

PERCEÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ESTÁGIO AVANÇADO DA DOENÇA

Ana Paula Fernandes Luz*

Flávia de Carvalho Barbosa**

RESUMO

Ao longo dos anos os avanços tecnológicos da medicina possibilitaram o enfrentamento de muitas doenças potencialmente letais, repercutindo no prolongamento do processo de morrer. No Brasil, essa realidade tem sido vivenciada, sobretudo, por pacientes oncológicos em estágio avançado da doença e seus familiares, os quais são interpelados por sofrimento emocional e psicológico relacionado a experiência da morte, demandando a atuação de vários profissionais, sobretudo, de psicólogos. Assim, este estudo teve como objetivo analisar a percepção do psicólogo sobre suas atribuições e sua atuação enquanto profissional no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença. Para tal, foram entrevistados 4 psicólogos que atuaram em hospitais de Curvelo, Sete Lagoas e Belo Horizonte, cujos relatos foram analisados com base na análise de conteúdo. Os profissionais relataram a existência de sofrimento por parte do paciente e familiares desde o diagnóstico da doença ou prognóstico frente ao avanço da doença, suscitando medos e preocupações com áreas da vida do sujeito que sofrem rupturas e descontinuidades. Diante disso, os psicólogos descrevem que suas atribuições são caracterizadas pela oferta de espaço para a palavra, focalizando no sujeito e nos familiares ao invés da doença, a fim de promover a ressignificação e reelaboração do adoecimento, do luto, da vida e da morte, contribuindo para a minimização do sofrimento. Para lidar com essa realidade os psicólogos percebem a morte como parte da vida, buscando amparo em supervisão e formação continuada. Tornam-se necessários ainda, estudos sobre a visão da equipe de cuidados paliativos sobre o papel do psicólogo.

Descritores: Cuidados paliativos; Câncer; Psicologia; Terminalidade da vida

ABSTRACT

Over the years, technological advances in medicine have made it possible to cope with many potentially lethal diseases, with repercussions on the prolongation of the dying process. In Brazil, this reality has been experienced mainly by oncological patients in advanced stage of the disease and their relatives, who are affected by emotional and psychological suffering related to the experience of death, demanding the care of several professionals, especially psychologists. Thus, this study aimed to analyze the psychologist's perception about their assignments and actuation as a professional in the health care process of oncological patients with advanced-stage disease. For that, four psychologists were interviewed who worked in hospitals in Curvelo, Sete Lagoas and Belo Horizonte cities – Minas Gerais a state from Brazil, whose reports were analyzed based on content analysis. The professionals reported the existence of suffering from the patient and family since the diagnosis of the disease or the prognosis of the disease progress, raising fears and concerns with areas of the individual's life that suffer ruptures and discontinuities. Therefore, psychologists describe that their assignments is characterized by the provision of space for speech, focusing on the subject and the relatives instead of the disease, in order to promote the re-signification and re-elaboration of illness, mourning, life and death, contributing to minimize suffering. To deal with this reality, psychologists realize death as a part of life, relying on supervision and continuing education. Studies on the palliative care team's view of the psychologist's role are needed.

Descriptors: Palliative care; Cancer; Psychology; Termination of life.

* Graduada em Psicologia, Faculdade Ciências da Vida – FCV. E-mail: paulanandesp12@hotmail.com

** Mestre em Administração Pública, Fundação João Pinheiro, Local E-mail: flacaba@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da história a morte e a finitude passaram a ser considerados tabus na sociedade ocidental (ARIÈS, 1977; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011). Assim, nos casos de pacientes em estágio avançado da doença, os profissionais que prestam cuidados a sua saúde, devem ser capazes de lidar com o processo de morte, quando a medicina e as tecnologias atuais não conseguem reverter o prognóstico do paciente (MELO, 2012). Um desses profissionais é o psicólogo, sobretudo, aquele que atua diretamente com pacientes oncológicos em estágio avançado da doença.

Segundo, Bernardes *et al.* (2014), apesar dos muitos progressos da medicina, o câncer ainda é uma patologia cercada de medo por trazer a angústia da morte eminente, uma vez que ao se ouvir um diagnóstico de câncer a ideia é de que foi dada uma sentença de morte, o que “[...] sempre foi visto como abominável, assustador e inaceitável” (DOMINGUES, *et al.*, 2013, p. 2). Embora inevitável, a morte ainda não é algo fácil de discutir, já que não se fala da morte como algo natural como a vida, ao contrário, ela vem sempre acompanhada do pavor e da não aceitação, o que favorece a mediação do psicólogo que tem papel fundamental na possível amenização do sofrimento humano, o que deve ser considerada como uma das grandes preocupações deste profissional (DOMINGUES, 2013).

Com o prognóstico de morte, comumente o indivíduo experimenta conflitos e dificuldades na aceitação do fim de sua existência (DOMINGUES *et al.*, 2013). Essa condição é atravessada por sentimento de frustração e perda diante dos projetos que foram obstruídos pelo adoecimento ou pelo quadro de estágio avançado da doença, suscitando arrependimentos por coisas que deveriam ou não ter sido feitas no âmbito pessoal, profissional e das relações interpessoais e familiares (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011; MELO *et al.*, 2013; BARRETO; CASTRO, 2015).

Perante essa situação a terapêutica adotada geralmente baseia-se nos cuidados paliativos os quais são compreendidos como maneira de agir que visa a melhora da qualidade de vida de doentes e familiares cuja vida se encontra ameaçada por doenças graves ou que possuem grau avançado de comprometimento (GONÇALVES; ARAÚJO, 2016). Nessa direção, as funções do psicólogo devem contribuir para que o doente se adapte aos limites e as mudanças que a doença proporciona, no auxílio e no manejo da dor e do estresse que são associados à doença e aos procedimentos necessários no tratamento, agindo de forma a

facilitar a tomada de decisões e no preparar o paciente em tratamento para os procedimentos mais invasivos e dolorosos (SCANAVINNO *et al.*, 2013; VIANA *et al.*, 2011).

Diante disso, o presente trabalho adquire relevância, uma vez que a estimativa mundial do câncer apontou apenas em 2012, 14 milhões de novos casos, dos quais 60% acontecem em países em desenvolvimento, onde o número de óbitos representa 70% das 8 milhões de mortes estimadas (BRASIL, 2016). Para 2020, a Organização Mundial de Saúde estima 16 milhões de novos casos por ano (INCA, 2017). A previsão global para 2030 é 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de óbitos (BRASIL, 2014). No Brasil, somente em 2013 foram registrados 189.454 óbitos pela doença (INCA, 2013). Logo, é de grande importância que o psicólogo seja capaz de dar assistência ao paciente em estágio avançado da doença e ajudar tanto o doente como sua família a se preparar melhor para essa situação.

Nesse contexto, faz-se a seguinte pergunta: Quais são as atribuições possíveis do psicólogo no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença? Diante do questionamento, pressupõe-se que o psicólogo é de significativa importância por permanecer atento nos cuidados com a família e com o doente terminal e por tornar momentos de dor e sofrimento mais toleráveis, devido as atitudes de quem se prepara para acolher e humanizar o sofrimento de doentes terminais e seus familiares.

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral analisar a percepção do psicólogo sobre sua atribuição e sua atuação enquanto profissional no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença. Foram objetivos específicos: discutir a percepção social sobre a morte na sociedade ocidental, enfatizando o contexto histórico social e descrever o papel do psicólogo na atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença em instituições hospitalares. Para tal, foi realizada pesquisa de campo, na qual foram entrevistados psicólogos que atuam com pacientes oncológicos em estágio avançado da doença, sendo que os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Como considera Guimarães (2009), foi Cicely Saunders a precursora da filosofia dos cuidados paliativos (CP), providos aos pacientes que estavam para morrer na Inglaterra do

século XX, criando o termo dor total para explicar que o sofrimento causado ao doente em fase terminal era também psicológico, social e espiritual (FIGUEIREDO, 2008). Essa filosofia proporcionou maior interesse em entender o sofrimento e a compreensão também sobre a necessidade de que o fim da vida deveria ser melhor para certos pacientes, os quais tinham direito de morrer com dignidade sem que houvesse possibilidades de erros quanto a adiantar ou prolongar sofrimentos desnecessários (BARRETO; CASTRO, 2015).

O doente terminal é aquele cujo estado de saúde não responde a nenhuma forma de tratamento, e a morte parece inevitável devido à irreversibilidade do quadro (GUTIERREZ, 2001). Assim, o que deve prevalecer está mais ligado aos cuidados paliativos conforme esclarecido pelo Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2010) de Portugal, que nada mais são do que “medidas terapêuticas sem intuito curativo que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do doente” (PORTUGAL, 2006) para uma melhor qualidade de vida até que chegue o momento da morte, quando os cuidados curativos já não significam mais nada.

Os cuidados paliativos também são conceituados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma forma de agir que busca melhorar a qualidade de vida de doentes e familiares que têm a vida ameaçada por doenças graves. O que pode acontecer na prevenção e no alívio do sofrimento e que deve partir de uma identificação precoce, da avaliação adequada e do tratamento correto da dor e dos outros problemas acarretados pela doença. A OMS compreende os cuidados paliativos como uma afirmação da vida e do respeito à morte, sendo reconhecidos os dois momentos como um processo natural, mas que exigem cuidados (GONÇALVES; ARAÚJO, 2016). Assim como em muitos países em desenvolvimento, no Brasil, os cuidados paliativos ainda não se encontram devidamente estruturados (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2013). No contexto brasileiro, iniciativas ocorrem de maneira isolada desde a década de 1970 e ainda que em 2009 o Conselho Federal de Medicina, tenha incluído ações paliativas como princípio central, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) luta pela regularização da Medicina Paliativa como âmbito de atuação médica (ANCP, 2017).

Especialmente em casos mais severos de doenças oncológicas nos quais as possibilidades de cura são longínquas ou inexistentes os CPs são indicados. A palavra câncer é uma terminologia genérica empregada na definição de um vasto grupo de doenças distintas que têm como característica o crescimento rápido e desordenado de células anormais (JORGE; PAULA, 2011). Esse crescimento anormal leva a formação de massa celular denominada neoplasia ou tumor de modo que tumores malignos se estendem aos tecidos

vizinhos e, em geral, são metastizados para as áreas mais distantes do organismo, frequentemente desembocando na terminalidade e óbito do paciente (GARCIA, 2014).

Na atualidade a incidência dessa doença vem crescendo significativamente, sobretudo, em países em desenvolvimento. No Brasil, para os anos de 2014-2015 a estimativa era de 576 mil novos casos de câncer (BRASIL, 2014), já a estimativa para o biênio 2016-2017, indicou a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos de câncer, o que a exceção do câncer de pele não melanoma (com 180 mil casos novos) contabiliza 420 mil ocorrências adicionais. Quanto ao perfil epidemiológico, as neoplasias da próstata (61 mil) em homens e, em mulheres, das mamas (58 mil) são as mais frequentes. Já em relação ao sexo, os tipos mais frequentes em homens são os cânceres de próstata (28,6%), pulmão (8,1%) e intestino (7,8%), enquanto que para as mulheres, os cânceres de mama (28,1%), do intestino (8,6%) e do colo uterino (7,9%) são os mais prevalentes (BRASIL, 2016).

Além do impacto epidemiológico e morbimortalidade, da dor física e desconfortos ligados ao tratamento, sobretudo, quimioterápico, o câncer contempla intercorrências psíquicas, sociais e econômicas para o sujeito e sua família (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011). Especialmente no âmbito psíquico, ao se confrontar com o diagnóstico de uma patologia o sujeito pode manifestar sentimentos que inauguram processo de luto demarcado geralmente pela negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1996). Essa situação pode estar presente de maneira ainda mais intensa em casos de doentes sem expectativa de cura em função da evolução do quadro oncológico, o que demanda atenção ao indivíduo e seus familiares objetivando promover qualidade da vida que ainda resta ao sujeito (JORGE; PAUL, 2011).

Diante disso, o papel do psicólogo sugere apoio psicossocial e psicoterapêutico, auxílio importante no enfrentamento e qualidade de vida do doente e de seus familiares, uma vez que a doença além da dor, produz sentimentos como baixa autoestima, incertezas quanto ao futuro, bem como ideias suicidas, medos, alguns transtornos gerais e específicos de conduta, ansiedade, depressão e dificuldades no relacionamento com a família. Alguns pesquisadores indicam que o paciente com câncer apresenta tendências à depressão em níveis bem maiores do que a população saudável (LINDEN *et al.*, 2009), o que pode agravar ainda mais o tratamento, e que o ideal é uma avaliação precoce e tratamento como tentativa de reverter a situação. Como afirmam Lourenção, Santos Jr. e Luiz (2010), os estressores que se associados ao diagnóstico e tratamento do câncer interferem de forma muito negativa na qualidade de vida dos indivíduos, implicando assim numa ação de ajustamento psicossocial e

de intervenções psicoterapêuticas especializadas de pacientes e suas respectivas famílias (SCANAVINNO *et al.*, 2013).

Por certo, nas últimas décadas os psicólogos têm recebido reconhecimento pelo papel que exercem nas equipes médicas, pela habilidade em identificar medos, dúvidas e expectativas do paciente, assim também na comunicação, pois se tornaram facilitadores eficientes na comunicação entre médico/paciente, e se destacando também como promotores de estratégias de prevenção e de intervenção relativos a cuidados com os pacientes no que se refere às perdas irreversíveis provocadas pela doença (SCANAVINNO *et al.*, 2013).

Neste contexto, as funções do psicólogo devem, sobretudo, como apontam alguns estudos (JÚNIOR; RESENDE, 2017; DOMINGUES *et al.*, 2013; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011; HERMES; LAMARCA, 2013), propiciar adaptações nos limites impostos pela doença, estimular o doente a se comprometer com o tratamento, ajudar com apoio na dor e o estresse que normalmente está associado à doença além disso, o profissional deve encorajar no preparo de procedimentos invasivos e dolorosos, estar junto ao paciente auxiliando-o nas tomadas de decisão, prepara-lo para o enfrentamento das consequências do tratamento, fazer todos os esforços possíveis para que o doente tenha qualidade de vida, o que significa muitas vezes aceitação de uma nova realidade (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011), que também pode ser promovida na aquisição de novas habilidades, na revisão de valores, e na convivência com a família, quando todos devem se preparar para o fim da vida (SCANAVINNO *et al.*, 2013).

3 METODOLOGIA

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção do psicólogo sobre suas atribuições e atuação enquanto profissional no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença. Para tal, foi necessário realizar uma descrição da percepção dos profissionais sobre esse processo. Assim, trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva. De acordo com Gil (2008) as pesquisas descritivas objetivam descrever características de um dado fenômeno ou o estabelecimento de relações entre suas variáveis.

Uma vez que o contexto de pesquisa foi hospitais de referência em oncologia das cidades de Sete Lagoas, Belo Horizonte e Curvelo, trata-se de uma pesquisa de campo. Esse tipo de pesquisa é aplicado com o intuito de obter informações e/ou conhecimentos sobre um

problema para o qual se busca uma resposta, uma hipótese a ser comprovada ou a descoberta de novos fenômenos e possíveis relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2003). Essas autoras dividem a pesquisa de campo nas seguintes etapas: a) pesquisa bibliográfica sobre o assunto a fim de detectar o estado atual do problema tratado, estudos realizados e principais opiniões sobre o assunto; b) determinação das técnicas empregadas na coleta de dados e da amostra; c) estabelecimento das técnicas de registro de dados e de análise posterior.

Como os dados obtidos nesta pesquisa foram tratados buscando-se a interpretação de seu significado e aprofundamento da compreensão, trata-se de um estudo qualitativo. Segundo Triviños (1987) o significado é uma das preocupações centrais da abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa é caracterizado como uma tentativa de compreensão minuciosa dos significados e características situacionais apresentada pelas pessoas entrevistadas, em lugar do desenvolvimento de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2012).

Na primeira etapa de coleta de dados, foi realizada visita técnica em três instituições, as quais são respectivamente, um Instituto do Câncer, Oncocentro que presta serviços nas áreas de oncologia clínica, Oncohematologia e Oncopediatria e um hospital geral de porte médio com serviços que englobam a Oncologia. Essa visita teve como propósito conhecer o campo de pesquisa, apresentar a proposta do trabalho e encaminhar a diretoria clínica a Carta de Apresentação e a Autorização para realização da pesquisa.

Uma vez autorizada, na segunda etapa, foi elaborada entrevista semiestruturada com questões pertinentes aos objetivos deste estudo. Pode-se compreender a entrevista semiestruturada como aquela que parte de determinadas questões básicas, embasadas em teorias e pressupostos que interessam a pesquisa e que, posteriormente, permitem amplo campo de interrogações, fruto de novas questões que vão surgindo na medida em que o informante responde (TRIVIÑOS, 1987). Foram selecionados quatro profissionais, tendo-se como critérios de inclusão: a) ser psicólogo (a); b) atuar ou ter atuado em serviço de oncologia; c) aceitar participar da pesquisa. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas para análise posterior.

As informações adquiridas através das entrevistas semiestruturadas foram analisadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Essa autora divide esse método em três fases: a) pré-análise – na qual é feita organização e leitura flutuando das respostas dos entrevistados, permitindo a familiarização com o material; b) leitura metódica e cuidadosa com a finalidade de interpretar o conteúdo explícito das falas transcritas, criando-se relações

entre essas comunicações e a bibliografia sobre o assunto, a fim de selecionar trechos de falas que possibilitam a classificação e categorização através da qual tomam-se decisões acerca do recorte, da enumeração e classificação; c) por último, faz-se o tratamento dos dados, delimitando-se a inferência e interpretação que, determinada a validade e pertinência dos dados obtidos (BARDIN, 1977).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total foram entrevistados quatro psicólogos, dois do gênero masculino e dois do gênero feminino, os quais trabalham ou trabalharam em instituições hospitalares de Curvelo, Sete Lagoas e Belo Horizonte. Para preservar a identidade dos participantes foram usados nomes fictícios. Dos psicólogos entrevistados somente um profissional atua atualmente em hospitais de Belo Horizonte, Carlos, com 40 anos e maior tempo de formação (2004) possuindo também mestrado na área, assim como Celso, com 33 anos, formado desde 2008 e após concluir o mestrado trabalhou em 3 hospitais da cidade. Das psicólogas entrevistadas, Carla, 35 anos de idade, formou-se em 2006 e atua desde essa época, tendo curso de especialização na área hospitalar. Já, Cecília, tem 28 anos, se formou em 2011 e atualmente trabalha em Hospital em Sete Lagoas.

Em relação ao relato dos profissionais acerca do trabalho com pacientes oncológicos em estágio avançado da doença, emergiram-se 4 categorias. Essas categorias foram organizadas conforme o Quadro 1, compreendendo, a *Papel do psicólogo diante do paciente*, *Representação do psicólogo diante da morte*, *Percepção sobre preparação profissional* e *Atuação junto à equipe multiprofissional*.

Nº	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
1	Papel do psicólogo diante do paciente	Experiência com o sofrimento dos pacientes, familiares; foco do trabalho e intervenções
2	Representação do psicólogo diante da morte	Percepção profissional e pessoal sobre a morte
3	Percepção sobre preparação profissional	Perspectiva dos profissionais sobre a formação e preparação para trabalhar com sujeitos em estágio avançado da doença
4	Atuação junto à equipe multiprofissional	Lugar do psicólogo junto à equipe e reações dos outros profissionais ao sofrimento do paciente

Quadro 1 – Categorias emergidas e organizadas a partir do relato dos profissionais

Ao contrário do período histórico que antecede o século XIX, na atualidade a morte não mais tende a ocorrer no leito familiar, mas grande parte nos hospitais (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011). Nesse contexto, os avanços tecnológicos da medicina têm contribuído para o enfrentamento de doenças potencialmente letais, de forma que o processo de morrer é significativamente prolongado (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Essa realidade é comumente observada em pacientes oncológicos, sobretudo, aqueles em estágio avançado da doença. Nessa perspectiva, Jorge e Paul (2011) destacam que o adoecimento por câncer, além de tecnologias terapêuticas sofisticadas, processos dolorosos e complexos, requer um olhar para aspectos sociais e psicológicos do paciente. Especialmente, em casos de pacientes oncológicos em cuidado paliativos o sofrimento emocional e psicológico está presente em suas experiências, desde o diagnóstico (BARRETO; CASTRO, 2015). Parte desse sofrimento deriva, sobretudo, da associação entre o câncer e a morte:

[...] ao receber a notícia do diagnóstico do CA a primeira coisa que passa na cabeça do paciente e da família é que vai ter fim, vai morrer, não passa a possibilidade de tratamento, ou se vai ter tratamento ou não [...] (Carla, 35 anos)

[...] às vezes a gente fica achando que como alguém teve um diagnóstico difícil, uma propedêutica que fala que não vai ter chance de cura e aí vira paciente terminal, não quer dizer que [...] vai morrer rápido, a ciência não dá conta de mensurar quanto tempo de vida exatamente a pessoa tem, então eu tenho pacientes lá que receberam o diagnóstico [...] e morreram nos dias subsequentes, eu já tenho também paciente que já receberam esse diagnóstico de terminalidade [...] e mesmo assim com esse diagnóstico de terminalidade estão vivos até hoje (Carlos, 40 anos)

Em concordância com a literatura, os relatos acima apontam para a existência de estigma relativo ao câncer, convertendo o diagnóstico da patologia numa sentença de morte (BERNARDES *et al.*, 2014). Para grande parte da sociedade a patologia é um ícone de morte, gerando sofrimento e medo aos pacientes e familiares (MELO *et al.*, 2013). Para Valim e D'Algotini (2015) o câncer é equivocadamente visto como doença sem cura, mesmo com os avanços na compreensão de suas causas e tratamentos.

Nesse sentido, para Melo *et al.* (2013) o adoecimento modifica a existência do sujeito no âmbito familiar, social e econômico, gerando crises, rupturas, descontinuidades e desestruturações. Essa realidade foi relatada pelos profissionais entrevistados:

Ele trás o medo [...] de não conseguir viver tudo que ele planejou [...] e tudo aquilo que ele deixou de viver, deixou de viver pelo trabalho, deixou de viver pela falta de tempo de tempo [...] dor do luto mesmo de já presenciar a morte em vida [...] eu não vou poder mais casar, não vou poder ter mais filho, a faculdade que eu queria fazer, eu devia ter mudado de trabalho, eu devia ter melhorado a relação com minha mãe, então é uma urgência de estar voltando aquilo que é o essencial (Carla, 35 anos)

[...] normalmente a gente esbarra em questões do tipo coisas que queria fazer e não fez, que queria falar mais não falou [...] Os pacientes falam dos sonhos que ainda

tem, nesse momento talvez sejam sonhos muitos projetados espero que façam isso, espero que façam aquilo como se fosse encontrar uma satisfação a partir da outra figura, falam da família muito, das preocupações, você vê os pacientes deprimidos mesmos que ele não fale é uma expressão triste, pacientes desanimados o que gera complicações pro caso, passa pela insatisfação, pela tristeza, pela dor do processo, pela percepção de que é o fim que está se aproximando (Celso, 33).

Nessas circunstâncias, os psicólogos sublinharam que os pacientes poderiam apresentar reações variadas e subjetivas às implicações e mudanças relacionadas à morte. Porém, foi observado, nos relatos dos psicólogos, características das fases do luto. Em linhas gerais, Kübler-Ross (1996) delimita cinco fases: Negação – o sujeito nega uma parcela desagradável da realidade através da fantasia ou comportamento, não acreditando no diagnóstico; Raiva – a dor psicológica no enfrentamento da morte se converte em agressividade, revolta, já que as atividades foram obstruídas pela doença ou morte, dificultando a convivência do paciente, sobretudo com a família; Barganha – ocorre tentativa de reverter a situação recorrendo-se a formas mágicas de curas, dramas, pactos e promessas com familiares, médicos ou entidades sobrenaturais ou Deus; Depressão – sujeito se dá conta de sua condição e sente perda exponencial de tudo e todos aqueles que ama; Aceitação – há quietude e isolamento e a vontade de lutar se dissipa gradualmente, aceitando-se a doença ou a morte (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011; MELO *et al.*, 2011).

[...]é muito comum um paciente terminais [...] ou eles acreditam num discurso [...] religioso, que algum milagre pode acontecer, que pra Deus nada é impossível, [ou][...] na [...] medicina, é acreditar que um médico vai dá conta de curá-los, agora os pacientes com câncer de mama, [...] mesmo [...] com câncer de mama terminais eu tenho escutado [...] é a questão sobre a estética [...] (Carlos, 40 anos)

É comum você vê durante o processo os pacientes putos descontando em alguém a fase da revolta, reclamando, xingando, tem a fase de início que os pacientes negam, não aceitam isso, acho que tem mais na família do que os pacientes, fase de tristeza tem também, a fase da barganha acho que é quando o paciente fala que pelo o menos eu fiz não sei o que lá, que tem uma compensação assim né (Celso, 33 anos)

Há aqueles que trazem a fé e a importância de Deus. Há ainda os pacientes que negam a possibilidade de morrer, se frustram, entristecem, ou negam a própria doença, tem revolta com a vivência. (Cecília, 28 anos)

Frente a essas situações, nesta primeira categoria – *Papel do psicólogo diante do paciente* – os entrevistados afirmaram que o papel do psicólogo é, sobretudo, oferecer ao paciente espaço para a palavra. Com efeito, segundo os entrevistados o foco do psicólogo não é a doença, mas sim o sujeito, seu sofrimento subjetivo ou da sua família, competindo a esse profissional intervir na ressignificação da doença e da vivência do adoecimento e da morte:

[...] nós vamos ofertar o espaço para a palavra para que ele passa ressignificar a vida dele [...] porque os outros profissionais do [...] que lida com o corpo biológico eles estão interessados na maioria das vezes [...]no foco da doença e o psicólogo não, o

psicólogo tá com o foco no sujeito[...] a gente quer saber como seu João tá enfrentando a doença, e os oncologistas não, eles vão falar assim, olha, o Sr. João é portador, deu CA de pulmão terminal com uma expectativa de vida de 6 meses a um ano, pronto fechou [...] e o seu João para além da doença pulmonar ele falo do netinho dele, ele fala da esposa [...] conta a história de vida dele (Carlos, 40 anos)

Eu abordo os pacientes enquanto pessoas que estão atravessando um processo de adoecimento e tratamento e que merecem ser cuidadas a partir da sua singularidade [...] Em todos esses casos, cabe ao psicólogo promover reflexões e ressignificações, em prol de uma “boa morte” [...] Escutar do paciente o que ele deseja falar e não o que eu desejaria escutar. (Cecília, 28 anos)

É a ressignificação né, porque a doença traz pra ele como se ele tivesse caído em um abismo sem fim, então o meu trabalho é muito a ressignificação da vida dele, porque todos os sonhos, os projetos foram interrompidos com a doença, e aí ele chega apegado e vivenciando a dor da perda da sua vida de tudo aquilo que ele sonhou, de tudo aquilo que ele estava realizando, tem mulheres que as vezes estava planejando ter filhos né, muitos casos assim eu estava indo engravidar fui fazer os exames preparatórios e descobrir a doença (Carla, 35)

O meu foco sempre foi o sofrimento do paciente, sempre foi o conflito que ele vivia, as dificuldades que ele tinha e que ele verbalizava [...] seja falando da doença, que seja falando dos sonhos que perdeu das esperanças que ainda tinha, [...] o foco era a experiência do paciente, a vivência que ele tinha do sofrimento, os conflitos que tava (sic) sendo verbalizados dessa forma a partir da doença (Celso, 33 anos)

Enquanto processo, a morte implica na redefinição das prioridades do sujeito, isto é, a qualidade de vida ou a quantidade de vida (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011). Nessa direção, Domingues *et al.* (2013) delimitam a palavra, a escuta e a observação como o campo de trabalho do psicólogo o qual deve se orientar por intermédio do desejo do paciente e não do prognóstico. Em outras palavras, ao compreender a doença em seus aspectos psíquicos e vivenciais, o psicólogo tem como foco o doente e não a doença, visando à qualidade de vida do indivíduo ao invés do prolongamento de seu sofrimento, num processo em que a escuta acolhedora e empática permite ao paciente se confrontar com seus conteúdos interiores, angústias e sentimentos, reelaborando suas experiências (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011; RADAVELLI *et al.*, 2011). Isso implica ainda, em compreender o paciente como um sujeito histórico e autônomo, já que por trás da doença há um indivíduo que sofre, com uma família, uma história e laços afetivos (JÚNIOR; RESENDE, 2017; MELO *et al.*, 2013). Dessa forma, o psicólogo pode atuar de maneira a minimizar o sofrimento do paciente em estágio avançado da doença (HERMES; LAMARCA, 2013).

Cabe salientar, entretanto, que assim como os pacientes e familiares trazem concepções sobre o adoecimento e a morte, que podem ser reelaborados e resignificados, o psicólogo também traz consigo visões sobre esse fenômeno. Nesse sentido, a segunda categoria – *Representação do psicólogo diante da morte* – abarca essas percepções dos profissionais que mesclam seus referenciais teóricos, experiências profissionais e pessoais:

A morte eu não sei, porque eu nunca fui lá pra saber, é pra psicanálise a morte, é um dos nomes do real, é a gente não tem um significado sobre o que é a morte, o conceito da morte é algo inominável, pela minha experiência clínica, eu sempre acho que acompanhar a morte do outro é sempre triste, né, as vezes é muito triste e as vezes é um pouquinho triste, mais eu acho que a morte ela é sempre triste né ainda mais quando a gente escuta dos pacientes que eles gostariam de mais tempo né, pra viver pra fazer as coisas que eles gostam e a gente também [...] é um paciente terminal ou não, a gente não sabe se amanhã nós vamos acordar [...] a vida ela é precária a gente não tem garantias, a única garantia que a gente pode pensar que a gente vai morrer (Carlos, 40 anos)

[...] eu me adaptei muito facilmente acredito que muito pela minha visão do que que é a morte, a morte pra mim faz parte da vida e eu aprendi muito isso na faculdade, eu formei na faculdade [...] e eu tinha um professor que ele passava uma ideia da morte pra gente de uma maneira natural, não era aquele demônio, aquela dama de preto com uma foice assustadora que ia buscar a gente, a morte pra mim a gente tem que considerá-la assim como a vida, porque na verdade faz parte, a cada dia que se vive se morre também [...] e eu vivenciei caso de câncer na minha família, com meu avô [...] eu admirava a forma que ele lhedeu (sic) com a doença, porque ele valorizava a vida a cada instante, vivia um dia de cada vez [...] ele se apegava as possibilidades que ele tinha, então acredito que essa vivência familiar, essa vivência na faculdade, me ajudou a ter uma imagem um pouco otimista digamos assim da morte no sentido que é uma passagem, dependente de crença religiosa, se vai ter uma encarnação ou uma coisa além da morte né, como assim ninguém voltou pra contar pra mim [risos] até então a gente considera que é o ponto final mais que é só uma passagem (Carla, 35 anos)

Eu vou falar atualmente assim, eu sou de formação católica, não sou praticante hoje eu lido com a morte como sendo um fim, eu não lido com a morte sendo outra coisa não, não vivo a vida pensando que quando eu morrer eu vou para algum lugar, pelo contrário, eu tenho cada vez mais a convicção de que a vida é só uma, que é curta e que tenho que fazer o que fazer agora [...]. Uma dica: tem uma música do Gilberto Gil sobre a morte você já viu? Bonita demais, ele fala da morte e do morrer como coisas separadas (Celso, 33 anos)

Uma parte do ciclo da vida de tudo e de todos. É inerente ao ser humano, acontecerá, é a certeza que temos (Cecília, 28 anos)

Pode-se observar que na percepção dos psicólogos a morte é compreendida como um fenômeno natural, inevitável e perpassado por incertezas. Nessa perspectiva, Radavelli *et al.* (2011) mencionam que a morte representa um poder sobre o qual o homem não possui nenhum controle, sendo invisível, inalcançável e desconhecida. Na mesma direção, Valduga e Hoch (2012) pontuam que a morte, apesar de fazer parte da vida é um fenômeno rodeado de mistérios, sobre a qual a impossibilidade de controle causa perturbação. É digno de nota que, no relato de Celso (33 anos) é feita uma distinção entre o “morrer” e a “morte”. Segundo Lima (2002) morrer é um processo que está ocorrendo em qualquer sujeito e a qualquer momento, enquanto a morte é o término desse processo, sendo que os medos sobre a finitude dependem do sentido da vida para cada pessoa. Assim, a morte e as emoções provocadas não são somente subjetivas, mas dependem também da sociedade, da posição social do indivíduo, de sua cultura e de suas crenças, representando uma construção social, de modo que a

consciência humana sobre esse fato tem poder de mudar a forma de ver a vida, a finitude e o mundo (MELO *et al.*, 2013).

Na terceira categoria – *Percepção sobre a preparação profissional* – foram levantadas questões ligadas a formação para atuação frente a pacientes em estágio avançado da doença em cuidados paliativos. Como subsídio a atuação com a finitude humana que, comumente, desencadeia nas pessoas sentimentos diversos, bem medo e ansiedade inerentes a morte, ao sofrimento e o término da existência que a enfermidade pode ocasionar (RODRIGUES, 2011), os profissionais mencionaram a análise pessoal, supervisão, teoria e educação continuada:

Eu acho que é muito importante ter a sua análise pessoal e a supervisão das coisas que você atende, é claro que depois de anos eu já tô (sic) com a clínica há 17 anos então é, hoje, os casos é de uma certa forma me trava menos do que no início quando eu comecei na clínica, mais não quer dizer que mesmo com esses anos de experiência que algum caso não possa me tocar de uma forma pessoal [...] Eu faço supervisão desse caso que tá me tocando, porque isso, porque pra psicanálise existe um dever ético que é a gente chama de um tripé, o que que esse tripé vai falar, que a gente para operar clinicamente para essa vertente da psicologia é interessante que a gente faça nossa análise pessoal, estudos continuados, e supervisão dos casos que a gente atende[...] é muito importante nós enquanto profissionais ter uma educação continuada uma pós-graduação [...] grupo de estudos (Carlos, 40 anos)

Eu tenho alguns anos de profissão e acaba e acaba que você vai se tornando assim um auto-supervisor [risos], e quanto mais você se especializa, mais é difícil você encontrar um supervisor [...] eu procurei inserir em grupos de psicólogos hospitalares, psicólogos que trabalham em casos de oncologia, essa troca ajuda muito, de dá ideia do que pode ser feito [...] por mais que seja por grupo de WhatsApp, isso auxilia muito mudar o seu foco (Carla, 35 anos)

Quando eu comecei na área hospitalar, foi logo depois do mestrado e a primeira coisa que eu fiz foi, preciso de uma análise, foi assim dois meses que eu tava (sic) no hospital eu resolvi voltar para a análise [...] comecei a trabalhar no hospital em sentir muito, esse ambiente aversivo, o choro, o grito, os cheiros, é um ambiente pesado [...] a preparação envolve uma preparação pessoal, não é só uma questão técnica de teoria e técnicas psicoterápicas, é uma questão também de preparação pessoal, de você de saber dos seus limites [...]conseguir respeitar isso né, porque muitas vezes quando você tenta passar por cima de você, isso não dá certo [...] o que eu considero importante é a terapia, a análise pessoal (Celso, 33 anos)

O experiência profissional, os cursos realizados pós formação contribuem para que as fantasias sejam extintas dia a dia (Cecília, 28 anos)

No que diz respeito à supervisão, esse dado é semelhante ao encontrado no estudo de Ferreira *et al.* (2013) sobre a percepção de 15 psicólogos acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes relativas à morte. Entre os 15 entrevistados, 3 mencionaram dialogar com profissionais mais experientes ou procurarem supervisão com relação à vivência diante da morte. Nessa direção, trabalho de revisão sobre dificuldades encontradas por profissionais de saúde com relação à morte e ao luto, conduzido por Magalhães e Melo (2013), aponta a análise e a supervisão terapêutica como elemento de grande importância no suporte para os psicólogos, ajudando na compreensão de aspectos e circunstâncias que geram angústia.

Já a formação continuada relatada pelos profissionais levanta fragilidades inerentes à formação do profissional psicólogo. Na literatura sobre o assunto é corrente o fato de que se faz necessário ampliar espaços para abordagem da temática da morte na grade curricular dos cursos de graduação em psicologia, ainda pouco abordada (SCHIMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011). Sobre isso, Melo, Valero e Menezes (2013) apontam o fato de que ao contrário do Conselho Federal de Medicina (CFM) que por meio da Resolução 1.973/11 passou a permitir a regulamentação da medicina paliativa no Brasil, não há no campo da psicologia movimento semelhante em prol do reconhecimento dos cuidados paliativos como especialidade na formação desse profissional que, são inseridas nas especialidades da psicologia clínica e hospitalar.

Nesse sentido, por mais que o psicólogo dê maior ênfase ao sofrimento emocional decorrente da finitude diante do adoecimento, os outros profissionais da equipe também se deparam com esse fato. Na quarta categoria – *Atuação junto à equipe multiprofissional*, os psicólogos relataram a reação da equipe de profissionais diante da morte dos pacientes:

Um sofrimento muito grande, não com todos os pacientes mais com alguns, as vezes o paciente fica internado e não vai pra casa, fica internado 6,7 meses que a família não tem como levá-lo pra casa, aí fica como se fosse um morador do hospital, é claro que o SUS tem mecanismo de rede [...] mais nem sempre tem vagas, então o paciente vai ficando nas enfermarias do hospital e acaba que os profissionais criam um vínculo para além da doença também né (Carlos, 40 anos)

Todos nós sofremos, a gente não nega esse sofrimento, a gente sempre procura estar desenvolvendo o atendimento humanizado [...] você também além de ter a competência técnica a gente trabalha a competência pessoal, porque a competência pessoal você acaba se envolvendo com esse paciente, não no sentido de ter dó dele, mais no sentido de compaixão, da empatia, e a gente sofre quando a gente sabe da perda de um paciente, a equipe sofre [...] mais a gente trabalha no sentido de não ter aquele sofrimento prolongado e que vai atrapalhar aquele profissional no desempenho dele (Carla, 35 anos)

Varia muito, assim tem pacientes que a equipe já racionalizou tudo, já sabe que o paciente vai morrer, já avisou todo mundo da equipe [...]e não necessariamente ficam muito marcados pela morte. Mais tem casos que [...] a equipe está muito vinculado ao paciente, um caso de uma moça com câncer de 33 anos que era uma moça muito carismática, estava no hospital a 2 anos, tinha um câncer de ovário, era uma menina muito comunicativa e que cativava todo mundo, o dia que essa menina morreu, foi um confusão no hospital (Celso, 33 anos)

A equipe por vezes se desespera, porque tem pouco manejo pra lidar com a dor do outro, é como se o outro não pudesse sofrer naquele momento que é de sofrimento mesmo. Nesse momento é preciso ter empatia com a família e também com a equipe. O paciente oncológico em estágio avançado da doença por vezes tem longas internações e ou na unidade de oncologia, cria vínculos afetivos com a equipe e a equipe sente a perda quando há o óbito. (Cecília, 28 anos)

Segundo Jorge e Paula (2011), é inevitável que a equipe de cuidados paliativos na oncologia o contato com fim da existência, sendo interpelada por situações de dor, sofrimento

e perdas. Para as autoras, das integrantes da equipe, os profissionais de enfermagem comumente são os que mais se angustiam frente a perda de pacientes com os quais estabelecem vínculos mais profundos. Além disso, alguns profissionais de saúde podem enfrentar conflitos ligados ao que acreditam ser a essência de sua profissão – diagnóstico e cura – e a relação entre onipotência e impotência que daí decorre (JÚNIOR; PAULA, 2017).

Ainda nessa categoria, os profissionais produziram narrativas sobre o lugar da psicologia no Hospital.

O psicólogo ele não tem um lugar constituído, esse lugar ele é construído a partir do estilo de cada profissional [...] pela minha experiência, não só no SUS mais também em outros hospitais aqui de Belo Horizonte eu vejo que o psicólogo, ele é um ser estranho na equipe, as pessoas não sabem muito bem de onde veio pra onde vai, o que que ela faz, porque que tem um efeito no paciente sendo que ele não medica [...] é muito comum, isso na fala de outros profissionais né, ou então o psicólogo só conversa, conversar é diferente de atender (Carlos, 40 anos)

[...] eu tive uma acolhida de todos os profissionais, no início claro que tem uma certa resistência porque você vira um estranho no sentido de esse negócio de emoção é blá blá blá, [...]isso não traz doença não. Então inicialmente foi me colocar quanto profissional e enquanto técnica, mostrar [...] que psicologia é uma ciência e que não é conversinha né, não é bater papo (Carla, 33 anos)

É meio atravessado, tem uns que aceitam, outras não, tem uns que convocam muito [...] Não acho que se a nossa profissão fosse mais aceita pelas pessoas, for mais considerada, a sensação que eu tenho é que o lugar do psicólogo no hospital é muito atravessado, então é um lugar que a gente acaba recebendo tudo aquilo que resta, tudo que ninguém sabe o que fazer, chama o psicólogo [...] (Celso, 33 anos)

Por vezes a equipe não compreende a função do psicólogo, é uma luta diária, demarcar a função que se exerce no hospital. Acredita-se que vamos “concertar” algum comportamento que incomoda a equipe, que salvaremos a pátria. Por outro lado, aqui onde trabalho, realizamos discussões de caso muito produtivas em equipe, o trabalho é reconhecido e respeitado. Foi construído o lugar da psicologia e segue em construção dia a dia (Cecília, 28 anos)

Essas falas convergem com os resultados observados por Ferreira *et al.* (2013) nos quais por vezes os psicólogos eram convocados para resolverem situações mal compreendidas pela equipe. No trabalho de Alves *et al.* (2014) sobre as práticas de cuidados paliativos de 21 psicólogos atuantes em hospitais na Paraíba, essa realidade também foi observada. O relacionamento com a equipe às vezes apresentava dificuldades e atravessamentos relacionados com a ausência de conhecimento sobre o papel dos psicólogos nos hospitais. Na visão de Domingues *et al.* (2013) o ato de escutar não é simples, pois implica em captar signos ligados ao valor das palavras que podem levar o paciente a modificações em seu bem-estar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos o avanço da medicina tem contribuído significativamente para o enfrentamento de patologias graves de um lado, e de outro, prolongado o processo de morrer. Essa situação comumente vivenciada por pacientes oncológicos em estágio avançado da doença requer que o olhar dos profissionais de saúde esteja voltado não apenas para os aspectos biológicos, mas também sociais e psíquicos, já que o sujeito e sua família são interpelados por sofrimento emocional e psicológico ao se confrontar com a iminência da morte. Diante disso, observou-se por parte dos psicólogos atribuições caracterizadas pela oferta de espaço para verbalizações subjetivas, tendo-se como foco o sujeito/família e não a doença, visando a ressignificação e reelaboração do adoecimento, do luto, da vida e da morte e, por conseguinte, a minimização do sofrimento, de modo que o psicólogo, age como ponte entre o doente, a família e os demais integrantes da equipe de saúde.

O presente trabalho limitou-se ao relato de profissionais da psicologia acerca de seu papel e atribuições perante o cuidado de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença. Nesse sentido, o estudo tem como restrição o fato de que esses relatos trazem a percepção subjetiva de cada profissional, amparado em suas experiências e vivências que fazem ou fizeram parte do seu cotidiano de trabalho, o que limita possíveis generalizações.

Em seus esforços, este estudo buscou contribuir para a discussão a respeito do adoecimento e da morte, especialmente, no campo de atuação da psicologia. Discutir essa temática implica considerar que se trata de um assunto visualizado socialmente como tabu, mas que conforme afirmam Jorge e Paula (2014) é imprescindível em se tratando de uma sociedade que ainda estigmatiza o fenômeno do morrer e da morte, cercado de preconceitos e hesitações.

Foi observado no relato de profissionais de psicologia que sua atuação junto a equipe multiprofissional que lida com pacientes oncológicos em estágio avançado da doença e em cuidados paliativos, é ainda pouco compreendida pelos outros profissionais. Assim, sugere-se como foco de futuras pesquisas, a interação entre os profissionais de saúde da área de cuidados paliativos, bem como suas crenças e percepções sobre o trabalho do psicólogo a fim de proporcionar reflexões sobre o papel deste profissional, já que em dois estudos (FERREIRA *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2014), a incompreensão por parte dos outros membros da equipe além de criar tensões, contribui para a desarticulação do cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. F. *et al.* Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. **Psicologia, saúde & Doenças**, 2014, v. 1, n. 1, p. 78- 96. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n1/v15n1a08.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.
- ANCP. **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 21 set. 2017.
- ANCP. **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 21 set. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 1977, 231 p.
- BARRETO, S. M. CASTRO, E. K. Critérios de Médicos Oncologistas para Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, 2015, p. 69-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00069.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- BERNARDES, C. *et al.* Percepção de enfermeira (o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, 2014, p. 31-41. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8883/8715>>. Acesso em 1 mai.2017.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 11, n. 2, 2006, p. 209-216. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- DOMINGUES, G. R. *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, 2013, p. 2-24. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Rev. SBPH**, v.14, n.2, Rio de Janeiro, 2011, p. 1-14. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- FERREIRA, R. A. *et al.* Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 1, 2013, p. 65-75. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/05.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.
- FIGUEIREDO, M. G. M. Cuidados paliativos. In CARVALHO, V. A. *et al.*, **Temas em psicooncologia**, (pp. 382-387). São Paulo: 2008, Summus., 651 p.
- GARCIA, J. B. S.; RODRIGUES, R. F.; LIMA, S. F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**,v.

64, n. 4, 2014, p. 286---291. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v64n4/pt_0034-7094-rba-64-04-00286.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008, 200 p.

GONÇALVES, J. E.; ARAÚJO, V. S. O psicólogo e o morrer: como integrar a psicologia na equipe de cuidados paliativos numa perspectiva fenomenológica existencial. *Psicologia, O Portal dos Psicólogos*, 2016, p. 1-13. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1050.pdf>>. Acesso em 1º de mai. 2017.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal?. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 47, n. 2, 2001, p. 85-109. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a10v47n2.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

JORGE, C. A.; PAULA, J. L. Cuidados Paliativos: assistência humanizada a pacientes com câncer em estágio terminal. *Estação Científica - Juiz de Fora*, n. 11, 2014, p. 1-21. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/4455/artigo-10-camila-de-abreu-jorge-e-graziela-lonardoni-de-paula.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

JÚNIOR, V. S.; RESENDE, M. C. Psicologia e cuidados paliativos: implantação do serviço na uti de um hospital escola. *Perspectivas em Psicologia*, Uberlândia, v. 21, n. 1, 2017, p. 109 – 131. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/38927>>. Acesso em: 14 set. 2017.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paula: Martins, 1996, 119 p.

LIMA, Jorge luiz. **Morte e Morrer: a importância do estudo da morte para os profissionais de enfermagem**. 2002, p. 1-10. Disponível em: <www.professores.uff.br/jorge/morte.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.

LINDEN *et al.* The psychosocial screen for cancer (PSSCAN): Further validation and normative. *Health Qual Life Outcomes*. v. 24, n. 7, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19239709>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

LOURENCAO, V. C.; SANTOS, R.; LUIZ, A. M. G. Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, 2009, p. 59-72. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v5n2/v5n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 1, n. 1, 2015, p. 65-77. Disponível em: <psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/download/7/5/>. Acesso em: 17 set. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003, 312 p.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14 n.2, 2011, p. 203-226. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

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

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MELO, A. F. V. *et al.* A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 2013, p. 1-14. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n1/v13n1a10.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

PNCP. **Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013**. Lisboa, 2010, p. 1-76. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República Eletrônico de Portugal. Inaugura a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <<https://dre.pt/web/guest/legislacaoconsolidada/lc/69750594/201704031455/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=indice>>. Acesso em: 19 set. 2017.

RADAVELLI, E. P. *et al.* Pacientes em estado terminal: uma revisão de literatura. **Arq Ciênc Saúde**, v. 18, p. 4, 2011, p.162-5. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-18-4/IDZ%204%20-%20out%20dezembro%202011.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012, 333 p.

RODRIGUES, I. A. A. Paciente terminal: como dar sentido ao sofrimento diante da morte? **Campina Grande**, v. 11, n. 16, 2011, p. 1-12. Disponível em:

<<http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/viewArticle/74>>. Acesso em: 18 set. 2017.

SANTOS, J. L.; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, 0214, p. 199-203. Disponível em:

<<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5196/3008>>. Acesso em: 17 set. 2017.

SCANNAVINO, C. S. S. *et al.* Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2013, p. 35-53. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

SCHIMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, v. 21, n. 50, 2011, p. 423-430. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/15.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, 175 p.

VALDUGA, E. Q.; HOCH, V. A. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 3, n. 1, 02112, p. 15-32. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/1537>>. Acesso em: 18 set. 2017.

VALIM, F. B.; D'ALGOSTINI, C. L. A. F. Morte e luto: reações da equipe multidisciplinar diante da morte do paciente. **Pesquisa em Psicologia**, Anais Eletrônicos, 2015, p. 101-122. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8698>. Acesso em: 12 set. 2017.

ANEXO A – CARTA DE APRESENTAÇÃO**FACULDADE CIÊNCIAS DA VIDA - CURSO DE PSICOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO****CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Ao Abrigo

V.S.^a

Cargo

Encaminhamos a estudante, *Ana Paula Fernandes Luz* do Curso de Psicologia da Faculdade Ciências da Vida para realização de atividades de pesquisa, a fim de desenvolver seu Trabalho de Conclusão de Curso que tem como proposta analisar a percepção do psicólogo sobre sua postura enquanto profissional no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença (Pré-projeto em anexo).

O projeto visa compreender a percepção de profissionais de psicologia que atuam com pacientes oncológicos em estágio avançado da doença sobre a postura que devem ter nesses casos, bem como sua percepção sobre a terminalidade da vida, práticas interventivas e trabalho com a equipe de saúde. Este trabalho será desenvolvido sob a orientação da professora *MSc. Flávia de Carvalho Barbosa*.

Sete Lagoas, data atual

Valcir Marcílio Farias
Diretor Geral

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações abaixo, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final do documento, que possui duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será de maneira alguma penalizado(a).

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: *Percepção do psicólogo no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença*

Pesquisadora responsável: Ana Paula Fernandes Luz

Telefone para contato :031998912195

1. Será feita uma entrevista semi-estruturada para pesquisa do trabalho de conclusão de curso intitulado *Percepção do psicólogo no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença* sob orientação da prof.^a MSc. Flávia de Carvalho Barbosa.
2. O objetivo das entrevistas é precisamente acadêmico e para fins didáticos, não havendo nenhuma outra finalidade latente.
3. Cabe ressaltar que a participação é voluntária e a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento. Ademais, o sigilo será garantido e sua identidade não será revelada sob quaisquer hipóteses.
4. O material coletado na pesquisa poderá ser usado em uma futura publicação em livro e/ou periódico científico, porém, novamente reforça-se o sigilo, porquanto em nenhum momento sua identidade será revelada.
5. A pesquisa não trará nenhum risco para você e tampouco oferecerá alguma vantagem financeira.
6. Consentimento da participação da pessoa enquanto sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Percepção do psicólogo no processo de atenção à saúde de pacientes oncológicos em estágio avançado da doença*, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pela pesquisadora *Ana Paula Fernandes Luz* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Sete Lagoas, / / .

Ana Paula Fernandes Luz – Pesquisadora executora
Aluna de Graduação em Psicologia
Faculdade Ciência da Vida – FCV

Professora MSc. Flávia de Carvalho Barbosa – Orientadora
Faculdade Ciência da Vida – FCV

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM
PSICÓLOGOS QUE ATENDEM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Dados de perfil:

Nome: _____

Gênero: () masculino () feminino

Idade: _____

Formação/Ano: _____

Tempo de atuação: _____

I – Atuação profissional

1- Como ocorre o trabalho do psicólogo com os pacientes, família e com a equipe?

1-2- Qual é o foco da atuação do psicólogo com pacientes em estágio avançado da doença?

II – Formação para atuar com pacientes oncológicos em estágio avançado da doença

2. Como você se sente em relação a sua preparação enquanto profissional para atuar em casos de pacientes em estágio avançado da doença?

2-1- O que é a morte para você?

III – Sobre o paciente no leito de morte

3- O que o paciente mais fala no leito de morte? (sonhos, família, amor, tristeza, negação, raiva).

3-1- Como você vê a importância do seu trabalho como psicólogo para pacientes oncológicos em estágio avançado da doença?

3-2. Qual é a reação da equipe de saúde diante da morte do paciente?

3-3- O que o psicólogo mais usa de intervenção para esses pacientes?

3-4- Como é recepção do psicólogo no hospital pela equipe ?