar a vida adiante.

Já a partir do século XII até o século XVII, aproximadamente, predomina a “morte de si mesmo”, conforme afirma Ariès (1977), e esta refletiria as preocupações do além-morte. Essa forma de encarar o momento da morte se reflete a partir da figura do homem que morre em casa de maneira solitária, e o individualismo que se apresenta demonstra sentimentos de apego à vida, que leva a atenção pessoal para o momento após a morte. Nesse sentido, é interessante notar, nesse período, como o domínio da Igreja e sua institucionalização passaram a preconizar o retorno de Cristo, assegurando a ressurreição e iniciando, com isso, a ideia de julgamento, que não ocorre mais no final dos tempos, mas no momento da morte. Por essa razão, o homem passa a se preocupar com as consequências das suas atitudes cotidianas e com a separação entre os bons e os maus, para garantir, assim, o seu juízo final (Santos, 2009). Além disso, é também inerente ao período os investimentos em doações à Igreja, a fim de buscar a proteção dos santos e uma boa passagem para a vida eterna (Ariès, 1977).

A convivência com a morte nos ambientes familiares ocorria graças ao papel das mulheres naquela sociedade, de esposa, mãe e guardiã do lar. O poder da igreja era imperativo e bania as mulheres das representações sociais, devendo elas estar à sombra dos homens, o que era visto como um ócio confinado, mas, na presença de um moribundo no meio familiar, elas assumiam o protagonismo, cuidando e dirigindo a família nos rituais que antecederiam a morte. Na sociedade atual, a o papel das mulheres se modificou, assumindo profissões remuneradas e o papel de provisão da família, o que antes era atribuído exclusivamente aos homens. Com isso, os cuidados domésticos foram terceirizados, dentre eles a vivência com a morte, afastando-a das famílias e dos lares.

No que diz respeito ao momento do sepultamento, ao fim da Idade Média, a presença das mulheres não era permitida nas cerimônias fúnebres e, quando delas participavam, era às escondidas, bem como os familiares, substituídos por religiosos, padres e carpideiras. O objetivo da reclusão era que o sobrevivente tivesse seu espaço para se resguardar da dor e para que o morto não fosse esquecido tão rapidamente e substituído às pressas (Ariès, 1977). Esses costumes perduraram até o século XIX, separando os familiares, animais e tudo o que lembrasse o morto da sociedade, porém, esse não era um ato compulsório, e sim um ato

voluntário. Esses rituais cumpriam o propósito, também, de preservar a vida como antes da partida (Ariès, 1977).

A figura feminina, no período medieval, além de conviver em uma sociedade essencialmente patriarcal, não tinha direito ao espaço público, atributo dos homens. Ademais, recaí sobre ela a culpa do seu corpo despertar o desejo sexual nos homens. Com essas características da época, elas são isoladas e impedidas de fazer as aparições públicas, para que não exponham o sofrimento da perda e da viuvez e não acelerassem a ressignificação do luto e a restauração da vida sem o falecido.

Continuando, o autor descreve que, a partir do século XVIII, o moribundo se cala e cede espaço para a família tomar decisões acerca do fim de sua vida, ato antes realizado pela própria pessoa em vias de morrer. Os testamentos, por exemplo, que eram atos de confiança nos quais bastava a palavra do moribundo, tornaram-se ato de desconfiança dos herdeiros, devendo ser lavrados e seguidos à risca. O ritual de sepultamento se transforma com uma cerimônia romântica, dramatizada e sem ritualismos, pois lamenta-se a separação do corpo da história da vida passada. É a ascendência da “morte do outro”, segundo Ariès (1977, p. 41).

Para Kovács (1992), a morte do outro é a morte romântica, caracterizada pela crença na vida futura, em que se almeja reencontrar as pessoas amadas. O medo predominante é a ação dos mortos que vêm molestar os vivos e, para que isso não ocorra, criam-se rituais para afastar os mortos, de modo a que eles não perturbem os vivos. Além disso, era recorrente a preocupação com a insalubridade dos cemitérios, devido às doenças e pandemias; com isso, o sepultamento também vem auxiliar nessa tentativa de separar os vivos dos mortos.

A partir do século XX, não convinha mais expressar os sentimentos dos sobreviventes. Era um momento de interdição das manifestações, escondendo as emoções. As crianças não participavam dos rituais fúnebres, pela tentativa de protegê-las de cenas tristes. Ariès (1977, p. 146) refere que “a morte tornara-se o principal interdito do mundo moderno”. Essa citação foi feita em concordância com o sociólogo inglês Geoffrey Gorer, que, na década de 1960, relatou a sua experiência na infância, ao salientar o silenciamento em torno da morte por ocasião da perda do pai. Na civilização contemporânea, falar sobre a morte é algo proibido e que desaparece dos meios familiares, tornando-se, então, um assunto evitado.

Na América, o prolongamento do contato com o corpo se dá graças à indústria capitalista. Nesse período, iniciam-se as práticas de embalsamento do corpo, dando-lhe o semblante de vivo, com salas especiais para despedidas, arranjos suntuosos de flores para enfeitar e dar leveza ao ambiente, música, cemitérios com aparência de parque e que recebem visitas turísticas. Nesse contexto, conforme Ariès (1977), ficam evidentes as características da

exploração capitalista, que organiza o funeral com aparência de “festa”, afastando a tristeza da perda e intensificando a negação da morte. É a morte da “morte”, segundo o autor. Nessa “morte interdita”, vivenciada ao longo do século XX, o homem já não se relacionava com a morte de maneira próxima.

Segundo Kovács (1992), o moribundo sai do aconchego e da presença dos familiares e é transferido para o hospital – com seus aparelhos e barulhos. Dessa forma, o fim da vida deixa de ser tratado como um fenômeno natural, passando a ser medicalizado e a pertencer ao poder médico. Assim, quando não se pode evitar a morte, entende-se o fato como sinônimo de fracasso dos profissionais da saúde, e não algo inerente à vida, devendo por isso ser escondida. Tal representação acerca da morte inibe a possibilidade de manifestações de sofrimentos e pesares e impede que se fale sobre o assunto. É, portanto, o início da medicalização da morte, que muda de lugar, passando para os hospitais. Nesse ambiente, o moribundo permanece na companhia de desconhecidos, a morte fica enclausurada e escondida da sociedade. Assim, segundo a concepção de Ariès (1977), ela se torna bárbara.

Assim, a morte foi banida dos lares com o surgimento do hospital, com a função médica e o desenvolvimento da indústria. Os médicos passaram a tomar conta dos hospitais, o que acontece até os tempos atuais, e os cuidados oferecidos pelos religiosos e filantropos são excluídos. Os serviços da área da saúde se desenvolveram em tecnologias, porém, perderam a humanização.

Em contraposição às ideias de Ariès (1977), o sociólogo Elias (2001), em sua obra *A solidão dos moribundos seguido de “Envelhecer e morrer”*, afirma que a familiaridade com a morte não era romântica na Idade Média. Assegura, também, que a morte tampouco era serena e calma, pelo contrário, ela se dava de forma mais abrupta e “selvagem”, e com menores possibilidades de amenizar dores. Ao que parece, o autor sustenta que, na Idade Média, a morte era mais abordada nas conversas e menos oculta da sociedade, discordando que seu processo fosse mais apaziguador ou menos doloroso no passado.

Outra questão abordada por Elias (2001) é a relação da morte com a culpa dos familiares e amigos que ficaram, conforme ele descreve:

A associação do medo da morte a sentimentos de culpa pode ser encontrada em mitos antigos. No paraíso, Adão e Eva eram imortais. Deus os condenou a morrer porque Adão, o homem, violou o mandamento do pai divino. O sentimento de que a morte é uma punição imposta a mulheres e homens pela figura do pai ou da mãe, ou de que depois da morte serão punidos pelo grande pai por seus pecados, também desempenhou papel considerável no medo humano da morte por um longo tempo. Seria certamente possível tornar a morte

mais fácil para algumas pessoas se fantasias de culpa desse tipo pudessem ser atenuadas ou suprimidas (Elias, 2001, não paginado).

Com as mortes passando a ocorrer nos hospitais, gera-se a sensação de um alívio das dores do paciente e da angústia dos familiares que, do contrário, assistiriam ao sofrimento do moribundo sem capacidade de saná-lo. O familiar, então, procura recursos para fazer “tudo” o que é possível para seu ente querido; com isso, a morte fica distante dos olhos dos familiares e torna-se um acontecimento frio, que se dá na presença de pessoas não conhecidas do moribundo. Esta seria, segundo Elias (2001), a morte solitária, como é possível apreender através do seguinte trecho:

Tudo isso contribui para empurrar a agonia e a morte mais que nunca para longe do olhar dos vivos e para os bastidores da vida normal nas sociedades mais desenvolvidas. Nunca antes as pessoas morreram tão silenciosa e higienicamente como hoje nessas sociedades, e nunca em condições tão propícias à solidão (Elias, 2001, não paginado).

Ariès e Elias refletem sobre a visão da sociedade nas vivências da morte, enfatizando que ela já fez parte do contexto familiar e era vista como um acontecimento natural. Ambos os autores retratam a mudança do lugar da morte no decorrer dos séculos, à medida que a sociedade alterou sua estrutura social, financeira e familiar, os lares e os afazeres domésticos – outrora cuidados pelas mulheres –, perderam essa função, a mulher ganhou a vida pública e cuidar da família não é mais atributo exclusivo dela. A morte, como uma vivência da família, ainda é percebida nas pequenas cidades do interior, devido à proximidade das pessoas e à facilidade de comunicação entre elas; logo, o acesso às informações é facilitado. Por outro lado, Elias (2001) mostra a realidade da época medieval, pois, sem os recursos tecnológicos que temos atualmente para cuidar dos moribundos, na eminência da morte, morrer em casa e ser cuidado pela família era a opção da época. Hoje, com os hospitais que cuidam das doenças e evitam a morte, ambos os autores explicitam que ela mudou de lugar, ficou isolada e longe dos ambientes familiares. A sociedade contemporânea não tem lugar para acolher seus doentes em casa devido aos papéis assumidos pelas mulheres, que resultaram em uma nova configuração da estrutura familiar. Desse modo, recorrer aos serviços hospitalares e à possibilidade de oferecer tecnologias e profissionais especializados em salvar vidas pode dar a sensação de missão cumprida.

1.2 A Medicalização da Morte

Até o século XVIII, os hospitais tinham a função de acolher e cuidar dos pobres, assistindo-os material e espiritualmente, propiciando cuidados e conforto no momento final de vida. No final do século XVIII, o hospital surge com função terapêutica, com o médico como figura detentora de saberes e comandando os caminhos dos pacientes, com poder sobre a vida e a morte, retirando o papel dos religiosos – que eram as autoridades até esse momento (Foucault, 1984).

Os trabalhadores do hospital não eram fundamentalmente destinados a realizar a cura do doente e tinham o objetivo de conseguir a salvação do moribundo. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo –, que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Garantia-se, portanto, a redenção da alma do pobre no momento da morte e, também, os mesmos benefícios para o pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Essa era uma função de transição entre a vida e a morte, de benefício espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população (Foucault, 1984).

A partir do século XVIII, essa função do hospital adquire uma nova perspectiva e o lugar que era de segregação, para os pobres e viajantes, para conter as doenças e isolá-las da sociedade, começa a ser um local de controle de doenças e uma máquina de curar. Nesse contexto, a morte perde espaço para manifestações de sofrimento e passa a ser um fenômeno físico e controlado pelos médicos. O religioso deixa de ser o protagonista dos cuidados e a relevância dos aspectos espirituais, característico desse cuidado, cede espaço ao saber médico. Foucault retrata essa transição na sua obra, *Microfísica do poder*: “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. [...]” (Foucault, 1984, p. 108).

A valorização do homem na hora da morte, no início da Idade Média, que Ariès (1977) denominou “morte domada”, torna-se uma vergonha para a sociedade, pois, além do sofrimento que causa para sua família, expõe a certeza da morte. Ao que tudo indica, o homem então assume o único papel que lhe resta nessa nova dinâmica, de ser uma pessoa dependente e improdutiva. O poder conferido à instituição hospitalar e aos médicos para livrar o moribundo da morte, oferecer técnicas, aparelhos de última geração e serviços com alta tecnologia, mascara a presença da morte e implanta a fantasia de que ela pode ser controlada e evitada. Nessa ideia capitalista de comandar o destino da vida das pessoas, e prometer a luta

contra a morte, o moribundo acaba por permanecer mais tempo sob o domínio do poder dos hospitais, aumenta o tempo de internação, os custos que ela gera e ocasiona a separação da vida que já tinha conquistado.

O século XIX foi marcado pelo início do medo da morte. A familiarização com a morte, símbolo da Idade Média, perde espaço para o medo de ser enterrado vivo e o pavor de imaginar a decomposição do corpo. Nessa época, há uma delimitação das esferas pública e privada, separando o sepultamento do rico e do pobre. Iniciam-se os enterros privados para os ricos, que tinham a prerrogativa de serem sepultados na sua propriedade, enquanto os pobres eram enterrados em cemitérios públicos (Ariès, 1977).

No ambiente hospitalar, contudo, morrer passou a ser um ato interdito e sob os poderes dos médicos. O diagnóstico passou a ser mais importante que a própria pessoa. O homem, nessa perspectiva, é visto por partes, perde sua biografia e é tratado como um corpo doente que deve ser avaliado pela equipe médica, com a qual tem pouca intimidade; ademais, passa a ter horários para receber visita de seus familiares e amigos nesse novo ambiente, totalmente diferente do seu ambiente familiar.

Diante disso, o homem que está no processo de adoecimento perde sua autonomia, dignidade e seu nome, ele é conhecido pelo número de prontuário e pelo seu diagnóstico. O poder do ambiente hospitalar é gerenciado e controlado pelos médicos e a equipe multiprofissional, que arquitetam a nova rotina do moribundo.

Com a intenção de transferir a morte para os ambientes hospitalares, para que as famílias vivenciem menos sofrimento, a maioria dos óbitos ocorre nos hospitais. No entanto, o doente convive com a companhia de aparelhos para a manutenção da vida e os ruídos do funcionamento destes, que ocupam o lugar dos afetos e das despedidas antes vividos no ambiente familiar, como evidencia Kovács (1994).

Com isso, a morte passa a ser cuidada pelo sistema de saúde, no lugar de ser amparada pelos familiares e pelas pessoas queridas que participaram da vida do moribundo. Percebe-se também que, ao final do século XX e início do século XXI, evidenciam-se espaços para abordar o assunto da morte e enfatiza-se a importância da mídia na divulgação de informações, mas a clareza e a precisão das informações nem sempre estão garantidas, dificultando a desmistificação do assunto.

Segundo Menezes (2014), o século XX caracteriza-se pela expansão e capilarização desse processo de medicalização da vida e da morte, ressaltando uma exigência de maior antecipação e controle de sentimentos e atitudes, devido ao aumento da previsibilidade da vida, o que inclui, após a Segunda Guerra Mundial, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento

da tecnologia voltada também para a área médica, apontando ainda a autora, como exemplo, as unidades de terapia intensiva (UTI), que vão surgir nessa época, conforme descreve:

A partir do término da Segunda Grande Guerra houve um grande desenvolvimento de recursos tecnológicos direcionados à criação e manutenção da vida, como o aperfeiçoamento do respirador artificial, da diálise renal, entre outros. As Unidades de Tratamento Intensivo são criadas nesta época, assim como várias modalidades de aparelhagem, voltadas ao prolongamento da vida. Por vezes, o uso de tecnologia acarretava – e ainda acarreta – uma extensão do tempo de vida, à custa de sofrimento para o enfermo e seus familiares (Menezes, 2014, p. 486).

Entretanto, o que parece ser um progresso revela-se, no século XXI, como um paradoxo, segundo apontam Sallnow et al. (2022) no detalhado *Report of the Lancet Commission on the Value of Death*, publicado em nome da Comissão do Lancet sobre o Valor da Morte. Segundo esses autores, enquanto há muita tecnologia e tratamentos avançados para uma parte da população, a que pode pagar por eles, outra parte, marginalizada, morre em decorrência de doenças facilmente tratáveis ou então não recebem tratamento paliativo, passando por intervenções ou procedimentos com sofrimentos perfeitamente evitáveis.

Uma inconsistência marcante com a medicalização progressiva da morte e do morrer é que ela não levou a um aumento paralelo no alívio de sintomas como a dor com métodos de baixo custo e baseados em evidências, tampouco ao acesso universal a serviços de cuidados paliativos no fim da vida. Embora alguns países tenham estabelecido serviços de cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, globalmente, apenas 14% das pessoas necessitadas podem ter acesso a esses tratamentos no processo de morte. Mesmo com toda a medicalização presente na contemporaneidade, alguns autores constatam que o cuidado com as pessoas em processo de morrer ainda acaba recaindo sobre familiares, amigos e conhecidos, pois, quando internados, os pacientes ficam somente 5% do tempo com enfermeiros e cuidadores especializados (Sallnow et al., 2022).

Ainda assim, a Comissão Lancet acerca do valor da morte, pensando num sistema mais humano e justo para a morte e o morrer, estabeleceu cinco princípios, que poderiam idealmente ser uma nova visão da morte e do morrer:

Os determinantes sociais da morte, morrer e luto são abordados; morrer é entendido como um processo relacional e espiritual e não simplesmente como um evento fisiológico; as redes de cuidados conduzem o apoio às pessoas que estão morrendo, cuidando e sofrendo; conversas e histórias sobre a morte cotidiana, o morrer e o luto tornam-se comuns; e a morte é reconhecida como tendo valor (Sallnow et al., 2022, p. 837).

Dessa forma, no século XXI, estudiosos sobre o assunto, equipes multiprofissionais e demais interessados vêm se dedicando a pesquisar sobre a morte em uma perspectiva que abarque a finalização da vida sem prolongamentos desnecessários. A qualidade no momento final da vida é um dos focos desses estudos, aliados a uma boa comunicação entre paciente, familiares e equipe com o objetivo de oferecer cuidados integrados e equidade no acesso à saúde integral. As disparidades sociais revelam, porém, um incansável caminho a ser percorrido para que o acesso aos serviços de saúde seja equitativo e a morte volte a fazer parte da vida, com mais qualidade de cuidados. Utilizar os recursos de saúde de forma que não ocorram excessos para que a vida seja garantida a qualquer custo é uma das metas dos estudos que vêm sendo desenvolvidos na atualidade, na área dos cuidados paliativos.

1.3 A Morte e os Avanços da Medicina

A morte, conforme afirma em entrevista a médica inglesa Libby Sallnow, é reconhecida como um evento que acontece com todos os seres (Sallnow, 2022). É um ponto final, embora um evento, atualmente, mais difícil de acontecer pelos avanços da medicina. Em tempo, Libby Sallnow é especialista em cuidados paliativos, integra a Comissão Lancet – formada por um grupo de especialistas que investigam o significado de morrer em tempos atuais – e atua no serviço público de saúde, no St. Christopher’s Hospice, no Reino Unido. Atua também nas universidades da Bélgica, Bruxelas e College London, na Inglaterra (Biernath, 2022).

Devido aos avanços da medicina, a morte é, atualmente, mais difícil de acontecer, conforme entrevista de Libby Sallnow (2022) concedida à BBC News. A tecnologia, por meio de máquinas e dos transplantes de órgãos, prolonga o fim, substituindo partes do corpo com incapacidade de funcionamento. Com isso, os limites da morte foram ampliados (Biernath, 2022).

Ademais, como afirma Sallnow (2022), há um certo padrão em pessoas que estão prestes a morrer, como alteração na fala, respiração, entre outros mais comuns. Quando o familiar não vivenciou esse momento, pode parecer assustador e fazer com que acabe levando o doente para o hospital, para o atendimento necessário, e a isso se deve, inclusive, o grande aumento de mortes em hospitais (Biernath, 2022).

De acordo com Sallnow (2022), integrante da comissão “Sobre o valor da morte”, há de se compreender a importância dos amigos e da família nesse momento único, além da

medicina (Biernath, 2022), embora existam excelentes serviços relacionados aos cuidados paliativos espalhados pelo mundo todo, como descreve a entrevistada Sallnow (2022):

Nós temos ótimos serviços de cuidados paliativos espalhados pelo mundo, mas às vezes sinto que essa é a única resposta que damos à morte. É claro que o indivíduo precisa desses cuidados, de remédios para a dor, de uma boa cama... Mas tudo isso são apenas ferramentas, uma maneira de garantir que elas tenham boas conversas com familiares e amigos, para que possam refletir sobre o sentido da vida e se preparar para morrer. Esses sim são fatores importantes, fatores existenciais e significativos (Biernath, 2022, não paginado).

Segundo Sallnow (2022), faz-se necessário considerar que o excesso de tratamentos médicos para o prolongamento da vida tem um alto custo financeiro. Diante desse contexto é preciso perceber se tais tratamentos/terapias oferecidos/as nos hospitais trarão benefícios ao paciente. Caso contrário, o preço ético deve ser colocado em questão frente a esse momento tão crítico, decidindo se terá ou não mudanças no quadro de saúde do paciente (Biernath, 2022).

Ainda, relativo ao assunto da morte, Sallnow (2022) explica que existem possibilidades de mudanças de como as pessoas lidam com a morte e com o luto. Somente focar em cuidados paliativos e ações comunitárias não são suficientes. Existem áreas conectadas e que devem ser abordadas para a melhora desse cenário, como o estudo das abordagens sobre a morte não como apenas um evento fisiológico, mas envolvendo culturas, questões sociais, existenciais e espirituais. Falar sobre a morte é um assunto importante a ser abordado por todos durante a vida, não apenas quando o paciente está prestes a mudar sua condição de vida. É pertinente e necessário introduzir esse assunto naturalmente (Biernath, 2022).

Desde a Segunda Guerra Mundial, os avanços tecnológicos foram introduzidos nos cuidados às pessoas e foram avanços importantes para a ciência, contudo, deve-se avaliar a aplicação das tecnologias para que a vida não seja tratada como mais um produto comercial, em que o excesso de terapêuticas tire a qualidade de vida, a autonomia e não facilite a ruptura com a vida que a pessoa tinha antes de adoecer. É necessária uma avaliação psicossocial da situação para que os impactos com o adoecimento sejam tratados como um momento relativo a todos os seres vivos, de modo a que a finitude volte a fazer parte do processo vital das pessoas.

Para que esse processo transcorra como uma das etapas da vida é preponderante que esses assuntos sejam abordados pela sociedade em vários setores, como na educação, na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) das empresas, nos níveis de

atenção primária, secundária e terciária da saúde e nas diversas mídias a que a maioria da população tem acesso – televisão, rádio e mídias e redes sociais –, para que o assunto seja tratado de forma preventiva e abrangente.

Redes sociais têm sido desenvolvidas para debater, dar opiniões, orientar às pessoas sobre condutas diante de situações sobre a finitude da vida e oferecer cursos sobre o assunto. A pauta sobre a finitude está aberta e atraindo interessados no assunto, mas muito ainda há de se desenvolver para que o debate não seja uma das formas de banalizar o tema e criar falsas expectativas sobre o assunto.

1.4 As Formas de se Trabalhar o Luto

Quando Kovács (2021) se refere à morte na contemporaneidade, afirma que em tempos de sua interdição é preciso abrir espaços para falar sobre o assunto. A autora reconhece que esses espaços existem, mas aponta que o diálogo deveria ser mais frequente e não ficar relegado a ocasiões especiais, propondo, então, a abertura de espaços de discussão sobre a morte nos mais variados locais, tais como livrarias, bibliotecas, igrejas, clubes, dentre outros, conforme discorre:

Em época de interdição da morte, há poucos fóruns de discussão sobre o assunto, a não ser em ocasiões específicas. É importante oferecer palestras, cursos, ou vivências para o público não profissional interessado no assunto. A abertura de atividades didáticas do curso de Psicologia, mais especificamente sobre o tema da morte para a terceira idade e sua procura por parte dos idosos, indica o interesse pelo tema daqueles que não são profissionais da saúde (Kovács, 2021, p. 166).

Falar sobre a morte é uma das formas de aproximar as pessoas de uma realidade incansavelmente evitada, a de que um dia ninguém fará parte desse mundo. Apesar de ser um fato inevitável para os seres humanos, as pessoas não param para refletir o que estão fazendo na contagem regressiva de seu tempo vital. Não é um assunto fácil, pois as forças se deparam com elas mesmas, bem como com seus medos e as consequências da morte. Morrer é deixar de existir para as pessoas amadas e para todas as outras pessoas. Será que todos estão preparados para não fazer mais parte dos círculos de pessoas com os quais convivem e, indo ainda além, será que estão preparados para serem esquecidos?

O médico e sociólogo Allan Kellehear realizou uma extensa pesquisa sobre a história da finitude humana em seu livro *Uma história social do morrer*. Em seus estudos, trouxe um novo conceito: a morte administrada, descrita por ele da seguinte forma:

Esta era uma morte tornada “boa” com o concurso dos profissionais adequados para atender a pessoa durante o morrer e na hora certa. Isso foi importantíssimo para a natureza assistida do morrer. (...) A cidade e suas melhores pessoas – a ansiosa, mas tecnicamente engenhosa classe média – deram-nos um novo morrer: a morte administrada (Kellehear, 2016, p. 268).

Kellehear (2016) refletiu que essa morte era consumidora de produtos: dos serviços hospitalares, dos profissionais da equipe de saúde e, ademais, os cadáveres se tornavam material de pesquisa. Afirma, ainda, que o homem de posses tem atendimentos personalizados, especializados, conforto dos leitos hospitalares, mais acesso aos medicamentos e cerimônias suntuosas. Apesar das vantagens dos grupos que têm mais acessibilidade aos bens de consumo em relação às classes menos favorecidas, a morte nos iguala na perecibilidade dos corpos.

Uma das precursoras na abordagem do assunto morte, Elisabeth Kübler-Ross realizou, nos anos 1960, uma pesquisa com doentes no leito de morte, tendo observado a dificuldade dos profissionais de saúde para abordar o assunto da morte com seus pacientes. Em seu livro *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*, lançado em 1969, Kübler-Ross relata os seminários realizados com estudantes de medicina e os atendimentos feitos pelos estudantes aos pacientes terminais.

Um dos objetivos dos seminários era encorajar os futuros médicos e médicos a não se afastarem dos pacientes que estão se despedindo da vida. Nas entrevistas realizadas com os pacientes, ela percebeu que existiam formas de enfrentar o momento terminal da vida e descreveu e exemplificou os cinco estágios do luto: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kübler-Ross, 2017).

Em seu livro, a autora explica que eles não são uma trajetória rígida a ser seguida pelos pacientes, tampouco são regras fixas para os pacientes terminais, podendo os estágios serem vivenciados pelo paciente ou não (Kübler-Ross, 2017). Os estágios descritos por ela abriram o interesse para que outras pesquisas surgissem, sendo eles muito citados em congressos nacionais e internacionais da área da saúde, inclusive da medicina.

A abordagem dos estágios do luto promoveu o rompimento do silêncio sobre a morte e trouxe, para a cena, o sofrimento dos doentes, de seus familiares e, também, da equipe multiprofissional que acompanha a unidade de cuidado (paciente e família). Os homens sempre repeliram a morte e provavelmente sempre a repelirão, pois, no inconsciente humano, a possibilidade de morrer está vinculada a atos malignos, a eventos terríveis e a algo que exige recompensas ou punições (Kübler-Ross, 2017):

É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance. Explicando melhor, em nosso inconsciente só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que se clama por recompensa ou castigo (Kübler-Ross, 2017, p. 10).

Conviver com a ideia da morte não é um hábito da sociedade contemporânea. Vivemos com a ideia de imortalidade, sem perspectivas de que um dia a vida acabará, a despeito da tácita aceitação de que a única certeza na vida seja a morte. Por mais que a sabedoria popular afirme essa ideia, o homem vive em negação em relação à própria finitude, sem a consciência de que a qualquer hora pode morrer. A utilização de medicações para prolongar a vida, centros de tratamento intensivo cada vez mais aparelhados e formação profissional voltada para os aspectos teóricos-técnicos para salvar vidas denota a luta contra a morte, como se ela pudesse ser evitada.

Worden (2013) descreve as tarefas do luto como um processo que demanda algumas etapas para que a pessoa se adapte à perda, ressaltando ser esse um processo individual. A primeira tarefa é a aceitação da realidade e relaciona-se com a tomada de consciência do ocorrido e da sua irreversibilidade. Em seguida, cita ser necessário que os sobreviventes consigam identificar e comunicar os mais variados sentimentos decorrentes dos sofrimentos relacionados à sua perda, etapa considerada bastante importante, nomeada de processamento do luto (“processar o luto”).

Num terceiro momento, o autor continua a descrever as tarefas, apontando que essas pessoas que sofreram a perda deverão ser auxiliadas, para que aprendam a viver sem a pessoa falecida, tomando suas próprias decisões e preenchendo suas vidas com outras pessoas e atividades. Por fim, descreve a etapa relacionada com o tempo necessário para que o processo de luto tenha lugar, sem que se apresse ou atrole o passo. Faz parte dessa etapa que o enlutado encontre, nas suas vivências emocionais, um espaço em que possa se manter conectado com a pessoa morta e, dessa forma, seja capaz de prosseguir com sua vida. Worden (2013) destaca que essas tarefas podem ocorrer simultaneamente.

Ainda no que diz respeito ao processo de elaboração do luto, Stroebe & Schut (1999) desenvolveram o modelo do processo dual do luto para explicar que, após a morte, as alterações geradas pelo luto são dinâmicas, oscilando entre a orientação para a perda e para a restauração. É uma forma dinâmica de o enlutado enfrentar os fatores estressores do luto, que ora se voltar para a perda, ora planeja novos projetos de vida sem a presença do ente querido.

Os autores reafirmam, ademais, que esse modelo integra e tem ação regulatória e adaptativa, além de possibilitar a construção de um novo significado para a perda, em que o enlutado é protagonista do seu processo de luto, experimentando suas oscilações, ressignificando-o e integrando-o à sua história de vida (Stroebe & Schut, 1999).

1.5 A Atuação do Psicólogo e da Psicóloga no Contexto da Morte

No século XXI, com a chegada da pandemia de Covid-19, acentua-se a importância de abordar a morte e o luto, bem como de pensar na criação de mais espaços voltados para comentar sobre a morte, para que ela não permaneça silenciada e ocasione mal-estar na vida das pessoas, inclusive dos profissionais da área da saúde que atuam, lado a lado, com a morte, em equipe multiprofissional ou individualmente, dentre eles o profissional da psicologia.

Segundo Franco (2021), a morte e o luto mudaram suas configurações na sociedade atual, com um novo luto já se configurando no século XXI, sobretudo após as inúmeras mortes ocasionadas pela Covid-19. A forma como as mortes aconteceram, com distanciamento dos familiares, falta de ritos fúnebres e os contatos mediados pelas tecnologias de comunicação e informação à distância trouxeram novas maneiras de vivenciar a morte e o luto, que vieram para ficar. A autora ressalta que as transformações das formas de contato e do diagnóstico que levou à morte repercutem também na forma de se vivenciar o luto.

A pandemia de Covid-19 trouxe à tona a importância de pensarmos o tema da morte e a importância da elaboração do luto para as pessoas que perderam seus entes queridos. A impossibilidade de essas pessoas realizarem os rituais de despedida evidencia um prejuízo de adoecimento psíquico pelo fato de não vivenciarem o luto da perda, sendo essa uma constatação para o século XXI: a da morte indigna, em que as pessoas morrem sem cuidados individualizados e as famílias e amigos ficam cerceados de se despedirem dos seus mortos (Magalhães et al., 2020).

Caponero (2018) aponta ser preciso abrir espaços para falar sobre temas como sexualidade, desejo, intenção de suicídio e morte, para que eles possam ser elaborados e deixem de ser um tabu para a sociedade. Nesse sentido, há alguns movimentos sociais psicoeducativos que acompanham esse pensamento, ilustrando a importância de se falar sobre a morte e evitar que ela continue sendo assunto interdito.

O *Death Cafe*, por exemplo, foi criado no Reino Unido por Jon Underwood e Sue Barsky Reid, que, influenciados pelas ideias do sociólogo suíço Bernard Crettaz, resolveram abrir um espaço para as pessoas falarem livremente sobre a morte. Nesses encontros não há

roteiros pré-definidos e o objetivo é que seja um grupo de apoio sem fins terapêuticos, operando com o convite para tomar café e falar sobre a morte, em um formato de encontros informais.

O grupo funciona nos moldes de franquia social, sem fins lucrativos, e permite que outras pessoas se inscrevam para promover o evento em outras partes do mundo, usando o nome *Death Cafe*. Não pretende tirar conclusões ou propor ações aos participantes, mas sensibilizar as pessoas para a morte como condição humana, visto que ela afeta a relação do ser humano com a própria vida, segundo o pensamento de Underwood (Death Cafe, 2011).

Além de serem abertas ao público e gratuitas, essas reuniões são oportunidades importantes para as discussões sobre a morte, na medida em que não mantêm nenhuma conexão religiosa, política ou filosófica. A franquia disponibiliza um *site* com orientações para a sociedade e fornece um calendário com as programações definidas para sediar a reunião nas várias localidades do mundo (Death Cafe, 2011).

Esses dados demonstram o quão urgente se tornou a necessidade de se falar sobre a morte e o luto. Nesses encontros é enfatizada a comunicação a partir da percepção que cada participante tem a respeito da morte e os relatos refletem as histórias de vida e as diversas formas de morrer, bem como as vivências dos lutos. As comunicações e relatos realizados pelos participantes levam para o grupo formas de enfrentamento e a constatação de que a morte é fator inerente à condição de se estar vivo. Com relação a esse assunto, é importante apontar, contudo, que boas informações, com suporte técnico e científico para falar sobre a morte, são importantes para formar opiniões fidedignas, esclarecer conteúdos, promover a formação de conceitos mais humanizados e coerentes, permitindo que as pessoas tenham um contato com a temática da morte.

Os profissionais de saúde, inclusive da psicologia, têm o desafio de lidar com a morte na sua rotina de trabalho e a atuação do psicólogo é demandada e necessária em assuntos delicados como o tema da morte. As situações são discutidas com esses profissionais e eles são colocados nas discussões como o profissional competente para falar sobre o assunto, às vezes sem preparo formativo e nem pessoal para abordar o tema. Ouvir e abordar o tema da finitude é uma habilidade importante, que todos os profissionais que atuam com pessoas deveriam desenvolver na sua trajetória profissional e pessoal.

Em entrevista, Torres, psicólogo do estado do Amazonas, afirmou que houve aumento da demanda da presença do psicólogo no ambiente hospitalar em decorrência do aumento de casos de Covid-19 e, conseqüentemente, do aumento de mortes. Segundo ele, houve um aumento de contratação no período pandêmico pelo governo estadual, para entrar nos

atendimentos remotos e dar assistência, na linha de frente, para a equipe que atuou na pandemia (Torres, 2021). Essas atitudes demonstram que o psicólogo é convocado para os cenários que necessitam de intervenções para equipe, pacientes e familiares em situações difíceis, como a iminência da morte.

1.6 O Sofrimento do Profissional da Saúde

O sofrimento psíquico decorrente da rotina de trabalho está vinculado aos afazeres dos profissionais, ao atendimento aos seus pacientes, familiares, e nas vivências compartilhadas com as equipes integradas de cuidados em que a morte está sempre presente no dia a dia desses profissionais.

A conexão entre profissional e paciente acontece por meio da empatia e da compaixão e, também, pela capacidade de se conectar com o material de vida trazido pelo paciente a cada encontro. Lidar com perdas, morte e luto é uma constante nas rotinas dos profissionais que trabalham com os cuidados paliativos. Para que ocorra a relação profissional, a conexão com o paciente é importante, mas com o objetivo de estabelecer o *rapport* para que o contato entre paciente e profissional seja facilitado e a comunicação, menos defensiva. Para que esse balizamento seja atendido, o profissional deve estar atento ao autocuidado e, quando esse autocuidado não é percebido ou não é realizado, seja por fatores pessoais, seja por questões institucionais, estabelece-se um desafio para o profissional seguir seu trabalho com menos sofrimento.

Achette, Reine e Almeida (2020) refletem sobre as provocações enfrentadas pela equipe de cuidados paliativos diariamente, em especial a presença do estresse devido à complexidade dos casos, às discussões das situações difíceis e à presença cotidiana da morte. As autoras descrevem:

Desta forma, ela está sujeita ao estresse constante, uma vez que todos os seus membros precisam manejar as emoções que as situações lhes despertam. A complexidade desse equilíbrio reside no fato de ser preciso lidar frequentemente com as suas perdas e as perdas dos outros. Assim, o profissional precisa conciliar o “cuidado do outro” com o “cuidado de si” (Achette, Reine, & Almeida, 2020, pp. 167-168).

O profissional de saúde que lida com pessoas que tratam doenças ameaçadoras à vida tem como princípio, nos atendimentos ao paciente e a seus familiares (unidade de cuidado), um contato singular, único e comprometido, para estabelecer uma relação de confiança. Esses atributos viabilizam que a pessoa se expresse de forma tranquila e segura. A comunicação

empática demanda tempo de escuta, disponibilidade e interesse do profissional e essas particularidades auxiliam a unidade de cuidado a se expressar com mais segurança, facilitando a relação profissional, a compreensão mais satisfatória da situação que motivou a consulta e a humanização dos atendimentos. Essa conexão, porém, pode causar repercussões emocionais ao profissional de saúde e provocar o sofrimento, disparado pela dor do outro. A falta de suporte e reconhecimento que são negligenciadas ao profissional de saúde configura-se luto não reconhecido, termo cunhado por Kenneth J. Doka. Na obra *O luto no século XXI*: “(...) luto não reconhecido é aquele que não pode ser expresso e vivenciado abertamente, por censura da sociedade ou do próprio enlutado, quando o vínculo rompido não é validado ou quando o enlutado não é entendido como tal” (Franco, 2021, p. 87).

O luto do profissional de saúde não é reconhecido pela sociedade e tampouco há o autorreconhecimento do sofrimento relacionado ao seu trabalho. Os profissionais são treinados para resolver problemas, salvar vidas, serem onipotentes frente às situações que lhe são impostas. Não há espaços para um olhar humano e é esperado soluções, êxito, competência e embutimento das emoções, porém, sendo pessoas, os profissionais podem vivenciar esgotamento físico e mental que extrapole as delimitações impostas pelo trabalho.

Nesse sentido, Casellato et al. (2020) discorrem, sobre os lutos do cuidar:

Sempre procurei dar voz ao luto de profissionais cuidadores formais e informais. Isso porque observamos em nossa prática uma grande desvalorização desse tipo de vínculo – e, conseqüentemente dos lutos advindos da perda de pacientes, o que gera um impacto na saúde mental dos cuidadores. Torna-se, portanto, imperativo continuar validando esses lutos visando à prevenção da saúde, bem como gerando melhores condições para a promoção dos cuidados oferecidos por esses profissionais (Casellato et al., 2020, p. 20).

Kovács (2021) reflete sobre o papel dos profissionais de saúde que lidam com a morte, ressaltando que a falta de comunicação entre os próprios profissionais provoca o sofrimento, aliado ao fato de que, por terem suas rotinas nas instituições hospitalares, convivem por mais tempo com a morte, estando sujeitos ao estresse e ao risco de colapso. Criar espaços para falar sobre o tema e promover discussões, a fim de levantar as necessidades das equipes para serem abordadas com o auxílio de um profissional designado a essa finalidade, são atividades que podem ser desenvolvidas para propiciar o autocuidado ao profissional de saúde.

A fadiga por compaixão é um termo utilizado para designar o esgotamento do profissional decorrente do investimento emocional que mobiliza a compaixão e a empatia ao cuidar do sofrimento. Nessas situações, a fadiga deixa de ser apenas fisiológica e se reflete

também nas condições psíquicas e cognitivas do cuidador. Dessa forma, enfatizar o autoconhecimento e o autocuidado, para que o profissional tenha mais habilidade de gerenciar as situações estressoras, é uma das formas de se proteger (Figley, 2002).

O psicólogo é visto, de forma geral, como o profissional que resolve problemas e aponta soluções, sendo solicitado diante de situações de dores e conflitos e emergências emocionais que outros profissionais não têm a habilidade de resolver e/ou conduzir. Essa visão empírica das funções do psicólogo traz a ideia de um profissional não afetado pelas demandas que chegam até ele. Nos ambientes institucionais, é muito habitual pedir para as pessoas que estão em alguma situação de conflito emocional para ir “conversar com o psicólogo”. O fazer do psicólogo ainda não está bem delimitado e divulgado por parte do Sistema de Conselhos de Psicologia, órgão regulamentador da psicologia no Brasil, o que torna recorrente a confusão entre psicologia, psiquiatria e psicanálise.

Preparar o psicólogo para lidar com a sua própria dor e sofrimento diante das demandas que atende não é objetivo destacado nas diretrizes curriculares do Curso de Psicologia, logo, o psicólogo vivencia fragilidades, emoções, dores e adversidades como vivenciam seus pacientes, porém, questiona-se como o seu processo formativo pode prepará-lo para lidar com isso. Enfatiza-se o aperfeiçoamento para intervir no sofrimento dos pacientes, mas o reconhecimento do sofrimento do psicólogo na sua atuação profissional é, por vezes, relegado (Kovács, 1992). A omissão dessa habilidade nas competências a serem adquiridas pelo psicólogo pode estar relacionada ao não reconhecimento ou à não autorização da sociedade de que o psicólogo é uma pessoa humana e finita. Como dito no capítulo anterior, trata-se do não reconhecimento de que o luto é uma realidade vivida, também, pelos profissionais de saúde. O autoconhecimento e o autocuidado realizados em atividades terapêuticas e psicoterapêuticas são recursos que o psicólogo pode buscar e são importantes nesse processo, isso é fato, mas não faz parte da sua formação reconhecer o próprio sofrimento na atuação profissional com situações impostas, como é a morte (Yalom, 2008).

Sobre esse aspecto, Yalom (2008) comenta, em seu livro *De frente para o sol: como superar o terror da morte*:

Para que estejamos verdadeiramente presentes com esses pacientes, é preciso que nos abramos para a nossa própria angústia da morte. Não vou mentir a respeito disso: não é uma tarefa fácil e nenhum programa de treinamento prepara terapeutas para esse tipo de trabalho (Yalom, 2008, p. 113).

Finalizando, o profissional de saúde deve estar atento aos seus conteúdos internos no exercício profissional, para que suas intervenções não venham a atender meramente aos seus

anseios, mas, antes, atendam às necessidades de intervenção do seu paciente. Assim, ao realizar o manejo dessas situações, o profissional deve estar conectado às suas reações, para que o sofrimento decorrente do seu trabalho seja trabalhado de modo a ser acolhido e afastado da atenção que destina ao seu paciente. Essa condição requer o entendimento da necessidade do autocuidado.

No próximo capítulo se aborda a formação do profissional de psicologia para atuar no contexto dos cuidados paliativos, bem como os aspectos ligados à atuação dos psicólogos nessa área específica.

Capítulo 2 – A Formação do Psicólogo para Atuar nos Contextos da Morte

O objetivo deste capítulo é abordar a formação do psicólogo para atuar com a unidade de cuidados durante o processo de adoecimento e da morte e do morrer, bem como para lidar com essas questões junto aos membros da equipe multiprofissional

2.1 A Formação do Psicólogo no Brasil

De modo geral, a formação do psicólogo não enfatiza competências que auxiliam na reflexão e no preparo para a atuação com a morte e o luto. As DCNs instituem, dentre seus artigos, que o curso de Psicologia deve se aplicar aos vários contextos de atuação, no sentido de abranger a complexidade humana na promoção da qualidade de vida e dos direitos humanos (Resolução CNE/CES n. 5/ 2011).

A Lei n. 4.119/1962, que cria os cursos de Psicologia, regulamenta a profissão de psicólogo, delimitando as funções desse profissional no Brasil, conforme instituído no art. 13:

Art. 13. Ao portador do diploma de Psicólogo é conferido o direito de ensinar psicologia nos vários cursos de que trata esta Lei, observadas as exigências legais específicas, e a exercer a profissão de Psicólogo.

§ 1º Constitui função privativa do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: (Expressão “privativa” vetada pelo Presidente da República e mantida pelo Congresso Nacional, em 17/12/1962)

- a) diagnóstico psicológico;
- b) orientação e seleção profissional;
- c) orientação psicopedagógica;
- d) solução de problemas de ajustamento.

§ 2º É da competência do Psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências (Lei n. 4.119/1962).

A profissão de psicólogo foi regulamentada, aproximadamente, dois anos antes da ditadura militar. Nesse período, o psicólogo prestava serviço para a elite brasileira e poucas pessoas da comunidade tinham acesso ao atendimento psicológico, com exceção daqueles que participavam de processo de seleções de pessoal. A utilização de testes psicológicos era predominante nesse período e o psicólogo detinha o poder de encaminhar as avaliações, utilizadas em recrutamento, seleção e treinamento, avaliando a aptidão e a prontidão para a aprendizagem na escola, ou realizando orientações profissionais. As pessoas atendidas pelos psicólogos não tinham ciência do motivo dos encaminhamentos, não havia entendimento da utilização das técnicas, dos recursos, das interpretações dos testes psicológicos, seus objetivos

e resultados, vindo daí a ideia de que psicólogos tratam doentes mentais e pessoas difíceis (Bock, 2010).

A regulamentação da criação dos cursos de Psicologia e as ênfases a serem direcionadas na formação do psicólogo são amplas e abrem margem para oferecer competências formativas que não direcionam para o assunto da terminalidade, morte e luto. Desde a criação desses cursos no Brasil, a formação das práticas psicológicas tradicionais dominou as instituições de ensino superior, haja vista a predominância de psicólogos na área clínica, em um país onde as políticas públicas precisam ser incentivadas.

Kovács (1992, p. 12) afirma:

A psicologia como ciência, arte, reflexão e prática cuida da questão do homem, da sua relação com os outros e com o mundo, com a vida e também com a morte. Portanto, acredito ser a questão da morte um tema de suma importância para reflexão, sensibilização e questionamentos para o psicólogo. A questão da morte e do morrer, em suas várias instâncias, pode estar presente nas diferentes áreas de trabalho do psicólogo. Refletir sobre o tema nos parece fundamental ao futuro profissional, que terá o seu trabalho centrado na relação com o ser humano (Kovács, 1992, p. 12).

Kovács (1992) questiona se esses profissionais estão atentos à demanda que pode chegar aos atendimentos, como a queixa de término de relacionamento, perda de emprego, morte de colega na escola, dentre outras situações de perdas. Reflete, ainda, sobre os hospitais, locais onde ocorrem sofrimentos decorrentes de tratamentos, dores, perdas e situações que geram sofrimentos e pergunta se os psicólogos que estão inseridos timidamente nas equipes suportam vivenciar tantas dores e a pressão da rotina de trabalho. Por fim, chama a atenção sobre a formação acadêmica dos psicólogos e o preparo para assumir essas funções.

Conforme visto no capítulo anterior, a forma como o homem encara a morte tem se transformado no decorrer dos séculos. Na Idade Média convivia-se mais com a morte devido à configuração social, mas, atualmente, apesar de ser um assunto de interesse para as pessoas, é abordado de forma pragmática e sem aprofundamento, sendo muitas vezes evitado. A ideia de que o tema “morte” seja relativo às perdas físicas e ao cessar do funcionamento do organismo induziu a sociedade a não perceber as inúmeras perdas e sofrimentos que causam outras mortes, as mortes não vistas pela sociedade. O término de relacionamento, a perda de emprego, a morte do animal de estimação e a mudança de cidade são perdas não reconhecidas socialmente. Do mesmo modo, a psicologia não se atentou para as várias vivências de luto, deixando de tomá-lo como objeto de estudo ao longo da formação acadêmica na graduação.

Yalom (2008) e Kovács (1992) reconhecem, no trabalho que realizam, o quanto é importante o profissional reconhecer suas angústias de morte, pois são humanos e finitos. Os autores abordam o tema reiterando que o reconhecimento dessa condição é indispensável para estar diante de uma pessoa que está vivenciando uma das maiores dores da existência, a perda de pessoas e o reconhecimento da própria finitude.

A formação profissional para atuar com morte, luto e cuidados paliativos é um dos focos dessa pesquisa, porém, a formação do psicólogo ainda deixa lacunas nessas áreas e está em desenvolvimento, o que muito se deve à recente demanda para essa atuação no decorrer da pandemia de Covid-19. Com o aumento da procura de atendimentos voltados ao contexto da morte, os psicólogos se colocaram no campo de trabalho realizando atendimentos nos consultórios e nas equipes multiprofissionais. Também foram ampliadas as ofertas de cursos de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação, motivados pela demanda dos profissionais e pela carência da formação universitária. No entanto, a demora em se apropriar desse tema parece revelar uma história de resistência das instituições formativas em incorporarem o estudo do luto e da morte.

2.2 A Sistematização dos Estudos sobre a Morte, o Morrer e os Cuidados Paliativos

Com o desenvolvimento da tecnologia e da medicina, o homem passou a conviver mais tempo com os processos de morte. Enquanto no passado o médico cuidava do paciente ao saber da proximidade da morte, hoje a medicina “luta” contra a morte e as possibilidades de seu adiamento levam os pacientes e familiares a conviverem mais tempo com os processos da morte.

Kastenbaum e Aisenberg produziram a obra *Psychology of death*, em 1976, traduzido para o português com o título *Psicologia da Morte*, tornando-se texto de referência na área. Além disso, Kastenbaum foi o primeiro a sistematizar uma bibliografia acerca do tema da morte por meio do periódico *Omega: Journal of Death and Dying*, na década de 1970, tornando-se parâmetro para os estudiosos do assunto (Kovács, 2008b).

Na década de 1960, Elisabet Kübler-Ross e Cicely Saunders introduziram a abordagem da humanização da morte, colocando, no centro, os cuidados aos pacientes que se aproximam da morte (Kovács, 2014). Por meio da escuta e do acolhimento oferecidos pelos profissionais de saúde, a proposta consistia em ajudar o paciente a assumir o protagonismo de sua morte, revolucionando, com isso, o campo de estudos nessa área (Kovács, 2008b). O desenvolvimento da Tanatologia como área de atuação e pesquisas diz respeito à morte como

um processo da vida, devendo ser tratada como uma experiência individual e um momento significativo (Kovács, 2008b).

O interesse pelo assunto da morte tem se sistematizado nas últimas décadas, convergindo no interesse em amenizar o sofrimento das pessoas, proporcionar mais conhecimento sobre os momentos finais da vida e, ainda, aproximar-se do moribundo, de modo a oferecer escuta e acolhimento, no lugar de tratá-lo com indiferença. No século XX, evidenciou-se a necessidade de os profissionais que atuam com a morte na sua rotina de trabalho se conectarem com o seu paciente adoecido e sem possibilidades de cura, bem como abordá-lo no leito de morte e abrir-se ao diálogo para entender seu sofrimento. Kübler-Ross (2017) fez a abertura desse espaço, ao tirar os profissionais da saúde do seu lugar de conforto, que era o de tratar o moribundo com distanciamento. Ao proporcionar essa nova forma de entendimento, findou por provocar os profissionais a entrarem em contato com as suas angústias de morte.

Cicely Saunders, enfermeira, médica e assistente social, fundou, em 1967, o St. Christopher's Hospice, em Londres, que se tornou referência na área de cuidados paliativos. Seu foco era o estudo científico do tema, compreendendo a busca de alívio e controle de sintomas, numa intervenção na qual a preocupação não era a cura, mas o paciente e suas necessidades, por meio dos cuidados de uma equipe multiprofissional. Saunders contribuiu com o conceito da 'dor total',² incentivando e priorizando os cuidados da equipe multiprofissional, elucidando as dimensões das dores do ser humano, entendendo que as dores são, além de físicas, emocionais, sociais e espirituais. Nesse sentido, os cuidados devem enfatizar os aspectos físicos (dores relativas à doença), os emocionais (pela nova identidade, falta de planos futuros etc.), o contexto social (perda dos contatos sociais, afastamento de familiares, amigos, trabalho etc.) e os anseios de natureza espiritual (falta de sentido na vida, medo de morrer, crenças pós-morte etc.). Além desses fatores, precisa compreender, também, as perdas financeiras ocasionadas pelo processo de adoecimento e como elas impactam a qualidade de vida do paciente (Kovács, 2014).

Kübler-Ross e Saunders deixaram o legado da escuta, do acolhimento e da comunicação entre pacientes, familiares e equipe de saúde, vislumbrando que a qualidade para o momento da morte está vinculada à comunicação com as pessoas significativas, contemplando os últimos pedidos, despedidas e o perdão. Elas são pioneiras de uma nova

² Dor total é um termo lançado por Cicely Saunders que diz respeito às dimensões da dor, não somente da dor física, também as dores psicossociais, emocionais e espiritual. O cuidado nem sempre será da dor física, também cuida-se das dores decorrentes das mudanças de papéis ocasionados pela doença, perdas financeiras, perda dos contatos sociais, medo de morrer, falta de sentido na vida.

visão, que vem se transformando a cada década, em direção à humanização da morte. Com essa perspectiva humanista, a aproximação do tema vem se instalando nos debates e atraindo mais interesse da sociedade, oportunizando uma abertura para esse tema ainda interdito nas rodas de conversa (Kovács, 2014; Kübler-Ross, 2017).

No Brasil, sobressaem as obras de Wilma Torres, que, em 1980, fundou o pioneiro programa de Pesquisa em Tanatologia pela Fundação Getúlio Vargas; as pesquisas da Dra. Maria Helena Pereira Franco, especialista na área e coordenadora do Laboratório dos Estudos sobre Luto (LELU), na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), e os estudos e pesquisas da Dra. Maria Júlia Kovács, no Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM), da Universidade de São Paulo (USP) (Cominato & Queiroz, 2006). Por meio de estudos, pesquisas, formação de profissionais e sistematização de bibliotecas com títulos sobre o tema, esses serviços pioneiros sistematizaram a Tanatologia no Brasil, além de especializar profissionais para trabalhar com os enlutados.

Mesmo com todos os estudos acerca da morte, do morrer e do desenvolvimento dos cuidados paliativos pode-se dizer que, contudo, no século XXI, a morte mudou de lugar: ficou fria, solitária e sem a companhia das pessoas queridas. O duelo entre a vida e a morte representa a dança do final da vida, com excessos de procedimentos desnecessários que, muitas vezes, apenas a prolongam e a tornam sem sentido. Essa atitude é uma forma de negligenciar a morte, pois se o moribundo permanece enclausurado nos ambientes hospitalares e a morte não é presenciada, ela acaba por ser negada e sequestrada do seu dono. Nesse seguimento, este trabalho aborda, também, a importância dos cuidados paliativos nos serviços de saúde, para que o processo da morte e o morrer possam ser vivenciados e elaborados, a fim de garantir a saúde mental tanto dos profissionais quanto dos pacientes e de seus familiares.

2.3 O Psicólogo e os Cuidados Paliativos

A equipe multiprofissional na atuação em cuidados paliativos é formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, capelães e demais profissões, com o objetivo de cuidar do paciente de forma integral, continuada, respeitando os princípios da bioética: beneficência, autonomia, não maleficência e justiça (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2017).

Os profissionais da equipe dos cuidados paliativos devem estar preparados e atentos para abordar as dimensões do sofrimento humano, pois cada profissional desenvolve as

habilidades específicas da sua profissão. O psicólogo, no atendimento à unidade de cuidados, se ocupa das questões emocionais, do estresse e do sofrimento gerado pelo processo de adoecimento. Na sua atuação, utilizará as competências aprendidas na sua formação, aliadas às habilidades dos cursos de especializações, porém, há profissionais que assumem serviços sem a especialização na área (Franco, 2008). A formação do psicólogo no Brasil é generalista e, pela legislação, ele, ao se graduar, está apto para exercer a profissão em qualquer área, desde que tenha conhecimento técnico-científico e não ocasione danos nos atendimentos por falta de competência profissional (Resolução CFP n. 010/2005).

Estão presentes também no trabalho do psicólogo a comunicação não verbal, *rappport*, a empatia e o acolhimento, que auxiliarão na expressão dos aspectos psicológicos do paciente. A disponibilidade ética e profissional oferecida aproxima pacientes e familiares para a comunicação efetiva com o profissional, de modo a que os cuidados sejam delineados juntamente com pacientes e familiares (Chiba, 2008).

O conhecimento dos sintomas referentes aos processos de fim de vida, como a perda progressiva de apetite, dificuldades respiratórias e a comunicação reduzida, são conhecimentos que auxiliam o psicólogo a participar da tomada de decisões da equipe multiprofissional para definir medidas que promovam o conforto físico, psicológico, social e espiritual, buscando minimizar o sofrimento do paciente, dos familiares e dos membros da equipe (Cremesp, 2008).

Na utilização da psicoeducação, intervenção feita pelo psicólogo, a família recebe orientações sobre os sintomas do ente querido, de modo que possam torná-los compreensíveis e otimizar a tomada de ações junto ao paciente. Isso pode evitar internações desnecessárias, que distanciam o paciente do ambiente familiar e da companhia das pessoas conhecidas. Ao paciente são feitos os atendimentos no sentido de aproximá-lo das mudanças que estão ocorrendo no seu físico e que desencadeiam repercussões emocionais e espirituais. Essas intervenções facilitam a sua compreensão, auxiliando no exercício da sua autonomia e na solicitação de intervenções apropriadas à sua vontade, aliadas à situação vivida. A comunicação em cuidados paliativos é primordial para que paciente e familiares se sintam acolhidos e seguros com o momento novo e desafiador.

No Brasil, o trabalho do psicólogo nos cuidados paliativos está ancorado na psicologia hospitalar, que orienta o profissional para o manejo das situações de adoecimento, condutas e procedimentos nos atendimentos hospitalares, atendimentos domiciliares e demais procedimentos descritos na Resolução CFP n. 23 (2022), que discorre sobre a referida

especialidade. Destaca-se que, na descrição das funções do psicólogo hospitalar, menciona as atribuições nos cuidados paliativos:

VII - Psicologia Hospitalar

É a área de atuação profissional da Psicologia referente a fenômenos psicológicos ocorridos em hospitalizações, adoecimentos, recuperações, perdas, lutos. A(o) psicóloga(o) especialista em Psicologia Hospitalar:

(...)

f) presta assistência psicológica às pessoas atendidas hospitalizadas em situação de crise mental ou de agravo de saúde mental, em programas de cuidados paliativos e em situações de óbito, prestando suporte psicológico a familiares e equipes hospitalares; (...) (Resolução CFP n. 23/2022).

Também, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), criado em 2006 pelo Sistema de Conselhos de Psicologia, cujo objetivo é promover qualificação e referência para o psicólogo que atua em políticas públicas, publicou as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa publicação constam as competências do psicólogo nos cuidados paliativos:

Competências centrais em cuidados paliativos são parte da nossa prática e a(o) psicóloga(o) estará presente em todas as fases do tratamento até o momento final, muitas vezes fazendo atendimento domiciliar. Em resumo, a psicóloga(o) terá de:

- Aumentar o conforto físico durante as diferentes fases do tratamento dos doentes;
- Atender às necessidades psicológicas, sociais e espirituais;
- Atender às necessidades dos familiares e cuidadores;
- Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em CP (para o médico, a hora de parar com procedimentos desnecessários, seguindo os protocolos já estabelecidos);
- Implementar e coordenar equipes de cuidados paliativos;
- Promover autoconhecimento e desenvolvimento profissional (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Essa publicação do Crepop, por meio do CFP, demarca o trabalho do psicólogo nos cuidados paliativos, mas a divulgação atribui funções para além das competências técnicas do psicólogo, designando funções que são da competência de outros profissionais da equipe multiprofissional. O aumento do conforto físico e o responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos, conforme mencionados, não são atribuições específicas do psicólogo enquanto membro de uma equipe de saúde. O psicólogo auxilia nos direcionamentos da equipe para a tomada de decisões, contribuindo com as suas competências conferidas pela educação formal. O conhecimento das outras áreas envolvidas no cuidado do

paciente é necessário para que possa haver diálogo e trocas de experiências com a equipe, ainda que não envolva uma prática psicológica, em si.

Os cuidados paliativos são demarcados pela comunicação horizontal da equipe multiprofissional e, com vistas a atender às necessidades integrais da unidade de cuidados, cada membro da equipe, com suas competências e habilidades profissionais, contribui para a promoção da qualidade de vida de todos os envolvidos no processo de adoecimento. O trabalho em equipe é fundamental para que os saberes se entrelacem e harmonicamente visem o cuidado integral. Para o cuidado de um ser humano, que vive uma situação extrema, é necessário utilizar uma visão multidimensional e complexa da formação humana.

A publicação do CFP, acima referida, retrata o processo de construção dos cuidados paliativos no Brasil, contribuindo tanto para as sociedades acadêmicas quanto para a comunidade. É uma prática nova no Brasil e sua construção vem se consolidando e formando espaço para que mais pessoas sejam cuidadas integralmente junto aos seus familiares e cuidadores.

A falta de conhecimento do que são os cuidados paliativos ainda é bem representativa no Brasil. O *site* da ANCP faz menção ao cenário atual, relatando:

(...) Ainda impera no Brasil um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado aos Cuidados Paliativos, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário. Ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor. (...) A conscientização da população brasileira sobre os Cuidados Paliativos é essencial para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas. Cuidados Paliativos são uma necessidade de saúde pública. São uma necessidade humanitária (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017, não paginado).

A ANCP agrega comitês de diversas áreas que atuam em cuidados paliativos para apoiar a diretoria nas questões relacionadas à assistência, à educação permanente e ao desenvolvimento profissional continuado, à crítica científica e à pesquisa. O trabalho dos comitês busca, além de outras atividades, dialogar com a sociedade sobre os cuidados paliativos, uma forma de trazer o tema para o contexto social.

O Comitê de Psicologia se reúne mensalmente com representantes de diferentes estados brasileiros, previamente selecionados pela coordenação dos comitês da ANCP. É atributo, para compor o Comitê, ter atuação relevante dentro do tema proposto. Dentre as atividades desenvolvidas destaca-se a organização do relatório para compor o Observatório Anual da ANCP. Esse relatório é composto das ações e discussões realizadas para subsidiar o

avanço e avaliar as dificuldades relacionadas à atuação, pesquisa, inserção profissional da disciplina no Brasil (ANCP, 2022b).

O Comitê de Psicologia da ANCP lançou, no mês de abril de 2023, o guia “Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo (a) paliativista”, com a colaboração de entidades como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO), a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Socesp), a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale) e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib). No guia, destaca-se que os cuidados paliativos e a atuação do psicólogo são recentes e a criação desse documento é um norte para os profissionais:

(...) Para o exercício da profissão nesta área, é necessário que o profissional tenha atenção aos aspectos éticos e formativos, além de adquirir competências e desenvolver habilidades específicas. Os Cuidados Paliativos podem ser compreendidos como um campo amplo de atuação, podendo estar presente nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, com ações interativas com as mais diversas especialidades profissionais e grupos diagnósticos.

Ao trabalharmos com o conceito de competências nos baseamos em elementos estruturantes, tais como o Conhecimento (saber): ligado a informações que a pessoa armazena e lança mão quando necessário, a Habilidade (saber fazer): uso que se faz desse conhecimento de forma adequada em uma tarefa e as Atitudes (saber ser): refere-se aos aspectos sociais e afetivos necessários ao saber fazer. Neste documento elaboramos recomendações para cada um dos elementos, esperando que isto apoie os profissionais que atuam ou desejam atuar em CP, independente de ser na assistência, ensino e/ou pesquisa, a estruturar sua prática (Aceti, Teixeira, & Braz, 2022, não paginado).

Ainda faltam normatizações, no Brasil, para a atuação da psicologia nos cuidados paliativos. Outras profissões reconhecidas no País, como a medicina e a enfermagem, conquistaram a especialidade na ANCP e, recentemente, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprovou a residência médica em cuidados paliativos. Para que a psicologia conquiste essa especialidade, o CFP deverá reconhecer a área como especialidade, para que o profissional garanta o título na área.

Reuniões estão sendo realizadas entre a ANCP e entidades afins, incluindo o CFP, órgão regulamentador da profissão do psicólogo, para que, no futuro, o psicólogo tenha o título de especialista e suas competências demarcadas nos cuidados paliativos. O caminho está sendo traçado através dos documentos norteadores da prática profissional, o que tem apontado para novas regulamentações.

2.4 A Trajetória dos Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos têm seu início na década de 1960, com Cicely Saunders, médica, enfermeira e assistente social inglesa, e tem como marco a fundação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967. Elisabeth Kübler-Ross, médica suíça, teve contato com Cicely Saunders na década de 1970 e traz os cuidados paliativos para a América. Por volta de 1975, inicia o Hospice, em Connecticut (Estados Unidos da América – EUA), e, desde então, vários países iniciam os cuidados integrais aos pacientes com doenças sem possibilidades de cura (Gomes & Othero, 2016).

Em 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* para pacientes com câncer, que fossem recomendados em todos os países. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou a primeira definição dos Cuidados Paliativos, atualizada em 2002:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais (World Health Organization [WHO], 2002, não paginado).

No Brasil, a história dos Cuidados Paliativos se inicia em 1978, com a Dra. Mirian Marteleite, médica anesthesiologista de Porto Alegre (RS), que criou o Serviço de Tratamento de Dor no Hospital das Clínicas e, em 1983, o Serviço de Cuidados Paliativos. Em seguida, no mesmo ano de 1983, o médico fisiatra Dr. Antônio Carlos Camargo de Andrade Filho estruturou o Serviço de Dor da Santa Casa em São Paulo e, em 1986, o de Cuidados Paliativos (Figueiredo, 2011).

Na sequência, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) implanta o programa de suporte terapêutico oncológico, no Rio de Janeiro, em 1989 (Figueiredo, 2011). Ressalta-se o pioneirismo do Prof. Dr. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), na década de 1990 (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2017).

Em Goiânia, a iniciativa precursora foi na Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG), na qual, em 1993, a psicóloga Edirrah Gorett Bucar Soares coordenou uma equipe de profissionais para atuar no Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico (Gappo). Em 1996, o serviço foi estruturado para prestar assistência domiciliar aos pacientes e familiares

em equipe multiprofissional. Muitas iniciativas foram fomentadas a partir do histórico apresentado, sendo criadas disciplinas, laboratórios e grupos de estudos nas Instituições de Ensino Superior, implantação de serviços em hospitais-escola e em serviços de saúde privados e públicos (Academia de Combate ao Câncer de Goiás [ACCG], 2010).

Ainda em Goiânia, em 2006, no Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia (Cebrom), a psicóloga Jacqueline Andrade Amaral desenvolveu e coordenou grupos de apoio a pacientes oncológicos e seus familiares, que tinham a finalidade de discutir sobre o processo de adoecimento e a finitude da vida (Cebrom – Medicina Oncológica, 2023). Essas ações possibilitaram uma comunicação mais próxima e empática entre pacientes e a equipe multiprofissional, que também participava das reuniões, e possibilitou a troca de experiências entre os participantes e a socialização.

O Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 aponta que 73,2% dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, com 138 locais cadastrados, estão nas regiões Sul e Sudeste (Santos, Ferreira, & Guirro, 2020), ainda que a Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018, publicada pelo governo federal, normatize o serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Já temos uma trajetória percorrida e muito caminho ainda há para ser trilhado na implementação dos serviços de cuidados paliativos já existentes e, também, na implantação de novos serviços e de políticas públicas que alcancem a população em geral. A questão da saúde é um desafio no Brasil, pois temos populações desassistidas de profissionais, de serviços e de equipes de Cuidados Paliativos, sendo a meta a equidade do acesso aos serviços.

Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que agrega profissionais e pessoas jurídicas, auxilia no avanço da regularização profissional e na qualidade dos serviços prestados pelo paliativista no Brasil. A ANCP tem participação ativa em discussões junto às autoridades de saúde brasileira sobre a prática de cuidados integrais, ampliando espaços para a discussão dos Cuidados Paliativos e a criação de legislações que visam ampliar a inclusão de serviços, inclusive na esfera da saúde pública. Também vem incentivando a realização de congressos em várias regiões do Brasil e promove o congresso brasileiro a cada dois anos (ANCP, 2017).

Ainda é perceptível o preconceito com o termo ‘cuidados paliativos’ por parte de grupos da sociedade, ocasionando mal-entendidos e gerando a recusa ao recebimento desses cuidados. Cabe elucidar que cuidado paliativo não quer dizer não haver nada a ser feito, mas sim que há uma doença grave a ameaçar a vida e a pessoa receberá os cuidados do especialista junto a uma equipe multiprofissional que cuidará da sua dor total, oferecendo qualidade de vida e conforto para as questões humanas (Carvalho, 2009).

Muito já foi desenvolvido desde o início dos Cuidados Paliativos no Brasil, porém, há espaços a serem conquistados para inserção dos cuidados integrais e continuados, bem como para amenizar a dor e o sofrimento de pacientes e familiares. A distribuição dos serviços no país é, contudo, desigual, apesar da promulgação da Resolução n. 41 (2018), que prevê que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os brasileiros continuam morrendo com baixa qualidade de controle de sintomas e de apoio psicossocial e profissionais estão atuando fora dos princípios norteadores da resolução citada, oferecendo serviços isoladamente ou em equipes que não são multiprofissionais. Os cuidados paliativos, recorde-se, são realizados em equipes com um olhar abrangente sobre a integralidade do ser para prestar cuidados físico, emocional, social e espiritual.

2.4.1 Como se estrutura o trabalho em cuidados paliativos - características da atenção multiprofissional.

É fundamental demarcar as interações de uma equipe multiprofissional com o enfoque transdisciplinar, formada por diferentes especialidades, que promove, com essas particularidades, ações compartilhadas com foco no cuidado integral ao paciente. Essa atuação multiprofissional envolve a reformulação de saberes, além de uma maior integração profissional entre as áreas, prevalecendo as competências individuais de cada especialidade. Nesse sentido, o mais importante e comum objetivo é promover maior interação profissional entre as áreas, propiciando o cuidado em sua totalidade (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022a).

Em todo o mundo há uma grande necessidade de cuidados paliativos. As campanhas do Dia Mundial de Cuidados Paliativos, a exemplo de “Meu cuidado, meu direito”, de 2019, e “Meu Cuidado, meu conforto”, de 2020, são evidências dessa necessidade e buscam expressar ideias de conscientização e chamar a atenção da sociedade para o tema (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022a). A atenção voltada ao assunto vem em direção ao envelhecimento da população e ao aumento da sobrevida resultante das tecnologias avançadas na área da saúde e da atuação integrada da equipe multiprofissional.

Os cuidados paliativos devem ser iniciados com o paciente logo após o diagnóstico de uma doença que ameace a vida, dando continuidade durante toda a evolução da doença. Esses cuidados devem ser planejados pela equipe multiprofissional, por meio de um plano de cuidados, observando a biografia de cada paciente. Cada paciente tem seus valores, desejos e crenças, por isso cada ação deve ser cuidadosamente planejada, para que a pessoa tenha um

atendimento humanizado e de acordo com sua filosofia de vida. Além disso, no que se refere aos cuidados com o paciente, é importante que esse profissional atue nas questões gerencial, assistencial, educacional, sempre orientando paciente e familiares sobre todos os procedimentos e cuidados depois da alta (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022a).

O Brasil apresenta pouco desenvolvimento na utilização dos cuidados paliativos se comparado a outros países. O termo cuidados paliativos ainda está relacionado à morte e à fase final de vida. A divulgação, nas mídias, desses cuidados integrais, além de ampliar o conhecimento da sociedade, despertou as equipes de saúde para realizar encaminhamentos dos pacientes e seus familiares para esses serviços. Nessa perspectiva, essa assistência deve ser oferecida, tanto no âmbito da assistência primária quanto da secundária e terciária da saúde, visando minimizar o sofrimento decorrente de doenças que ameaçam a vida.

2.4.2 A atuação do psicólogo com a morte, o morrer e o luto nos cuidados paliativos;

A Psicologia brasileira representada em números tem um total de 425.758 psicólogos. O papel social esperado do psicólogo, na sociedade brasileira, está quase sempre intimamente ligado à atuação clínica. A formação dada pelas escolas de nível superior também segue, predominante e majoritariamente, esse tipo de atuação. Ao se verem, contudo, no mercado de trabalho, muitos são atraídos pela área organizacional, que frequentemente oferece oportunidades de emprego mais recompensadoras financeiramente e em termos de estrutura de recursos para o exercício profissional, no início da carreira profissional (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022).

De acordo com Lhullier & Roslindo (2013), grande parte da titularidade dos psicólogos é em Psicologia Clínica, representando um percentual de 31%. Na sequência vem a Psicologia Organizacional e do Trabalho, com 14%. Nesse contexto, a Psicologia Clínica torna-se relevante dentre as pesquisas patrocinadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), correspondendo, em 2004, a 45% dos cursos de pós-graduação, enquanto a Psicologia Organizacional e do Trabalho tinha um baixo nível de escolha (10%) entre os profissionais. Menciona, ainda, que dentre as áreas de atuação da Psicologia, a clínica mostrou-se a mais nobre, marcando com mais intensidade os currículos e o imaginário social na figura do psicólogo (Lhullier & Roslindo, 2013).

Em 13 de outubro de 2022, foi publicada a Resolução n. 23 (2022), que institui condições para a concessão e o registro de psicólogos especialistas e reconhece as especialidades da psicologia. A titulação de psicólogo especialista na área hospitalar descreve que o profissional deve ter conhecimento sobre perdas e lutos (Conselho Federal de

Psicologia [CFP], 2022), contudo, as perdas não são restritas aos espaços hospitalares, sendo vistas nos noticiários, nas tragédias nas escolas, no trânsito, nas empresas, enfim, elas fazem parte da vida. Não há um espaço restrito para que a morte aconteça e muito menos rompimentos, como de relacionamentos, perdas de emprego, perdas financeiras, mudanças de cidades que necessitam de readaptações à nova vida.

Costa *et al.* (2012) descrevem que as áreas de atuação consideradas tradicionais pela Psicologia são clínica/saúde, educação e trabalho. A Resolução CNE/CES n. 5 (2011) normatiza o ensino da psicologia e evidencia o predomínio dessas áreas de atuação consideradas tradicionais pela Psicologia, de acordo com os autores citados. O artigo 12, parágrafo 1º, da Resolução CNE/CES n. 5 (2011), cita:

Art. 12. Os domínios mais consolidados de atuação profissional do psicólogo no País podem constituir ponto de partida para a definição de ênfases curriculares, sem prejuízo para que, no projeto de curso, as instituições formadoras concebam recortes inovadores de competências que venham a instituir novos arranjos de práticas no campo.

§ 1º O subconjunto de competências definido como escopo de cada ênfase deverá ser suficientemente abrangente para não configurar uma especialização em uma prática, procedimento ou local de atuação do psicólogo. São possibilidades de ênfases, entre outras, para o curso de Psicologia: a) Psicologia e processos de investigação científica (...); b) Psicologia e processos educativos (...); c) Psicologia e processos de gestão (...); d) Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde (...); e) Psicologia e processos clínicos (...); f) Psicologia e processos de avaliação diagnóstica (...) (Resolução CNE/CES n. 5/2011).

De acordo com o artigo 12 supracitado, as ênfases estão voltadas para as áreas de predomínio da psicologia e as competências profissionais não delimitam a necessidade do aprendizado do psicólogo para atuar nos contextos de morte, luto, cuidados paliativos, tampouco abordam o reconhecimento do autocuidado. A dor e o sofrimento decorrentes do trabalho realizado pelo psicólogo não é legitimado e reforça a ideia de que o psicólogo não precisa “cuidar de si” para oferecer melhores “cuidados para o outro”. Assim, a ênfase voltada ao conhecimento técnico negligencia os aspectos formativos pessoais do psicólogo e o seu sofrimento decorrente da sua atuação não é cuidado, podendo interferir na sua forma de atuação profissional.

O CFP emitiu o Ofício-Circular GTec/CG-CFP n. 65 (2020), que trata do assunto: “Recomendações sobre comunicação de óbito por psicólogas”. O documento considera a elevada demanda do assunto em contexto hospitalar e, até então, não havia normativa desse Conselho para os psicólogos que ampliaram as equipes multiprofissionais. Essas

Recomendações marcam notoriamente a importância da presença do psicólogo na atuação em equipes, nos ambientes hospitalares. No item 6, o Ofício-Circular, destaca:

Nesse sentido, a psicóloga poderá propor serviços psicológicos individuais ou grupais, conforme o caso, para favorecer o alívio de angústia, medo, preocupação, estresse e outras situações emocionais relacionadas ao contexto de morte. Tais serviços podem ser direcionados igualmente a membros da equipe de saúde. Entretanto, recomendamos que a psicóloga obtenha informações sobre a composição do grupo familiar, suas interações e contexto social para realizar a abordagem mais adequada no atendimento a seus membros. Isto, para que a atuação da equipe multiprofissional de saúde se dê de forma estruturada e articulada, visando ao atendimento qualificado, em conformidade com a legislação profissional vigente, bem como a Política Nacional de Humanização e com os Princípios Fundamentais da Profissão (...) (Ofício-Circular GTec/CG-CFP n. 65/2020).

Destaca-se nas DCNs, no artigo a seguir:

Art. 11. A organização do curso de Psicologia deve explicitar e detalhar as ênfases curriculares que adotará, descrevendo-as detalhadamente em sua concepção e estrutura.

§ 1º A definição das ênfases curriculares, no projeto do curso, envolverá um subconjunto de competências e habilidades dentre aquelas que integram o domínio das competências gerais do psicólogo, compatível com demandas sociais atuais e/ou potenciais, e com a vocação e as condições da instituição (Resolução CNE/ CES n. 5/2011).

As DCNs definem que a atuação do psicólogo deve estar alinhada com o contexto sociocultural. É reconhecido que, nos ambientes hospitalares, ocorre o maior número de mortes, mas não é o único local em que elas ocorrem: as dores decorrentes das mais variadas perdas, dentre elas, a morte, fazem parte dos atendimentos psicológicos e, muitas vezes, podem passar despercebidos. Essas situações podem ocorrer em qualquer espaço de trabalho, nos consultórios de atendimentos clínicos, escolas, empresas, dentre outros. Por outro lado, a instituição que normatiza a atuação do psicólogo no Brasil, o CFP, ao realizar recomendações sobre o assunto, refere-se apenas aos psicólogos do contexto hospitalar, mas elas também são norteadoras para a atuação desse profissional em qualquer outro contexto de atuação profissional.

O trabalho dos psicólogos nos cuidados paliativos, prestando os cuidados aos pacientes e familiares, tem início desde o diagnóstico e deve envolver intervenções que busquem, sobretudo, a qualidade de vida. Ao trabalhar com doenças que ameaçam a vida, a morte torna-se uma companheira de trabalho mesmo que ela possa ser uma realidade distante. Cada etapa na qual os sintomas precisam ser controlados pela equipe evidencia a fragilidade humana e a ocorrência da morte se apresenta como um dos questionamentos para os

acompanhantes, que ficam alertas e entram em contato com a realidade da finitude da vida. Nessa realidade, as intervenções do profissional junto à unidade de cuidados podem repercutir nos seus medos e receios, que estão guardados na sua biografia. Ter empatia e compaixão com a dor e o sofrimento dos pacientes revela que somos humanos, porém, o profissional deve estar atento aos seus conteúdos internos para que não interfiram nas intervenções com o paciente, por isso a importância do autoconhecimento e do autocuidado.

Bromberg (1998) aponta a necessidade de o terapeuta entrar em contato e reconhecer suas próprias perdas, elaborando-as, para auxiliar o seu paciente no processo. Ainda, afirma que a morte é para todos e para estar em contato com a morte dos outros é necessário entrar em contato com a natureza humana, que é finita; não basta, portanto, dominar a técnica.

Trabalhar com o processo de adoecimento do ser humano, suas dores e sofrimentos é função do psicólogo, mas olhar para a finitude nem sempre é a direção escolhida, é um desafio implantar essa comunicação nas equipes multiprofissionais, bem como lidar com a própria finitude. Para trabalhar com pessoas portadoras de doenças que ameaçam a vida o profissional, ademais da sua formação acadêmica, utiliza da sua formação pessoal para se relacionar com a situação da finitude e com as angústias de morte. Nessas situações, o que norteia a intervenção com a unidade de cuidados, além das questões técnicas, são as convicções pessoais advindas da sua história de vida; logo, o profissional utiliza suas vivências para enfrentar o trabalho com a morte e o morrer.

Nucci (2019) discorre que o profissional de saúde, na sua rotina de trabalho, no papel de cuidador, não tem validada sua própria dor, muito menos a consciência de que precisa de cuidados, de espaços para trocas e pausas e tampouco observa seus colegas para prestar cuidado e solicitar o cuidado. Mantém-se imerso em cuidar dos pacientes e familiares, das burocracias de trabalho, das emergências, e negligencia seu sofrimento.

Participar de uma equipe de cuidados paliativos coloca o profissional próximo de um fenômeno que ainda não foi decifrado e constitui um tabu para a sociedade, a morte. Falar sobre a morte é intrigante, aproxima as pessoas e as afasta, é preciso driblar o preconceito para não a evitar e encará-la como um acontecimento natural do ciclo vital. A morte, na rotina do profissional de cuidados paliativos, aparece desde o início do tratamento, é um tema que vai surgir nos contatos com a unidade de cuidados; mesmo que não seja a realidade do momento do acompanhamento, o assunto surge pela instabilidade da vida e não é uma realidade conhecida das pessoas, que muitas vezes a reconhece no processo de adoecimento. Dessa forma, lidar com os processos de finitude é uma das peculiaridades desse trabalho.

No 2º Simpósio de Espiritualidade em Saúde, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro (SBGG -RJ), que teve como tema ‘O grito surdo: o sofrimento do profissional da saúde’, o palestrante Enric Benito expôs sobre ‘O currículo interno: as competências relacionais de um profissional de saúde’. O médico paliativista espanhol explica, em sua palestra, que a formação do currículo interno do profissional que trabalha com sofrimento é o que os torna pessoas e, segundo ele, isso é o mais importante; ademais, expressa que isso não está inserido nos currículos das universidades. Relata, ainda, que o sofrimento, a compaixão e a espiritualidade não são tratadas como questões científicas, mas são reais. O palestrante descreve o currículo interno como o reconhecimento do sofrimento, das emoções, dos sentimentos e das sensações do profissional durante o seu trabalho junto aos pacientes, familiares e equipe multiprofissional (Benito, 2021).

O autocuidado é uma forma de desenvolver o currículo interno dos profissionais de saúde, conforme explicou o médico paliativista Enrico Benito, pela utilização de recursos que identifiquem as situações difíceis da rotina de trabalho, bem como auxilia a identificar as suas fortalezas e fragilidades. A comunicação é um dos recursos que promove o contato e a troca de experiências entre os membros de equipe e auxilia na percepção da necessidade da ajuda profissional especializada. Essas atitudes contribuem para desmistificar a crença de que o profissional de saúde não deve manifestar seus sentimentos e emoções e nem se envolver com os conteúdos do paciente.

Enfrentar a morte de um paciente é, portanto, uma tarefa desafiadora, na medida em que esses profissionais se expõem e entram em contato com suas próprias fantasias sobre a morte e o morrer, além de que há a possibilidade de vislumbrar e reviver o fim da própria vida de seus entes queridos.

Abordar o sofrimento do psicólogo em decorrência do seu trabalho é uma habilidade que não parece ser bem desenvolvida nos processos formativos acadêmicos. Do psicólogo, ao desenvolver o seu trabalho para auxiliar o paciente com suas questões internas, é esperado que ele seja o “cuidador” e não é vislumbrado que ele precise de cuidados. A presença constante, na rotina de trabalho, dos processos de morte e de morrer pode desencadear o esgotamento emocional, além de sentimentos de fracasso e decepção. A forma com que o profissional lida com a morte, na sua história de vida, direciona o manejo das suas intervenções e as suas habilidades para tratar o assunto. Com essas condutas o profissional, lidando com o sofrimento dos seus pacientes, e reconhecendo as suas dificuldades diante deles, terá a possibilidade de se atentar e desenvolver a humanização nos seus atendimentos, ademais de estar atento ao autocuidado.

Os cuidados paliativos ainda estão em crescimento nos países em desenvolvimento e os psicólogos ainda não fazem parte de todas as equipes de cuidados paliativos, que geralmente tem uma equipe básica, formada por médicos e enfermeiros. O Comitê de Psicologia da ANCP vem desenvolvendo reuniões interinstitucionais, produzindo trabalhos para eventos científicos, debatendo as competências do psicólogo nos cuidados paliativos e realizando interlocução com a sociedade, por meio de *lives* e *webinars*, com o objetivo de informar à sociedade o papel do psicólogo nessa área de atuação. A equipe de Cuidados Paliativos, ao assumir um formato com características da multiprofissionalidade e com enfoque transdisciplinar, pode acrescentar e preencher lacunas no sentido de oferecer uma atenção integral e humanizada aos pacientes e familiares. O psicólogo pode agregar contribuições bastante relevantes às discussões e fazeres das equipes.

Capítulo 3 – Narrativas de Histórias de Vida

Este capítulo é destinado a apresentar os dados empíricos da pesquisa, utilizando as narrativas de vida enquanto metodologia de investigação. O presente relato trata de estudo qualitativo, com o objetivo de explorar as vivências do profissional de psicologia na atuação em cuidados paliativos, no atendimento a pacientes e familiares, diante do processo de morte e do morrer. Creswell (2010) descreve que a pesquisa qualitativa possibilita analisar aspectos empíricos e subjetivos do problema a ser pesquisado, aproximando o pesquisador da realidade, pelas vivências do participante ou de grupos que narram suas experiências sobre um problema social ou humano. Foi realizado, portanto, um estudo transversal, exploratório, indutivo, por meio de estudo de campo e coleta de dados, realizada por entrevista narrativa. O referencial teórico está amparado nos estudos teóricos realizados na temática dos cuidados paliativos.

A pesquisa de campo visa aprofundar-se em determinado assunto, no qual o pesquisador emerge no local a ser pesquisado e é o único a realizar a geração de dados, fato que pode ser um dos pontos a observar, pois há interação entre pesquisador e pesquisado e pode haver interferência na geração dos dados (Gil, 2002).

Gil (2002) descreve que as pesquisas exploratórias têm a finalidade de familiarizar-se com o problema, para melhor compreensão do fato e construção de hipóteses, e podem incluir levantamento de literatura, entrevistas e análise de casos que auxiliem a compreensão. Marconi e Lakatos (2003) explicam o método indutivo, referindo que ele parte das hipóteses individuais para a compreensão da universalidade do problema da pesquisa.

Adotam-se, neste estudo, as entrevistas narrativas para geração de dados. Segundo Creswell (2010), essa é uma estratégia que permite a expressão do indivíduo sobre sua história de vida e o aprofundamento nas questões relacionadas às questões investigadas na pesquisa. Bauer e Gaskell (2003) enfatizam que a entrevista narrativa utiliza a entrevista não estruturada, que se opõe ao esquema pergunta-resposta, e o entrevistador propõe ao informante que conte sua história a partir de um tema central. O informante, utilizando-se da sua forma pessoal de estruturar a resposta sobre o tema, comunicará ao entrevistador as experiências pessoais acerca do assunto proposto. O entrevistador é impelido a se comportar de forma que não interfira na narrativa do informante durante a entrevista e deverá certificar-se de que a narrativa sobre o tópico apresentado finalizou, para que apresente seus questionamentos, os quais devem ser imparciais, sem julgamentos e de forma a estimular o

informante a oferecer outras referências sobre o tema proposto, com o cuidado de não abrir justificativas e racionalizações sobre as narrativas por ele apresentadas (Bauer & Gaskell, 2003). O tempo de duração da entrevista narrativa é em torno de uma hora e meia e o entrevistador deve ter destreza com a gravação da entrevista, estar conectado com a pergunta disparadora e acompanhar o entrevistado sem interferir na sua narrativa (Bauer & Gaskell, 2003).

A pré-testagem de instrumentos foi realizada para averiguar a adequação da procedimentos de aplicação, vocabulários e assegurar que o instrumento utilizado possibilite a mensuração das hipóteses propostas (Gil, 2002).

3.1 Definição do Problema e Objetivos

A pergunta norteadora desta investigação é: como o psicólogo percebe o seu trabalho na atuação em cuidados paliativos no atendimento a pacientes e seus familiares que estão diante do processo da morte? Com essa pergunta, objetivou-se investigar o trabalho do psicólogo que lida com a morte e o morrer nas equipes de cuidados paliativos. Para alcançar esse objetivo são investigadas as vivências do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos no atendimento a pacientes e familiares, as suas competências e habilidades para atuar nas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos e conhecer como o psicólogo lida com o processo de adoecimento e o processo de morte na sua história de vida.

A forma de perceber do outro traz sentido à sua experiência e Merleau-Ponty, no seu livro *A fenomenologia das cores*, cita:

Ver é entrar em um universo de seres que se mostram, e eles não se mostrariam se não pudessem estar escondidos uns atrás dos outros ou atrás de mim. Em outros termos: olhar um objeto é vir habitá-lo e dali apreender todas as coisas segundo a face que elas voltam para ele (Merleau-Ponty, 1999, p. 105).

3.2 Participantes

Foram selecionados três profissionais com formação em psicologia, que atuam na área de cuidados paliativos há pelo menos dois anos e acompanham pacientes e familiares na sua rotina de trabalho. Foram excluídos os interessados que não possuem a formação em psicologia, não estavam acompanhando pacientes e familiares no momento da seleção dos participantes, na sua rotina de trabalho não atuam com cuidados paliativos e tenham feito atendimentos esporádicos em cuidados paliativos ou estejam na área em período inferior a

dois anos. De acordo com Bauer e Gaskell (2003), o número expressivo de entrevistados não aumentará a qualidade e expressão do estudo, pois as entrevistas individuais não representam a concepção apenas do indivíduo, e sim das representações sociais; revelam, ainda, que, com a sequência das entrevistas, assuntos similares começam a aparecer.

3.3 Procedimentos

Para realizar a pesquisa proposta, o presente projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás (UFG), tendo sido aprovado em 27 de abril de 2022, com número do Parecer 5.371.799 e CAAE 57481522.4.0000.5083 (Apêndice A). Após o assentimento, os participantes foram selecionados por meio de carta-convite, em grupos *on-line* por meio da rede social e WhatsApp que congregam profissionais voltados para os cuidados paliativos.

Foi feita a seleção dos participantes da presente pesquisa em grupos de WhatsApp, meio digital selecionado. O convite para participar da pesquisa, postado na rede social selecionada, foi respondido pelos profissionais que estavam dentro dos critérios pré-estabelecidos, por mensagem privada, indicando o interesse da participação para a pesquisadora responsável. Após essa etapa, foi agendado o dia e o horário da entrevista, no local mais apropriado para o entrevistado. Antes de iniciar a geração dos dados, foi lido e colhida a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), em duas vias, com todas as explicações necessárias sobre a pesquisa, abrangendo o antes, o durante e o após a pesquisa. Foi entregue a cópia ao participante. Para a realização das entrevistas foram observadas as condições de privacidade, de modo a para garantir o sigilo e as condições ambientais adequadas para garantir boa ventilação e iluminação para a realização da entrevista.

Para iniciar as entrevistas, a pesquisadora responsável realizou a leitura do TCLE, reiterou os objetivos da pesquisa, explicou sobre a gravação da entrevista e o aspecto sigiloso das informações coletadas, respeitando as Resoluções propostas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS): Resolução n. 466, de 2012, e a Resolução n. 510, de 2016. Após reiteradas as informações às entrevistadas e certificado que as dúvidas estavam esclarecidas, iniciou-se a geração de dados, perguntando a cada participante: como você percebe seu trabalho, enquanto psicóloga, nos cuidados paliativos com pacientes e familiares que estão diante do processo da morte e do morrer? A partir da pergunta elaborada, as participantes narraram suas histórias de forma própria, organizando a narrativa à medida que os fatos surgiam nas suas memórias, não

sendo interrompidas durante a história. A pesquisadora comportou-se com acenos de cabeça, demonstrando interesse e compreensão, de forma a incentivá-las para que continuassem a falar. As entrevistas foram gravadas integralmente. Concomitantemente, foram feitas anotações em diário de campo, registrando questões relacionadas ao tema da presente pesquisa para que fossem abordados, posteriormente, de modo a enriquecer a compreensão dos fatos.

3.4 Análise e Interpretação dos Dados

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas de acordo com a proposta de Schütze³ (1977, 1983 como citado em Bauer & Gaskell, 2003), que indica, inicialmente, transcrever a entrevista e, em seguida, separar o texto em material indexado (narrativa produzida dos da situação: quem fez, como fez, com qual objetivo) e não indexado (aspectos subjetivos que dizem respeito aos valores, juízo, vivências). Depois, reduz-se o texto gradativamente e separa-se em três colunas: o texto original na primeira coluna, na segunda coluna, o texto reduzido, e, na última coluna, as palavras-chave.

A análise e a interpretação dos dados estão amparados nos estudos teóricos realizados na temática dos cuidados paliativos para compreensão do objeto da pesquisa: o trabalho do profissional de psicologia que atua em cuidados paliativos. Merleau-Ponty (1999), em sua obra *Fenomenologia da percepção*, enfatiza:

A fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua “facticidade”... É a tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é, e sem nenhuma deferência à sua gênese psicológica e às explicações causais que o cientista, o historiador ou o sociólogo dela possam fornecer... (Merleau-Ponty, 1999, p. 1).

Ao utilizar a entrevista narrativa na geração de dados, o presente estudo objetivou trazer a experiência individual e única da vivência do trabalho do profissional psicólogo na sua atuação em cuidados paliativos frente à morte e ao morrer. A análise dos dados na

³ Schütze, F. (1977). *Die Technik des narrativen interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen*. Unpublished manuscript, University of Bielefeld, Department of Sociology; Schütze, F. (1983). Narrative Repraesentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In E. Laemmert (Ed.). *Erzaehlforschung* (pp. 568-90). Stuttgart: J. B. Metzler.

perspectiva dos autores da literatura dos cuidados paliativos possibilita a análise do fenômeno na visão particularizada de quem está na situação, conduzindo à conclusão deste estudo.

Espera-se que os resultados contribuam para uma atuação eficaz do psicólogo nas equipes de cuidados paliativos, proporcionando a reflexão, o autoconhecimento e o autocuidado. Almeja-se, também, que esses ganhos reflitam na qualidade de vida dos pacientes e familiares, pois acredita-se que, à medida que o profissional reconhece seus limites enquanto pessoa, reconhece com mais acuracidade a necessidade do paciente e de seu familiar. Em relação aos demais membros da equipe multiprofissional, o profissional, ciente das suas limitações e dificuldades, consegue reconhecer as dificuldades nos colegas da equipe e propor auxílio. Com o cuidado circular, em que todos fazem parte da grande equipe, o ganho é generalizado.

3.5 Cuidados Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação e o TCLE produzido de acordo com a Resolução CNS n. 510/2016. Ainda assim, para garantir as questões éticas com os voluntários da pesquisa, a pesquisadora ficou atenta a sinais de fatores de risco à integridade física e psíquica das entrevistadas. Cumprindo as normativas do Código de Ética Profissional de Psicólogo, foi disponibilizado atendimento psicológico de apoio, com o número de sessões necessário para cada entrevistada e demais normativas para a realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento, conforme prevê o art. 16, do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005).

Até a finalização do presente estudo, não houve necessidade de prestar apoio e/ou atendimento às participantes da pesquisa.

3.6 Descrição das Participantes

As participantes selecionadas interagiram com a pergunta disparadora, narrando suas histórias com sincronização histórica a partir das vivências relacionadas ao tema da finitude. Todo o material coletado foi gravado com permissão prévia da entrevistada. Após as entrevistas, as gravações foram transcritas para realizar leitura e identificar, nas informações geradas, as vivências das profissionais de psicologia e categorizar os temas narrados. Essas informações foram capituladas em temas e selecionadas para, posteriormente, nortear a

análise dos objetivos geral e específicos, em busca de uma compreensão da vivência dessas profissionais que trabalham com cuidados paliativos.

Narradora Aurora

Aurora atua com os cuidados paliativos há mais de dozes anos, iniciou o trabalho na Psicologia Hospitalar e logo foi atuando com os Cuidados Paliativos à medida que o paciente não tinha possibilidade de cura. Logo que iniciou a atuação na área realizou curso sobre o assunto, com interesse em aprofundar-se nos Cuidados Paliativos. Refere que sempre teve admiração pelo tema morte e não teve dificuldade para trabalhar na área. Desde a graduação já era designada para falar sobre o assunto, por ficar evidente sua preferência pelo tema.

Sempre ouvia que não havia nada a fazer após comunicar um diagnóstico sem possibilidade de cura ao paciente e ficava indignada, pois percebia que sempre poderia fazer algo a mais para o paciente. Na sua rotina de trabalho, ouvia relatos de pacientes que retornam do coma, dizendo que escutavam as conversas, inclusive que estavam “desenganados”. A narradora expressou ser impactante ouvir esses relatos e um trauma para os pacientes. Essas situações foram motivadoras para seguir o caminho dos Cuidados Paliativos.

Considera a abordagem da equipe multidisciplinar junto à unidade de cuidados essencial para estimular o paciente a “olhar pra frente”, auxiliando no processo de melhora para ter alta, mesmo que por um curto período, para poder ir para casa; ainda, ajuda a desmistificar as fantasias acerca do processo de adoecimento. Destaca outra função importante dos Cuidados Paliativos, a psicoeducação acerca das rotinas hospitalares, promovendo menos ansiedade à unidade de cuidados. Ressalta que Cuidados Paliativos são feitos em equipe multiprofissional e atuar com parte da equipe dificulta o processo do atendimento. Reconhece o diferencial do atendimento psicológico nas equipes de Cuidados Paliativos, por prestar uma escuta especializada e com tempo proporcional a essa escuta, a forma de comunicação do profissional de psicologia é diferenciada dos demais da equipe e a maioria das situações que chegam para a Psicologia são relacionadas às habilidades de comunicação.

Sua motivação pessoal é o *feedback* dos pacientes e dos familiares, que ficam muito gratos pelo atendimento humanizado. Também refere ser muito gratificante ver a alegria deles com os pequenos gestos a eles dispensados, como fazer uma comemoração em datas especiais. Relata que as histórias dos pacientes sensibilizam a equipe, que se move para fazer o que é possível para o paciente ficar bem dentro do ambiente hospitalar.

Explicou que sua história pessoal foi determinante para sua escolha de trabalho nos Cuidados Paliativos. Ficou internada por longo período em ambiente hospitalar e lá percebeu que, se tivesse se entregado à doença, não teria tido sucesso no tratamento. Atesta ter sido o atendimento humanizado muito importante para sua recuperação e conta que o seu emocional ficou muito fragilizado no período de internação. Cita que sempre foi muito sensível às dores do outro, sempre quis prestar auxílio, e desde os 7 (sete) anos de idade já havia escolhido a profissão de Psicólogo. Cita que sua mãe é espírita e isso a influenciou bastante, pois o tema da finitude sempre esteve presente, apesar de não abranger todos os membros da família. Reconhece que falar sobre a morte confere sentido à vida.

Com relação ao sofrimento na sua rotina de trabalho, conseguiu lidar melhor separando o profissional do pessoal, através da psicoterapia; expõe que o autoconhecimento é essencial para que o sofrimento não atinja outras esferas além do profissional. Percebe sofrimento profissional quando a equipe não acata entrar com os cuidados paliativos e preferem a distanásia. Destaca a importância da psicoterapia como um importante auxílio para o autocuidado, pois não é incomum que as histórias dos pacientes impactem o profissional de saúde na sua rotina. Outra forma de autocuidado que refere, é a troca que fazem entre a equipe multiprofissional, todos se apoiam bastante.

Narradora Heloisa

Heloisa atua com os cuidados paliativos há mais de vinte anos, iniciou a atuação por trabalhar em equipe multidisciplinar na área da oncologia. Desenvolveu o trabalho sem uma formação específica, pois ainda era uma área de atuação pouco mencionada na área da saúde. Inicialmente, realizava atendimentos nas enfermarias e ampliava sua escuta aos pacientes que mencionavam estarem morrendo e desejavam falar sobre o assunto. A partir dessa escuta, oferecia técnicas como a escrita para que o paciente pudesse expressar sua vontade, seja por dificuldade na fala, seja ou por desejar deixar escrita sua vontade. O atendimento aos familiares ocorria dentro da rotina hospitalar, dessa forma, os familiares eram também ouvidos acerca do processo de adoecimento e da finitude do seu ente querido.

Sua história de vida é formada por perdas de familiares desde a infância e ela entende que sua opção de trabalhar na área deu-se por esse motivo. Com relação ao sofrimento vivido na atuação profissional, reconhece ser ele inevitável. Na atuação profissional em cuidados paliativos vivenciou situações de luto reconhecidas no processo psicoterapêutico, que a fizeram repensar sobre a atuação no campo de cuidados paliativos e também na sua vida pessoal. A psicoterapia trouxe a percepção do luto de perdas na vida pessoal e do luto na

atuação profissional. Relata seu vínculo com os pacientes e o sofrimento causado em alguns atendimentos, reconhecendo seu entristecimento diante de alguns, principalmente quando eram pacientes mais jovens.

Percebe a importância do autocuidado e da comunicação entre as equipes, apesar de não ter essa oferta no seu local de trabalho. Refere que já houve tentativas de estabelecer um momento para a equipe se comunicar após situações difíceis que ocorrem nas equipes, mas o trabalho não foi continuado.

As vivências com pacientes que estão nos cuidados paliativos são vistas como oportunidades gratificantes, pois refere que perceber o resultado do trabalho lhe traz muita satisfação. Enfatiza as conversas dos pacientes com familiares no final de vida, momentos de muita emoção e ofertas de perdões, possibilitando que o paciente siga em paz e o familiar se sinta melhor com as conversas reconciliadoras.

Narradora Vanessa

Vanessa atua com os cuidados paliativos há mais de dois anos, iniciou o trabalho na intenção de fazer Psicologia Hospitalar, porém, quando ingressou na equipe, foi direcionada para os Cuidados Paliativos, mas não esperava atuar nessa área. Não tinha formação acadêmica para isso e foi desenvolvendo a habilidade durante as rotinas de trabalho. Ao iniciar nesse último trabalho, começou com os atendimentos aos pacientes e familiares que estão nos Cuidados Paliativos, sem experiência para realizar as intervenções. A equipe multiprofissional foi um grande apoio para o aprendizado das condutas dessa área de atuação. Iniciou os atendimentos acompanhando os colegas de trabalho e se sentiu muito amparada pela equipe, que estava sempre pronta a auxiliar e a discutir os atendimentos.

Percebe a importância do trabalho do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos para preservar a autonomia da unidade de cuidados, ampliar a comunicação médico-paciente-família, minimizar os ruídos de comunicação e auxiliar nas reuniões familiares dos pacientes, quando a equipe vislumbra a possibilidade de beneficiar a unidade de cuidados.

A narradora também relata o papel do psicólogo junto à equipe multiprofissional, que é o de avaliar se as solicitações em relação ao paciente ultrapassam a sua autonomia. Conta que existem solicitações relacionadas ao desejo do membro da equipe, seja por se identificar com a estrutura familiar do paciente, com sua relação com filhos ou até mesmo com a sua faixa etária. Reconhece que a comunicação entre a equipe é um espaço para despressurizar e reconhecer suas necessidades de autocuidado.

A narradora lembra-se de que desde a infância vem sendo preparada para trabalhar com situações de morte, pois passou por muitas provações e medos, apesar de não ter tido perdas significativas nesse período. Narra que não conseguia assistir filmes com essa temática e tinha aversão a toda e qualquer situação que estivesse relacionada à finitude. Hoje, ao revivenciar todas essas situações, percebe que foi sendo preparada para ter a morte como uma constante na rotina de trabalho. Enfatiza que a psicoterapia, que faz desde criança, auxiliou na construção de uma melhor relação com a finitude.

Capítulo 4 – Os Cuidados Paliativos nas Narrativas do Profissional de Psicologia

A geração dos dados realizada por meio da entrevista narrativa teve por objetivo abrir um espaço de fala para que a profissional da Psicologia pudesse se expressar livremente a partir da sua história de vida, percorrendo os caminhos da formação acadêmica e a sua rotina nos cuidados paliativos. As participantes receberam nomes fictícios para preservar as suas identidades, foram muito solícitas com o convite e escolheram o lugar apropriado para a realização da entrevista, observando as questões éticas e apropriadas para a escolha do espaço.

As entrevistadas iniciaram a narrativa após a pergunta disparadora, contando sua história a partir de um eixo considerado relevante na sua história pessoal, se organizando em um contexto que fizesse sentido na sua narrativa, mas sem ater-se a uma organização cronológica. Bauer e Gaskell (2003) citam Schütze (1977) e Bruner (1990) para afirmarem que as narrações são feitas em um contexto no qual a pessoa narra sua história com início, meio e fim, a partir das suas motivações, experiências pessoais e simbologias, localizadas em um tempo e lugar. A sequência da narração é proposta pelo narrador, que conta sua história sobre um assunto que é interpelado, organizando-se na intenção de demonstrar a relevância do tema na sua história vital. A entrevista é estruturada de acordo com a importância conferida pelo autor à sua narrativa, aliando a sua experiência com a temática.

Bertaux (2010) delimita os termos autobiografia e narrativa de vida, explicando que a autobiografia evoca a história de vida estruturada em um eixo, iniciando-se nas suas origens, desde antes do nascimento, passando pelas experiências ocorridas nesse lapso de tempo. Na narrativa, o sujeito que conta a história se atém aos fatos importantes da sua vivência, colocando em relevância as situações significativas em dado momento da sua existência, sobre determinado assunto, organizando-se na sequência de acontecimentos dos fatos. Frisa, ademais, a importância de diferenciar a história real da história contada pela pessoa (Bertaux, 2010).

A análise foi realizada a partir da proposta de Schütze (1977, 1983), citado por Bauer e Jovchelovitch (2002). Inicialmente, as entrevistas narrativas foram transcritas a partir das gravações realizadas e, em seguida, avaliou-se as entrevistas narrativas, discriminando os materiais indexados e não indexados. O material indexado faz referência aos fatos concretos e acontecimentos, enquanto o material não indexado refere-se à juízo e valores atribuídos aos fatos, indo além dos acontecimentos. O material indexado permitiu seguir a trajetória de vida de cada narradora, conforme descrito no item “Descrição das participantes”. Na fase seguinte,

foram avaliados os percursos individuais e suas intersecções com os percursos das demais narradoras, a partir das bibliografias pesquisadas na área dos Cuidados Paliativos. As análises serão apresentadas em três eixos temáticos, a partir do material narrado e do embasamento teórico utilizado. Os eixos temáticos serão apresentados em tópicos, buscando agregar a história de vida de cada narradora, observando as reflexões e opiniões que estão em comum e incomum.

4.1 A Prática do Psicólogo na Atuação em Cuidados Paliativos

Nas narrativas das participantes evidenciou-se que o trabalho nos cuidados paliativos teve início a partir da sua experiência na psicologia hospitalar. Não houve formação profissional anterior ao início da atuação profissional nessa área. Isso é evidenciado a partir das seguintes falas:

Narradora Aurora:

(...) vivenciei situação que o paciente foi fazendo várias Cirurgias e não melhorava até que ele pegou uma infecção muito forte, sobreviveu dessa infecção e ficou com muitas sequelas e foi encaminhado para os cuidados paliativos, ele foi um dos casos que acompanhei e me marcou muito, me chamou tanto a atenção que eu fiz um curso de extensão de Cuidados Paliativos (...)

Narradora Heloísa:

(...) quando eu entrei aqui no hospital, uma das minhas primeiras experiências foi trabalhar com pacientes com câncer de intestino. Nessa época, não existia a terminologia “cuidados paliativos”, mas já existia o psicólogo atendendo pacientes na fase da terminalidade.

Narradora Vanessa:

Até então nunca tinha atuado nos cuidados paliativos, (...). não sabia o que que era, e assumi essa tarefa no hospital.

A atuação do psicólogo na área dos cuidados paliativos veio sendo construída dentro da Psicologia Hospitalar e da Saúde, o termo cuidados paliativos é citado na especialidade Psicologia Hospitalar, descrita pelo Conselho Federal de Psicologia, mesmo que a prática não seja restrita a essa área. Até o momento, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) ainda não regulamentou a especialidade, porém, discussões vêm sendo feitas, a convite do Comitê de Psicologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), junto a outras instituições agregadoras de profissionais que se debruçam sobre o assunto.

O lançamento do guia, realizado pelo Comitê de Psicologia da ANCP, foi importante para delimitar os fazeres do psicólogo na referida área e nortear os futuros profissionais nas

competências mínimas para a atuação. Apesar de não ser uma especialidade, o guia ressalta as competências mínimas para o profissional psicólogo ingressar nos cuidados paliativos, uma área híbrida que agrega o entendimento de várias dimensões, no que diz respeito aos cuidados específicos de cada área de especialidade médica, de abordagens sobre a espiritualidade, o entendimento do contexto social no qual paciente e familiar estão inseridos e seus impactos sociais, que incluem a dimensão financeira e o impacto emocional de toda a situação vivenciada pela unidade de cuidados. O manejo dessas situações demanda uma abordagem humanizada, sem julgamentos, para priorizar a autonomia e a beneficência do paciente e promover uma boa comunicação com seus familiares, de modo a que a unidade de cuidados seja contemplada pelas ações designadas para a situação específica.

A formação profissional do psicólogo que atua em cuidados paliativos viabiliza melhores atitudes para o planejamento e a discussão da abordagem voltada à unidade de cuidados. O conhecimento técnico, aliado ao acadêmico, direciona o planejamento do cuidado para a unidade de cuidados, sem interferências das vontades pessoais da equipe multiprofissional. Isso é evidente nas falas das narradoras:

Narradora Aurora:

(...) impossível fazer cuidados paliativos sozinha. Tendo uma equipe que entenda os cuidados paliativos, o paciente e familiares recebem um cuidado integral de qualidade. Fazer Cuidados Paliativos com parte da equipe dificulta o processo do atendimento.

Narradora Heloísa

(...) As reuniões são em pequenos grupos, não deveria ser assim. Deveríamos ser uma equipe multi, cada um comunicando sua percepção sobre a doença. Somos um grupo e não temos uma equipe formada para os cuidados paliativos.

Narradora Vanessa:

(...) O letramento da equipe auxilia no encaminhamento para os cuidados paliativos. O amadurecimento da equipe, no sentido de aceitar os cuidados paliativos, o entendimento de que não vai adiantar insistir na terapêutica. Não é só o conhecimento técnico, mas o conhecimento do limite emocional do paciente, da família, e da equipe médica de não continuar com a futilidade terapêutica.

As narrativas reiteram as perspectivas de Klarare, Hagelin, Fürst & Fossum (2013), que reflexionam sobre a multidisciplinaridade proposta pelos cuidados paliativos. Os autores realizam uma análise das demandas multidimensionais do paciente e a atuação da equipe multiprofissional para o atendimento dessas demandas. Ressaltam que atuar em equipe não é o suficiente para atender à complexidade exigida e finalizam evidenciando a importância da

educação profissional para melhorar a visão integral que propõem os cuidados paliativos, enfatizando que a atuação em equipe multiprofissional, sem o devido preparo dos processos educacionais, pode levar ao equívoco da assistência global exigida pela situação.

Nucci (2018) aborda o tema com toda a complexidade que ele envolve, questionando sobre os processos formativos do profissional que cuida da morte e o despreparo das equipes multiprofissionais diante de situações que os colocam frente à morte:

Estar ali naqueles momentos tão especiais era um aprendizado que a vida me oferecia para que eu pudesse significar e entender, na morte do outro, um pouco mais sobre a minha existência e a minha finitude.

No contexto da saúde, deparamos com o despreparo e a dificuldade das equipes multiprofissionais ao defrontar com a morte e ao comunicar diagnósticos desfavoráveis – enfim, ao lidar com a possibilidade da morte (Nucci, 2018, p. 67).

Nas narrativas está evidente a complexidade do trabalho realizado pelas participantes. Vislumbrando a falta de normatização das condutas, salienta-se que a entrevistada atuante há mais tempo na área não realizou curso na área de cuidados paliativos e desenvolveu as competências nas experiências pelas quais passou no local de trabalho. Já uma das participantes fez curso para aprimorar sua prática e a outra aprofundou os conhecimentos através de reuniões e do respaldo da equipe multiprofissional.

Logo, as entrevistas retratam que as competências mínimas para atuação do psicólogo em cuidados paliativos ainda não estão normatizadas no ensino e nas práticas desse profissional, contribuindo para que o fazer do psicólogo seja construído pelas necessidades da rotina de trabalho e não como uma área consagrada dentro da ciência psicológica. Essa temática é abordada no próximo tópico.

4.2 As Competências e Habilidades do Psicólogo na Atuação em Cuidados Paliativos, no Atendimento aos Pacientes e Familiares

A profissão de psicólogo traz o entendimento de que esse profissional tem a habilitação para trabalhar com situações existenciais, como o tema da morte, por terem uma escuta qualificada e especializada. As demandas chegam para os psicólogos à medida que outros profissionais, não psicólogos, encaminham pela falta de habilidade para lidar com o assunto. Isso é evidenciado principalmente nas seguintes narrativas:

Narradora Aurora:

(...) a escuta do psicólogo é diferente, quando a equipe não consegue resolver alguma questão com o paciente, aciona a psicologia. Nossa escuta é diferenciada... É muito importante a comunicação médico-paciente, a dificuldade na comunicação faz com que eles se reportem muito para nós, psicólogos... tudo é comunicação nos cuidados paliativos, o paciente vai entendendo o seu processo e a família também, e é importante que a família entenda, porque ela é a base daquele paciente. Quando a equipe tem essa dificuldade, a psicologia é acionada.

Narradora Heloisa:

(...) o espaço de escuta é muito potente no nosso trabalho com o paciente e a família, traz resolução de conflitos... é uma escuta muito afinada. Vejo que o nosso trabalho começa na tradução do que o médico está falando para o paciente e sua família.

Narradora Vanessa:

(...) se o paciente não entendeu o que o médico ou outra pessoa da equipe falou, a psicologia entra no atendimento. Fazemos o alinhamento da comunicação... É uma psicoeducação das rotinas hospitalares para causar menos ansiedade nos pacientes.

A habilidade do psicólogo para realizar a escuta especializada advém do conhecimento, das habilidades e atitudes desenvolvidas na formação profissional. Popularmente, a uma pessoa que enfrenta situações difíceis de serem solucionadas é recomendado consultar com um psicólogo, porém, abordar assuntos sobre morte e luto, queixas que aparecem nos consultórios, muitas vezes de formas diferentes, como as perdas financeiras, perdas de animais de estimação, mudança de cidade, dentre outras, podem passar despercebidas e a situação não ser avaliada por falta de conhecimento advinda dos processos formativos. Nesse panorama, percebe-se que também nas situações de mortes reconhecidas socialmente o psicólogo, por não ter o conhecimento propiciado por sua formação profissional, pode não estar preparado para lidar com a situação.

As participantes entrevistadas relataram sobre suas atuações e dificuldades para abordar o assunto da morte com a unidade de cuidados e a equipe multiprofissional:

Narradora Aurora:

É uma escuta além da nossa como psicólogas, ultrapassa o que aprendemos na faculdade. A escuta é o nosso remédio para a unidade de cuidados. O tempo disponibilizado nos atendimentos é muito precioso. A psicologia tem uma escuta humanizada, é preciso disponibilizar tempo para que ela seja de qualidade. Geralmente, nas outras áreas da saúde, o tempo com o paciente é bem menor e muito técnico. É um atendimento que envolve cuidado e que promove qualidade de vida enquanto houver vida. No nosso trabalho organizamos passeios no

jardim do hospital, aniversários, casamentos, pois muitos pacientes vivem dentro do hospital devido à falta de perspectiva de alta.

Narradora Heloísa:

Minha atuação é direcionada pela escuta muito afinada durante os atendimentos aos pacientes. Isso nos aproxima, pois eles têm uma confiança para expressar o que desejam, principalmente nos momentos finais da vida.

Narradora Vanessa:

(...) Eu faço a mediação entre a unidade de cuidados e a equipe. Quando chega uma solicitação, de visita, por exemplo, verifico se é do paciente ou do familiar; já ocorreu de ser da equipe por avaliar que era melhor ter a visita porque a paciente está em fim de vida. Nessas situações, realizo o atendimento do paciente para entender a origem da demanda. Se veio do paciente, vamos viabilizar para que essa visita aconteça. (...) Muitas vezes a origem da demanda vem da equipe. E a própria equipe acaba verbalizando “Ah, se fosse eu, optava pela visita”. Nessas situações realizo intervenção para que a equipe perceba que a escolha feita é da equipe, e não do paciente, e que não podemos impor nosso desejo ao do paciente. (...) Há uma dificuldade na comunicação, entre nós da equipe e com a unidade de cuidados. Para melhorar essa comunicação é preciso que todos entendam o que são os cuidados paliativos, a maioria da equipe não é paliativista.

O guia “Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo(a) paliativista”, divulgado pelo Comitê da ANCP, visa normatizar a atuação dos psicólogos que estão trabalhando no Brasil. As questões lançadas no guia abordam o conhecimento que o psicólogo necessita para atuar na área e as habilidades para aplicar esse conhecimento. A subjetividade da psicologia confere uma atitude profissional na prática nos cuidados paliativos e o fazer do psicólogo deve estar pautado nos princípios técnicos e éticos da profissão, mesmo que não seja, ainda, uma especialidade reconhecida. Isso porque o psicólogo que está nos cuidados paliativos está atuando a partir dos saberes psicológicos, aliados a outros conhecimentos específicos da área. O conhecimento, as habilidades e as atitudes formam o tripé das competências na atuação de uma prática profissional e envolvem, a saber, a educação, a formação e a pesquisa. Saber fazer psicologia nos cuidados paliativos é um processo de construção constante, do ponto de vista ético e formativo, sendo um campo ainda carente de expansão em termos de pesquisas.

Payne e Junger (2011) discorrem sobre o assunto, afirmando a importância de os profissionais receberem a formação para atuar com os cuidados paliativos, por meio das disciplinas na graduação, que tragam autorreflexão sobre suas próprias concepções acerca da vida e da morte, reconhecendo a morte como uma das etapas da vida.

A especialidade em Cuidados Paliativos ainda não é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia, porém, discussões e reuniões estão sendo feitas para que a prática chegue a ser uma especialidade, como já normatizada nas áreas da medicina, enfermagem e nutrição (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017). O caminho já foi traçado e envolve seguir em direção a essa conquista. Assim, é preciso reivindicar a inserção de disciplinas na formação universitária dos psicólogos, visto ser um tema emergente, com complexidade e diversidade de concepções, sendo um grande desafio educar a população e profissionais acerca do que, de fato, sejam os cuidados paliativos. A ausência desse debate nas universidades coopera para que persistam desconhecimento e preconceitos sobre o assunto.

Outro desafio é desvincular a prática dos cuidados paliativos da atuação hospitalar, pois a prática está na atenção primária, secundária e terciária da saúde. Esse entendimento que vincula ao fazer do psicólogo hospitalar tem suas bases na prática da Psico-Oncologia, por ser uma das áreas precursoras de utilização dos cuidados paliativos. É necessário desvinculá-los como uma área voltada às pessoas que estão no fim de vida, mesmo que a morte e luto sejam um dos pilares da prática na área.

4.3 As Experiências Pessoais com a Morte Repercutindo na Trajetória Profissional do Psicólogo

Atuar em cuidados paliativos é um desafio à própria finitude. Deparar-se com o processo de adoecimento, com a fragilidade humana, com o sofrimento provocado pelo desfecho da vida demanda mais do que a educação acadêmica, pois o profissional traz consigo sua bagagem pessoal, suas concepções e vivências sobre a morte e o morrer.

A grade curricular das universidades não contempla matérias que aproximam os futuros profissionais do assunto. Muitos graduados saem da formação universitária sem o preparo técnico e científico necessários para o exercício profissional nessa área. Muitos psicólogos, ao concluírem seu curso, começam a trabalhar na área dos cuidados paliativos e alguns assumem esses serviços sem conhecer as especificidades da área; outros recorrem a cursos de aprimoramento, extensão e especialização para suprir a lacuna do ensino universitário. Nos cuidados paliativos a concepção pessoal sobre adoecimento, ciclo vital, finitude, cuidados integrais a pessoas, que envolvem a família – em cuidados paliativos, são chamados de unidade de cuidados –, representam um processo educativo anterior à escolha da profissão. Kovács (2010) comenta que o profissional de saúde, ao escolher essa área de

atuação, está utilizando, de forma consciente, ou não, sua forma pessoal de lidar com o luto. Nesse sentido, as participantes relataram essa questão:

Narradora Aurora:

(...) Desde criança o assunto da morte é abordado na minha família, nossa religião nos dá esse respaldo. Já estive internada no hospital com uma doença aguda e vivi o que os pacientes vivem, tive que lutar pela vida. Percebi a grande importância do emocional para a recuperação da doença (...). Não dá pra ficar sem psicologia dentro do hospital, ainda mais pra pacientes de longa permanência e se tiver um diagnóstico reservado. (...). A minha experiência de vida auxilia a perceber o que os pacientes estão passando (...). Eu não queria que desistissem de mim. E a gente escuta muito isso de pacientes que voltam do coma e falam que escutava conversas dos médicos dizendo “não tem mais o que fazer, está desenganado” (...) e aquilo ali os pacientes trazem como um trauma.

Narradora Heloisa:

Eu tive uma história marcada por perdas... aí está porque trabalho no hospital com cuidados paliativos (...). Eu perdi muito cedo familiares muito próximos, convivo com perdas desde a infância, foi marcante a morte na minha vida. Essas questões foram trabalhadas na minha psicoterapia (...) e aqui no trabalho, convivo com vários outros lutos.

Narradora Vanessa:

Eu tive muito medo da morte. Eu era apavorada com qualquer perda de pessoas, eu nunca consegui lidar muito bem com a ideia de que as coisas acabam, que existe um fim. Na minha infância não suportava ausência dos meus pais, eu sofria muito, tinha medo deles morrerem. Eu verbalizava meu medo para eles e a partir de então minha mãe me levou pra psicoterapia, a psicologia está na minha vida desde a infância, eu fiz terapia a minha vida inteira praticamente. Comecei a ir ao psicólogo desde a minha infância, continuei na minha adolescência e agora na minha vida adulta, sempre que percebo as dificuldades eu retorno. Eu acho que de uma forma inconsciente eu estava trabalhando que as coisas chegam ao fim, e que tudo na vida tem um começo, um meio e um fim.

Os homens se esforçam para driblar o assunto da morte, não abordam aleatoriamente a finitude. Ao se colocarem diante da finitude e vislumbrarem as angústias da partida, há um desconforto de um dia não fazer parte desse mundo e deixar de conviver com as pessoas que amam, mesmo que as crenças espiritualistas tragam explicações e aconchego. A realidade é que a maioria evita se deparar com a ideia do nosso fim. Enrico Benito (2021), ao discorrer sobre o currículo interno, ressalta a importância de reconhecer os profissionais enquanto pessoas que têm sentimentos, emoções, empatia e compaixão com o sofrimento do outro, enfatizando que reconhecer essas atitudes torna os atendimentos mais humanizados.

4.4 O Autocuidado do Profissional Psicólogo que Atua nos Cuidados Paliativos

Lidar com o sofrimento do paciente impele o profissional de saúde a utilizar recursos próprios para enfrentar a situação. Sansó et al. (2015) referem que o profissional utiliza suas experiências internas para encarar as situações e fazer as comunicações necessárias para o momento. Descrevem, ainda, que a satisfação em auxiliar pessoas é relevante e o incentivo desses profissionais para continuar com o incessante trabalho é a percepção da satisfação e da gratidão do outro. Essas situações descritas pelos autores são abordadas nas narrativas das participantes. O autocuidado emerge nas entrevistas como ação que os auxilia a prosseguir no trabalho dos cuidados paliativos e a separar sua história de vida da história da unidade de cuidados, bem como perceber a motivação pessoal para prosseguir as atividades na área. As participantes narraram:

Narradora Aurora:

Desde criança queria ser psicóloga, sempre gostei de ajudar as pessoas... comecei a fazer psicoterapia depois que entrei na faculdade de psicologia por perceber a necessidade de não misturar meus conteúdos com os dos pacientes (...). Os cuidados paliativos me presentearam com momentos significativos (...) nada paga o sorriso que a gente consegue proporcionar para o paciente e o reconhecimento da família pelo trabalho realizado, não tem preço.

Narradora Heloisa:

Sempre procurei fazer psicoterapia para lidar com as minhas perdas. A psicoterapia me auxiliou a lidar e a me cuidar principalmente por trabalhar com a morte no dia a dia. Procuro olhar para os aspectos da vida, no lugar de ficar apenas convivendo com a morte, esse foi um grande ganho de estar na psicoterapia (...). Isso faz falta na nossa equipe multiprofissional, deveria ter um momento para falarmos sobre as dificuldades internas. Poderia ter um profissional externo para trabalhar a nossa equipe.

Narradora Vanessa:

(...) Faço psicoterapia, comecei a ver que eu estava misturando a vida do paciente com a minha, agora quando saio do hospital é vida que segue. Fiz sessões de psicoterapia e percebi que era mais saudável conversar sobre as coisas do hospital com quem vivencia a vida do hospital, então consegui levar aquilo com mais naturalidade. Saio do hospital e deixo as questões de trabalho lá (...). (...) A psicoterapia é tão importante que ela muda algumas coisas que a gente nem sabe que mudou, só vou me dar conta quando estou no atendimento e percebo que reagi diferente do que reagiria em outras situações. (...) Olha o trabalho que a gente faz aqui, faz diferença na vida das pessoas.

O psicólogo, ao trabalhar com os cuidados paliativos, utiliza sua formação pessoal para lidar com o assunto. Estar em contato com essas situações pode desencadear estresse,

burnout, fazendo com que o profissional evite o assunto e até desenvolva doenças físicas e psicoemocionais. Alguns profissionais, alertados para essas alterações que esbarram na sua qualidade de vida, buscam ajuda, outros, porém, se fecham e continuam no trabalho com uma couraça para protegê-los da dor existencial de ser uma pessoa finita, como forma de proteção. Kovács (2010) elenca algumas formas de autocuidado para o profissional de saúde, que podem ser utilizadas:

Outras formas de cuidados podem ser pensadas:

- atividades de lazer para estreitar contatos e estabelecer relações de amizade;
- psicoterapia e cuidados psicológicos para cuidar da dor e sofrimento dos profissionais;
- cursos, workshops e vivências para transmitir conhecimento, lidar com sentimentos e formas de manejo favorecendo a aprendizagem significativa;
- supervisão individual e grupal para casos difíceis, refletindo sobre alternativas de cuidados, esclarecendo pontos obscuros, favorecendo o trabalho de equipe.

Uma modalidade de supervisão são os Grupos Balint, que envolvem reuniões de equipe com profissionais de saúde mental, trabalhando-se a relação paciente e profissional e não a discussão de aspectos clínicos (Kovács, 2010).

Esse contexto foi destacado nas narrativas das participantes, evidenciando a necessidade de trocas entre a equipe e outras ações de autocuidado:

Narradora Aurora:

As nossas trocas na equipe são muito boas, quando uma situação mexe com nosso emocional é porque não somos máquina. Nos auxiliamos nessas situações, conversando e apoiando quando percebemos que alguém da equipe está precisando desabafar. O meio hospitalar, principalmente em urgências, é muito mecânico, robotizado.

Narradora Heloisa:

Às vezes têm reuniões com pequenos grupos, converso com estagiários, residentes, com os colegas da equipe multiprofissional... A nutricionista também é paliativista, conversamos muito sobre os nossos atendimentos, fazemos boas trocas. Não temos reunião de equipe de cuidados paliativos formalizada no nosso serviço.

Narradora Vanessa:

Nos momentos de folga ou de alimentação, nossa equipe faz um “respiro” dentro do hospital, é um momento para falar de coisas aleatórias, assuntos que fogem completamente da nossa realidade hospitalar para esvaziar a nossa mente e na volta ao trabalho, conseguimos fazer o trabalho de uma forma melhor, porque afinal de contas ficamos, muito tempo no hospital, de Nove a doze horas (...). E a gente acabou encontrando um ao outro, quando precisa de um suporte ou de orientação, trocamos ideias sobre casos difíceis. Então dentro da nossa equipe somos uma família. Você convive mais com as pessoas que você trabalha do que

com a sua família mesmo. A gente foi criando essas estratégias (...). (...) E então vamos pra aquele mundo bem distante, tipo falar sobre um filme que assistimos no fim de semana. Fazemos um distanciamento. E foi o que mais deu certo. (...) conseguir estar dentro do nosso funcionamento mental saudável para traçar nossas estratégias de alívio, como falar de assuntos que não sejam do hospital. Hoje, quando estou ali, eu estou de frente pro meu paciente olhando pra ele no olho, acolhendo o sofrimento dele, mesmo cansada de estar em pé atendendo na beira do leito. Quando eu termino o atendimento, a história do paciente fica com ele.

As participantes destacam a importância do cuidado e do autocuidado para manter a saúde integral dos membros da equipe multiprofissional. Todas as participantes destacam a importância da psicoterapia, a prática mais acessada; em seguida, citam as comunicações entre a equipe multiprofissional e, após, a comunicação com colegas que têm mais afinidade com o tema.

O cuidado circular entre a equipe, em que todos cuidam e são cuidados, é um reconhecimento de que o profissional de saúde é humano e suscetível a sofrimentos existenciais. Essas ações auxiliam nos contatos profissionais, seja com a equipe, seja com a unidade de cuidados e na melhoria da qualidade de vida do profissional, que tem o seu sofrimento reconhecido e percebido, podendo ser cuidado a partir das comunicações entre os colegas e da busca de autocuidado como a psicoterapia.

Considerações Finais

Falar sobre a morte não é um assunto fácil de iniciar e manter com as pessoas, mesmo que seja reconhecido ser ela inevitável para os seres vivos. Com essa inquietação diante de um tema pouco falado socialmente, ao mesmo tempo em que é uma constante nas rotinas de trabalho das equipes de saúde que atuam com os cuidados paliativos, surgiu a motivação para realizar essa pesquisa.

Neste estudo, objetivou-se observar a prática profissional do psicólogo nos cuidados paliativos, com o recorte na atuação desse profissional junto à unidade de cuidados com o tema da morte e do morrer. Para conhecer essa realidade, foi traçado o objetivo geral: investigar o trabalho do psicólogo que lida com a morte e o morrer nas equipes de cuidados paliativos; e os seguintes objetivos específicos: conhecer as vivências do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos no atendimento a pacientes e familiares, investigar as suas competências e habilidades do psicólogo para atuar nas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos e conhecer como o psicólogo lida com o processo de adoecimento e o processo de morte na sua história de vida. Durante a sistematização dos capítulos, foi reiterado que os cuidados paliativos não são específicos para pacientes na terminalidade, eles podem ser iniciados desde a comunicação do diagnóstico.

Este trabalho se desenvolveu a partir de uma pesquisa qualitativa e exploratória sobre o tema “O trabalho do profissional de psicologia na atuação em cuidados paliativos: uma análise da morte e do morrer”. No Capítulo 1, foi abordada a visão da morte no contexto cultural e suas subjetividades, com o objetivo de refletir sobre as vivências da morte na sociedade e como ela veio se modificando até chegar ao mundo contemporâneo. Inicialmente, a morte era vista como um evento natural que fazia parte da história social das comunidades, mas, com o avanço tecnológico, afastou-se da vida cotidiana das pessoas e se pode dizer que houve a morte da morte, pois ela deixou de ser natural, tornando-se um fato interdito. As pessoas passaram a morrer sozinhas e isoladas, a morte ficou escondida nos ambientes hospitalares e passou a ser temida; morrer começou a ser um ato solitário e sem a presença das pessoas queridas.

No Capítulo 2, foram feitas reflexões sobre o trabalho do psicólogo nas equipes de cuidados paliativos, multiprofissionais, com enfoque transdisciplinar, analisando os processos formativos de educação formal, bem como a formação pessoal do psicólogo. Também, foi abordada a história dos cuidados paliativos no Brasil e no mundo, como vem sendo

desenvolvido e sistematizado, e como os psicólogos estão sendo inseridos nas equipes de cuidados paliativos, apesar de não haver, nas DCNs, competências para essa área de atuação. Abordou-se, ainda, as normativas do órgão regulamentador da profissão do psicólogo, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), que menciona a prática dos cuidados paliativos em alguns documentos, porém, de forma abrangente e relacionada à psicologia hospitalar. Por fim, nesse capítulo, destaca-se o Comitê de Psicologia da ANCP, que reúne as integrantes para discutir a atuação dos psicólogos na área, traçar habilidades e competências mínimas para sua atuação, dentre outras atividades correlatas.

No Capítulo 3, foi relatado o percurso metodológico desta pesquisa e feita a apresentação das participantes. Em seguida, no Capítulo 4, foram realizadas as análises de conteúdo dos relatos gerados pelas entrevistas narrativas, categorizadas em quatro eixos temáticos para responder aos objetivos aqui traçados. Os eixos temáticos avaliados foram: a prática do psicólogo na atuação em cuidados paliativos; as competências e habilidades do psicólogo na atuação em cuidados paliativos, no atendimento aos pacientes e familiares; as experiências pessoais com a morte repercutindo na trajetória profissional do psicólogo; e o autocuidado do profissional psicólogo que atua nos cuidados paliativos.

A vivência do profissional de psicologia para abordar o tema da morte junto aos seus pacientes e familiares, no âmbito dos cuidados paliativos, respalda-se nas experiências profissionais do Curso de Psicologia, apesar de não terem cursado disciplina específica na graduação. À medida que o paciente evoluiu para as terapêuticas de controle de sintomas, e não da cura física, as participantes da pesquisa relataram ter desenvolvido uma escuta especializada e humanizada para abordar o tema da finitude. Percebeu-se que a competência profissional das participantes para dar suporte psicológico à situação do fim de vida, ou da sua possibilidade, advém das suas experiências pessoais, das trocas com colegas da equipe e da graduação em Psicologia. Nas temáticas morte e luto, para o psicólogo oferecer o suporte específico, recorreu aos cursos de extensão, aprimoramento e especializações, após a inserção profissional na área.

Neste trabalho, evidenciou-se que a formação pessoal do psicólogo é um preditivo para atuar com morte e luto. Nos atendimentos que incluem o tema da morte, o profissional precisa visitar e revisitar as suas próprias concepções sobre o assunto, para que não perpetue o silenciamento e o tabu sobre o tema. O psicólogo, durante os atendimentos, interage com a história de vida de seu paciente, que pode ter ressonâncias com a sua própria história; assim, o autoconhecimento das suas fortalezas e fragilidades é importante para que perceba as intervenções que devem ser tomadas em prol do paciente, e não das suas concepções pessoais.

Ressalta-se a importância da formação profissional sobre o tema da morte como uma das possibilidades de o futuro profissional entrar em contato com o assunto de forma humanizada e em um âmbito que irá, também, promover a educação sobre o assunto. Vivenciar a própria dor pode auxiliar na percepção da dor do outro e facilitar a promoção de cuidados integrais voltados para o alívio do sofrimento, do acolhimento compassivo, empático e ético.

Salienta-se, também, a importância da atuação multiprofissional com o enfoque transdisciplinar para o trabalho em cuidados paliativos, modalidade de atuação que demanda a compreensão e o estudo das multiprofissões que atuam no cuidado. Conhecer as especificidades das profissões que compõem a equipe é significativo para o respaldo da atuação do psicólogo de forma ética e capacitada e, garante a qualidade do atendimento aos pacientes e familiares além de otimizar a comunicação com a equipe. O enfoque transdisciplinar valoriza as interações dos profissionais que integram a equipe, com enfoque na integração dos saberes sem perder as especificidades de cada área, com a finalidade de integrar as áreas de conhecimento para a promoção do cuidado integral aos pacientes e familiares.

Nas entrevistas narrativas, evidenciou-se que a comunicação entre os membros da própria equipe e da equipe com os pacientes e familiares, foi relatado como um fator essencial para a promoção do cuidado integral, humanizado e gerador de qualidade de vida de cada pessoa envolvida no processo de adoecimento. Através do diálogo, é conhecida a realidade interna do indivíduo e suas demandas individuais que contemplem as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Na atuação em cuidados paliativos, conhecer os valores e concepções do indivíduo auxiliará a qualificar a assistência, o alívio da dor total e demais sintomas em todas as dimensões humanas. Por outro lado, a falta de habilidades interativas, inclusive de comunicação, poderá desencadear o isolamento, dificuldade nas relações e nas percepções para a promoção do bem-estar ao paciente e família.

O autocuidado é essencial para prosseguir na tarefa de cuidador, nos relatos foi demarcado como um fator importante, trazendo conforto emocional e o entendimento das situações difíceis que esbarram na história de vida de quem cuida e de quem é cuidado. O cuidador, profissional ou não, precisa de ser cuidado como o paciente, pois os vínculos formados com o paciente e pessoas envolvidas no processo de adoecimento são fatores que precisam de atenção, de modo a não gerar adoecimento em todas as dimensões humanas. Com esta pesquisa, pode-se perceber que as entrevistadas recorreram à psicoterapia, sendo a forma de autocuidado mais utilizada. As entrevistadas apontam a importância da psicoterapia para balizar seus limites e condutas, além dos ganhos pessoais relacionados à qualidade de vida e

bem-estar. Também elegeram a prática de exercícios físicos, atividades sociais e a espiritualidade como ações de autocuidado que realizam para manter o equilíbrio biopsicossocial.

O presente trabalho traz reflexões para que as instituições de ensino superior reavaliem seus currículos, de maneira que a formação do psicólogo abarque os temas que englobem as multidimensões humanas, como a morte e o luto, esses assuntos fazem parte do desenvolvimento humano e das angústias existenciais. As tendências de humanização na saúde são crescentes, como também é crescente a inserção do psicólogo nesses contextos. Os psicólogos nos seus atendimentos podem estar diante de perdas e lutos que não são reconhecidos socialmente e muitas vezes passam despercebidos nos atendimentos, perpetuando um ponto cego na formação do psicólogo, por não reconhecimento da morte no ciclo vital, evidenciando a negação da morte. Nesta pesquisa, as entrevistadas atuam em espaços hospitalares, local designado para a morte, que em tempos remotos ocorria na companhia de familiares.

Não pretendemos concluir o assunto nesta pesquisa. Em estudos próximos, propõe-se investigar as peculiaridades da interação do psicólogo com os outros profissionais que por sua vez, designam aos psicólogos a tarefa de realizar as comunicações difíceis. Essas habilidades fazem parte do escopo da equipe de cuidados paliativos. Outra questão a ser aprofundada em futuras pesquisas é como o psicólogo transita entre as várias disciplinas do cuidado e sua relação com os demais profissionais da equipe, para prestar um trabalho técnico e ético.

Por fim, as competências e habilidades para o psicólogo trabalhar com cuidados paliativos têm como base os processos formativos do curso de psicologia, no que diz respeito à escuta qualificada, habilidades de comunicação e demais ênfases e competências do curso. Nessa dissertação ficou perceptível a lacuna na formação do psicólogo, no que diz respeito à temática sobre a morte e o luto, revelando que o psicólogo quando está diante dessas situações, utiliza-se das suas vivências pessoais e da sua história de vida. Ampliar as discussões sobre o tema de forma democrática é ação a ser estimulada nas universidades públicas e privadas, para que, em breve, seja priorizada a inserção desses temas na formação do psicólogo.

Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *ANCP e cuidados paliativos no Brasil*. Recuperado de <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2018). *ANCP lança 1ª edição do observatório anual*. Recuperado de <https://paliativo.org.br/ancp-lanca-1edicao-observatorio-anual>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2022a). *Comitês*. São Paulo. Recuperado de <https://paliativo.org.br/ancp/comites>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2022b). *Regimento Interno dos Comitês 2021*. Recuperado de <https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2021/04/REGIMENTO-INTERNO-DOS-COMITES-2021nova-marca-1.pdf>
- Aceti, D., Teixeira, H. A., Braz, M. S. (2022). *Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo (a) paliativista [livro eletrônico]: Comitê de Psicologia em Cuidados Paliativos (1a ed.)*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Achette, D., Reine, P. D. S. K., & Almeida, I. M. O. D. (2020). O luto da equipe de cuidados paliativos. In G. Casellato (org.), *Luto por perdas não legitimadas na atualidade* (pp. 167-176). São Paulo, SP: Summus.
- Amaral, J. A. (2000). *Avaliação da Qualidade de vida em paciente submetido ao tratamento quimioterápico paliativo: um estudo de caso* (Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Psicologia Hospitalar). Associação de Combate ao Câncer em Goiás, Goiânia.
- Amaral, J. A. (2019). *Educação para a morte como recurso para a humanização do processo da morte e do morrer: revisão da literatura* (Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Cuidados Paliativos). Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.
- Associação de Combate Ao Câncer de Goiás [ACCG] (2010). *O único centro de assistência de alta complexidade em oncologia da região Centro-Oeste*. Recuperado de <http://www.accg.org.br/unidades/gappo/sobre-o-gappo>
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2003). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bauer, M. W., & Jovchelovitch, S. (2002). Entrevista narrativa. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113, P. A. Guareschi, trad.). Rio de Janeiro: Vozes.

- Benito, E. (2021). *O currículo interno: as competências relacionais de um profissional de saúde. O Grito Surdo: o sofrimento do profissional da saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Arquivo de vídeo - 31min 41seg]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=E7IqAuVMIY0>
- Bertaux, D. (2010). *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos* (Z. A. C. Cavalcante, & D. M. G. Lavallée, trans.). São Paulo: Paulus.
- Biernath, A. (2022, 5 abr.). *A médica que quer mudar visão sobre a morte no século 21: 'Medicina não é suficiente'*. Londres, UK: BBC News Brasil. Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/geral-60959537>
- Bock, A. (2010). A Psicologia no Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(Esp.), 246-271. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021786012>
- Bromberg, M. H. P. F. (1998). *A psicoterapia em situações de perdas e luto* (2a ed.) São Paulo, SP: Psy.
- Caponero, R. (2018). Comunicando ao paciente e à família a impossibilidade de cura. In V. A. Bifulco, & R. Caponero. *Cuidados paliativos: um olhar sobre as práticas e as necessidades atuais* (pp. 1-19). São Paulo, SP: Manole.
- Carvalho, M. M. M. J. (2009). A dor do adoecer e do morrer. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 29(2), 322-328. Recuperado de <https://tinyurl.com/5ah7mhda>
- Casellato, G., Mazorra, L., Tinoco, V., Stein, R., Almeida, V. S., Silva, V. D. ..., & Oliveira, J. A. (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. São Paulo, SP: Summus.
- Cebrom – Medicina Oncológica (2023). *Facebook*. Recuperado de <https://www.facebook.com/CebromOficial>
- Chiba, T. (2008). Relação dos cuidados paliativos com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades. In R. A. Oliveira. *Cuidado Paliativo* (pp. 46-54). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recuperado de <https://tinyurl.com/urznab9f>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 209-216. Recuperado de <https://tinyurl.com/4eyxv9nt>
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional*. Brasília: CFP. Recuperado de <https://tinyurl.com/2n64ae4c>
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Quem é a psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho*. Brasília, DF: CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Quem_e_a_Psicologa_brasileira.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS* (1a ed.). Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf

- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho*. V. II – Condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social (1a. ed.). Brasília: CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol2-1.pdf
- Costa, J., Costa, A., Coelho-Lima, F., Seixas, P., Pessanha, V., & Yamamoto, O. (2012). A produção científica sobre a formação de psicólogos no Brasil. *Psicologia em Pesquisa*, 6, 130-138. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-12472012000200006>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3a ed., M. Lopes, trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Death Cafe (2011). *Death Cafe: home*. Recuperado de <https://deathcafe.com/>
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos seguido de “Envelhecer e morrer”*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. Recuperado de <https://tinyurl.com/2famuer>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figueiredo, M. T. A. (2011). A história dos cuidados paliativos no Brasil. *Revista Ciências em Saúde*, 1(2), 2-3. doi: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.509>
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder* (4a ed., R. Machado, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v. 7).
- Franco, M. H. P. (2008). *Psicologia*. In Oliveira RA. Cuidado Paliativo (pp. 74-76). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recuperado de <https://tinyurl.com/urznab9f>.
- Franco, M. H. P. (2021). *A morte no século XXI: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo, SP: Summus.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, SP: Atlas.
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos avançados*, 30, 155-166. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124275>
- Instituto Nacional de Câncer. (2022). Cuidados paliativos: Conheça a abordagem dos Cuidados Paliativos para o câncer do colo do útero. Recuperado de <https://tinyurl.com/mts76j72>
- Kellehear, A. (2016). *Uma história social do morrer*. São Paulo, SP: Unesp.
- Klarare, A., Hagelin, C. L., Fürst, C. J., & Fossum, B. (2013). Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1062-1069. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0622>
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Kovács, M. J. (1994). Morrer com dignidade. In M. M. M. J. Carvalho, (org.). *Introdução à Psiconcologia* (pp. 263-275). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Kovács, M. J. (2008a). Aproximação da morte. In V. A. Carvalho et al. (orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 388-397). São Paulo: Summus.
- Kovács, M. J. (2008b). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104. Recuperado de <https://tinyurl.com/5ef6rxnu>
- Kovács, M. J. (2021). *Educação para a morte: quebrando paradigmas*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (10a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Recuperado de <https://tinyurl.com/5895kzff>
- Lhullier, L. A., & Roslindo, J. J. (2013). As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. In L. A. Lhullier (org.), *Quem é a psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho* (pp. 19-51). Brasília, DF: CFP. Recuperado de <https://tinyurl.com/y36r26b4>
- Magalhães, J. R. F., Soares, C. F. S., Peixoto T. M., Estrela, F. M., Oliveira, A. C. B., Silva A. F., & Gomes, N. P. (2020). Implicações sociais e de saúde que acometem pessoas enlutadas pela morte de familiares por Covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-7. doi: <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.37007>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Menezes, R. (2014). A medicalização da esperança: reflexões em torno de vida, saúde/doença e morte. *Amazonica*, 5(2), 478-498. doi: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v5i2.1503>
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2a ed., C. A. R. Moura, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes (Tópicos).
- Nucci, N. A. G. (2018). Educar para morte: cuidar da vida. In K. O. Fukumitsu, *Vida, morte e luto: atualidades brasileiras* (pp. 52-74). São Paulo: Summus Editorial.
- Nucci, N. A. G. (2019). *Quem cuida de mim?* In M. A. F. Aguiar, P. A. Gomes, R. A. Ulrich, & S. B. Mantuani. *Psico-Oncologia: caminhos de cuidado* (pp. 199-207). São Paulo, SP: Summus.

- Ofício-Circular GTec/CG-CFP n. 65, de 18 de maio de 2020. Recomendações sobre comunicação de óbito por psicólogas. Brasília, DF: CFP. Recuperado de <https://tinyurl.com/2rvcmbve>
- Payne, S., & Junger, S. (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 18, 238-252.
- Resolução CFP n. 10/2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf
- Resolução n. 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Recuperado de https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN52011.pdf
- Resolução n. 23, de 13 de outubro de 2022. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007; nº 3, de 5 de fevereiro de 2016; nº 18, de 5 de setembro de 2019. Recuperado de <https://tinyurl.com/2s3ke2x7>
- Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de <https://tinyurl.com/3nj83t94>
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Sallnow, L. (2022, 5 abr.). *A médica que quer mudar visão sobre a morte no século 21: 'Medicina não é suficiente'*. [Entrevista concedida a A. Biernath] Londres, Inglaterra: BBC News Brasil. Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/geral-60959537>
- Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., ... & Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*, 399(10327), 837-884. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>.
- Santos, A. F. J., Ferreira, E. A. L. F., & Guirro, U. B. P. (2020). *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019*. São Paulo, SP: ANCP. Recuperado de https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf

- Santos, F. S. (2009). Perspectivas histórico-culturais da morte. In F. S. Santos, D. Incontri, (orgs). *A arte de morrer: visões plurais* (2a ed., pp. 13-25). São Paulo, SP: Comenius. Recuperado de <https://tinyurl.com/3jx73v8t>
- Saunders, C. (2018). *Velai comigo: Inspiração para uma vida em cuidados paliativos* (F. S. Santos, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: FSS.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Torres, M. (2021). A experiência de Manaus. *Diálogos*, 17(12), 20-35. Recuperado de <https://tinyurl.com/4s3rvt3v>
- Vattimo, E. F. Q., Belfiore, E. B. R., Zen Junior, J. H., Santana, V. S. (2023). *Cuidados paliativos: da clínica à bioética: volume 1*. São Paulo: Cremesp.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental* (4a ed., A. Zilberman, L. Bertuzzi, S. Susie Smidt, trad.). São Paulo, SP: Roca.
- World Health Organization [WHO] (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2a ed.). Geneva: WHO.
- Yalom, I. D. (2008). *De frente para o sol: como superar o terror da morte* (D. L. Schiller, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Agir.

Apêndice A - Parecer Consubstanciado do CEP



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Sofrimento do Profissional de Psicologia na Atuação em Cuidados Paliativos: Uma Análise Diante da Morte e do Morrer

Pesquisador: JACQUELINE ANDRADE AMARAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57481522.4.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.371.799

Apresentação do Projeto:

Este protocolo de pesquisa intitulado "O Sofrimento do Profissional de Psicologia na Atuação em Cuidados Paliativos: Uma Análise Diante da Morte e do Morrer" tem como pesquisadora responsável JACQUELINE ANDRADE AMARAL, faz parte do Programa de Pós-graduação em Psicologia, em nível de Mestrado, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação da Prf. dra Susie Amâncio Gonçalves Roure.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o sofrimento de profissionais de saúde da área de psicologia que atendem pacientes e familiares em cuidados paliativos frente às vivências da morte e do morrer.

Objetivo Secundário:

a) compreender o significado da morte no contexto sociocultural do profissional de psicologia no âmbito dos cuidados paliativos.

b) conhecer a vivência do profissional de psicologia para abordar o tema da morte e comunicar a morte e sua eminência aos pacientes e familiares no âmbito dos cuidados paliativos.

c) investigar o sofrimento do profissional do psicólogo na atuação em cuidados paliativos, no

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110

Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

E-mail: cep.pri@ufg.br



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 5.371.799

atendimento de pacientes e familiares.

d) conhecer como o profissional de saúde de psicologia lida com a morte na sua história de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora "ao revisitar suas histórias, o profissional psicólogo entrevistado, através da entrevista narrativa, pode trazer angústia e ansiedade. Pode acontecer desconfortos emocionais ou constrangimentos". Nas informações básicas nada foi mencionado sobre o que será feito para minimizar estes possíveis desconfortos emocionais e constrangimentos. Contudo no TCLE a pesquisadora deixa claro que a participação será voluntária, garante o anonimato e confidencialidade e afirma que a(o) participante poderá não responder a qualquer pergunta que lhe trouxer angústia. Com relação aos benefícios da pesquisa, a autora lembra que "com o aprofundamento teórico da problemática estudada, almeja-se desvelar o sofrimento que esse profissional vivencia na sua prática em cuidados paliativos, no atendimento a pacientes e familiares que estão no processo de morte e do morrer, para reconhecer o sofrimento desse profissional na sua rotina, contribuir com seu autoconhecimento e ainda, conhecer como ele lida com esse sofrimento na sua história de vida."

Acrescenta ainda que o estudo visa "proporcionar espaço para repensar os cuidados da saúde, física, psicossocial e espiritual, do profissional em questão. Destaca-se ainda, os benefícios acadêmicos e sociais decorrentes da sua participação nessa pesquisa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa é bastante relevante para a área, pois tem como objetivo explorar as vivências do profissional de psicologia na atuação em cuidados paliativos, no que concerne ao seu sofrimento no atendimento a pacientes e familiares, diante do processo de morte. É uma pesquisa de caráter qualitativo, interpretativo-construtivo que busca cuidar do cuidador e apontar diretrizes para este cuidado. Daí a sua significativa relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo está composto por:

Informações básicas da pesquisa;

Termo de compromisso assinado pela pesquisadora e sua orientadora;

Folha de rosto assinada pela pesquisadora e pela Diretora da Faculdade de Educação;

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 5.371.799

Projeto de pesquisa detalhado com cronograma detalhado;
Instrumento de coleta de dados da entrevista narrativa com perguntas disparadoras para narração de histórias de vida;
Modelo de TCLE devidamente elaborado à luz das resoluções vigentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências:

1) Definir nos documentos Informações Básicas e TCLE as formas de minimizar os desconfortos emocionais e constrangimentos aos participantes da pesquisa, assim como a forma de acompanhamento ou apoio psicológico.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo COM PENDÊNCIA. O mesmo deverá ser readequado em acordo com os princípios éticos vigentes e com as solicitações do CEP. O(a) pesquisador(a) responsável tem trinta (30) dias para atender as pendências conforme a Resolução CNS n. 466/12 e CNS n. 510/16. Solicitamos o envio de um documento de apresentação do atendimento de pendências (Carta de Encaminhamento em WORD ou PDF), a fim de que possamos identificar os itens que foram modificados e/ou inseridos no sistema a partir das considerações e direcionamentos presentes na redação da Carta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1905313.pdf	02/04/2022 17:04:59		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	02/04/2022 17:00:32	JACQUELINE ANDRADE AMARAL	Aceito
Outros	Termo_Compromisso.pdf	14/03/2022 14:36:41	JACQUELINE ANDRADE AMARAL	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	14/03/2022 14:35:49	JACQUELINE ANDRADE AMARAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2022 14:34:44	JACQUELINE ANDRADE AMARAL	Aceito

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



Continuação do Parecer: 5.371.799

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Jacqueline_A_Amaral .pdf	26/02/2022 01:14:56	JACQUELINE ANDRADE AMARAL	Aceito
---	--	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 27 de Abril de 2022

Assinado por:
Rosana de Moraes Borges Marques
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de Goiás
 Faculdade de Educação
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A Sra. (Sr.) está sendo convidada (o) a participar, como voluntária (o), da pesquisa intitulada **“O Sofrimento do Profissional de Psicologia na Atuação em Cuidados Paliativos: Uma Análise Diante da Morte e do Morrer”**. Meu nome é Jacqueline Andrade Amaral, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à mim, a pesquisadora responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizada (o) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas por mim, a pesquisadora responsável, via e-mail (jacquelineamaral@discente.ufg.br) e, inclusive, sob forma de ligação, através do seguinte contato telefônico: (62)99972-1826, inclusive com a possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215, que é a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

1

Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGP
 Rua 235, Setor Universitário - Faculdade de Educação - Sala 201.
 CEP 74605-050 - Goiânia - Goiás - Brasil.
 Telefone: (62) 3209-6215



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar o sofrimento de profissionais de saúde da área de psicologia que atendem pacientes e familiares em cuidados paliativos frente às vivências da morte e do morrer. A Sra. (Sr.) será entrevistada (o), e o instrumento de coleta de dados será através de entrevista narrativa, onde consiste no contar e escutar a sua história de forma espontânea sem o uso de questionários envolvendo perguntas e respostas pré-estabelecidas, mas através de um tópico central que dará início à entrevista, porém poderão ser utilizados questionamentos inerentes ao objetivo proposto por esta pesquisa. E, para isso deverá ser reservado para sua participação um período de pelo menos uma hora para que possamos dialogar sobre a temática proposta. As narrativas serão gravadas e, posteriormente, serão transcritas na íntegra. Da mesma forma, serão feitos registros das falas no diário de campo, com caneta e papel durante a escuta. A Sra. (Sr.) tem direito ao ressarcimento das despesas decorrentes da cooperação com a pesquisa, inclusive transporte e alimentação, se for o caso. Em caso de danos, a Sra. (Sr.) tem o direito de pleitear indenização, conforme previsto em Lei.

Se a Sra. (Sr.) não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. A pesquisa poderá oferecer riscos mínimos, visto que as perguntas poderão suscitar sofrimentos psíquicos tais como desconforto emocional, constrangimento, mal-estar, diante disso você poderá não responder a qualquer pergunta que lhe trazer angústia. O estudo destaca por oferecer um espaço de fala ao psicólogo que atua em cuidados paliativos e se torna relevante por possibilitar um olhar endereçado a constituição da subjetividade, bem como implicações sociais, constitutivos do sofrimento psíquico dos

2

Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGP
Rua 235, Setor Universitário - Faculdade de Educação - Sala 201.
CEP 74605-050 - Goiânia - Goiás - Brasil.
Telefone: (62) 3209-6215



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

profissionais psicólogos que atuam em cuidados paliativos e que lidam com a morte na sua rotina de trabalho. Com o aprofundamento teórico da problemática estudada, almeja-se desvelar o sofrimento que esse profissional vivência na sua prática em cuidados paliativos, no atendimento à pacientes e familiares que estão no processo de morte e do morrer, visando reconhecer o sofrimento desse profissional na sua rotina, contribuir com seu autoconhecimento e ainda, conhecer como ele lida com esse sofrimento na sua história de vida. Com o estudo, visa-se proporcionar espaço para repensar os cuidados da saúde, física, psicossocial e espiritual, do profissional em questão. Destaca-se ainda, os benefícios acadêmicos e sociais decorrentes da sua participação nessa pesquisa. Ainda assim, a pesquisadora estará atenta a qualquer demonstração de sofrimento psíquico durante a entrevista. E, se necessário será realizado encaminhamento imediato para atendimento com o profissional habilitado na clínica-escola da Universidade Federal de Goiás ou ainda, pela própria pesquisadora conforme disposto no art. 1º, letras 'c', 'd', 'g', 'h' e 'j' do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP],2005).

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificar-lhe, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. Para condução da coleta é necessário o seu consentimento faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão.

Será necessário a utilização de um gravador (somente para casos em que for necessário)

() Permito a utilização de gravador durante a entrevista.

3

Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGP
Rua 235, Setor Universitário - Faculdade de Educação - Sala 201.
CEP 74605-050 - Goiânia - Goiás - Brasil.
Telefone: (62) 3209-6215



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

() Não permito a utilização de gravador durante a entrevista.

As gravações serão utilizadas na transcrição e análise dos dados, sendo resguardado o seu direito de ler e aprovar as transcrições.

Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua opinião em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

() Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

() Não Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Pode haver necessidade de utilização dos dados coletados em pesquisas futuras, desde que seja feita nova avaliação pelo CEP/UFG. Assim, solicito a sua autorização, validando a sua decisão com uma rubrica entre os parênteses abaixo:

() Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras e, portanto, autorizo a guarda do material em banco de dados e/ou biobancos e biorrepositórios.

() Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras, mas não autorizo a guarda do material em banco de dados e/ou biobancos e biorrepositórios.

Declaro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,..... abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “O Sofrimento do Profissional de

4

Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGP
Rua 235, Setor Universitário - Faculdade de Educação - Sala 201.
CEP 74605-050 - Goiânia - Goiás - Brasil.
Telefone: (62) 3209-6215



Universidade Federal de Goiás
 Faculdade de Educação
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Psicologia na Atuação em Cuidados Paliativos: Uma Análise Diante da Morte e do Morrer”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informada (o) e esclarecida (o) pela pesquisadora responsável Jacqueline Andrade Amaral sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia,.....de de

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso do (a) pesquisador(a) responsável

Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGP
 Rua 235, Setor Universitário - Faculdade de Educação - Sala 201.
 CEP 74605-050 - Goiânia - Goiás - Brasil.
 Telefone: (62) 3209-6215