

UNIVERSIDADE PAULISTA

Bruno Moraes

Camila Fernandes do Carmo

Camilla de Souza Silva

Carlos Leite de Almeida Filho

Laís Santos Da Silva

Tatielly Sousa Menezes

UMA PERSPECTIVA PROFISSIONAL ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES

Campus Rangel – Santos

2019

Bruno Moraes

Camila Fernandes do Carmo

Camilla de Souza Silva

Carlos Leite de Almeida Filho

Laís Santos Da Silva

Tatielly Sousa Menezes

UMA PERSPECTIVA PROFISSIONAL ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES

Relatório de Pesquisa realizado
para a disciplina Projetos de
Pesquisa em Psicologia

Orientador: Prof. Mohamad Ali
Abdul Rahim

Campus Rangel – Santos

2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AECP	Associação Europeia de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEPPE	Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
WPCA	<i>Worldwide Palliative Care Alliance</i>

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Vivemos em uma sociedade que apresenta uma crescente demanda para a humanização e valorização da vida em quaisquer etapas ou situações sociais. Em concomitância com tal crescente, um tema que entra em pauta é o dos cuidados paliativos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 2014) os cuidados paliativos são aplicados por intermédio de uma equipe multidisciplinar que é focada nas necessidades dos indivíduos portadores de doenças sem perspectiva de cura. Esses cuidados abrangem os pacientes enfermos e seus familiares, visando favorecer o bem-estar para essas pessoas.

Os psicólogos têm participação especial nesse processo, pois essa classe se atém a um campo que não é costumeiramente priorizado dentro de muitos ramos da saúde, como o da psique e do bem-estar emocional. No contexto hospitalar, o psicólogo atua como um facilitador das relações dentro da equipe multidisciplinar, enquanto que, voltando-se para o paciente, deve ter como foco promover a saúde, não atendo-se apenas a um papel semelhante ao do psicólogo clínico, mas sim utilizando de todos os recursos e profissionais disponíveis para promovê-la (ALMEIDA, 2000).

A saúde da família que acompanha o paciente é um fato que muitas vezes não é levado em conta, seja de forma presencial ou não. Uma situação de adoecimento pode gerar consequências em todo o meio familiar e nas relações ali presentes. Buscando minimizar esses efeitos deve-se oferecer um olhar atento também para a família desse paciente, que às vezes está muito envolvida no processo podendo ter dificuldades em lidar com o caso. Esses familiares constantemente têm que tomar decisões difíceis, mudanças de rotina, novas responsabilidades, tudo isso de forma repentina o que gira em torno não só de uma mudança concreta, mas também de mudanças no âmbito psicológico, muitas

vezes passando por processos de luto e reelaboração.

Buscamos aliar este tema com uma das doenças que mais ocasionam mortes no mundo atualmente, o câncer. Segundo relatório atualizado em maio de 2018 apenas os cânceres de pulmão, traqueia e brônquios, representam a sexta colocação num ranking de causas de fatalidade (OPAS/OMS, 2018), sendo responsável por cerca de 1,76 milhões de óbitos. Apenas em 2018 foram cerca de 9,6 milhões de vítimas da doença, sendo classificada como a segunda maior causa de morte do mundo (OPAS/OMS, 2018), esta que hoje é uma doença com grande taxa de hospitalização e com um grande estigma em torno dos seus processos de tratamento, tem grande espaço para a utilização dos cuidados paliativos.

Ao estudarmos a perspectiva profissional acerca dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos e seus familiares, podemos compreender de forma subjetiva a importância desse processo para a valorização da vida e promoção da saúde nessas pessoas que muitas vezes se encontram em situações de possível angústia. Também é importante que consideremos a forma como esse processo colabora para atenuar esse sofrimento e propiciar uma melhora para o sujeito.

Objetivamos observar tais fenômenos acima citados a partir de um olhar psicanalítico, relacionando teoria e prática aos cuidados paliativos que são oferecidos a pacientes com câncer em situação terminal. Dessa forma, é possível compreender minimamente a realidade do outro, suas experiências, expectativas e sua subjetividade, para que juntos, analista e paciente possam construir uma nova perspectiva a respeito de tais eventos.

Constitui parte importante dessa pesquisa a perspectiva médica, considerando que os profissionais da medicina são primordiais no tratamento da doença. Ao relacionarmos a imagem dos agentes da saúde ao sujeito, pode ser possível notar que esta é responsável por nutrir um grande número de expectativas para o paciente, de maneira em que as possibilidades de cura, notificações de melhora ou agravamento da doença, são informações colhidas a partir da equipe hospitalar. É importante que tais relações a imagem dos

profissionais envolvidos sejam um forte alvo de observação para o psicólogo, uma vez que esses dados podem fornecer materiais relevantes para que o profissional possa desempenhar seu trabalho.

Assim buscamos contribuir cientificamente para que se possa observar a importância desse processo e também apontar suas especificidades, sejam elas positivas ou negativas, para que seja possível proporcionar uma maior qualidade de vida aos sujeitos envolvidos.

1.2 Tema/Levantamento bibliográfico

1.2.1 Cuidados Paliativos: História e Definição

Entende-se que os cuidados paliativos começaram oficialmente como sendo uma prática distinta na área da saúde durante a década de 1960, no Reino Unido. Cicely Saunders Assistente Social e enfermeira, foi a precursora deste trabalho, dando início ao movimento dos cuidados paliativos. Em 1967, Cicely Saunders inaugurou o “*St. Christophers Hospice*”, em Londres, onde havia estrutura para assistência aos doentes e para o desenvolvimento do ensino e pesquisa. Tal fundação é considerada um marco na trajetória dos Cuidados Paliativos (DU BOLAY, 2007).

No Brasil, a participação do profissional psicólogo na área da saúde iniciou-se ainda na década de 70, mediante uma ação mais ampla nos cuidados primários. Desde então, esses cuidados, anteriormente restritos à ação médica, tiveram a participação da Psicologia e do Serviço Social. Essa inserção originou-se de um movimento mais geral no Brasil, a reforma sanitária, e concretizou-se no movimento dos psicólogos através de associações de classe, que reivindicaram espaço nos centros e postos de saúde. (VICTOR, 2011, p.42)

Na década de 1970, o movimento *Hospice* foi levado para a América através do encontro de Elisabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders. A partir deste encontro foi fundado um hospício em Connecticut (Estados Unidos), entre 1974/1975, o movimento espalhou-se, passando a fazer parte dos cuidados paliativos oferecidos a pacientes em situação terminal em vários países (MATSUMOTO, 2012).

A primeira definição de Cuidados Paliativos foi publicada em 1990:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controles da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (OMS, 2007, p.3).

Esta primeira definição foi voltada apenas para os portadores de câncer, tendo em vista os cuidados finais da vida destes pacientes. Segundo a OMS (2007) os cuidados paliativos têm como base da assistência ao paciente oncológico a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Em 2002, a definição de cuidado paliativo foi expandida devido a necessidade de inseri-lo como assistência completa à saúde, sendo ampliada para oferecer suporte também a outras doenças, como por exemplo, as cardíacas, renais, doenças degenerativas, AIDS e doenças neurológicas. Os cuidados paliativos também passaram a fornecer assistência no programa de atenção aos idosos, ressaltando que, entende-se como cuidados paliativos apenas quando a operação é realizada por uma equipe multiprofissional:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio ao sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2007, p.3).

Na definição da OMS publicada em 1986, há alguns princípios que

esclarecem o conceito dos cuidados paliativos, e após sua revisão em 2002 estes princípios foram reafirmados. De acordo com Byock (2009), é necessário promover o alívio do sofrimento e de outros sintomas vivenciados pelo indivíduo. O autor considera importante que o sujeito compreenda a morte como um processo natural da vida, não é necessário acelerar nem adiar o tempo de vida do paciente, dessa forma, torna-se possível integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado oferecido. Além disso, é importante que seja disponibilizado aos familiares um suporte ativo, durante todo o decorrer da doença e do luto. Tal suporte é gerado a partir de uma equipe multiprofissional que permite focar nas necessidades dos envolvidos. O tratamento tem como foco o acompanhamento no luto, melhorar a qualidade de vida do sujeito, da família e influenciar positivamente no curso da doença, buscando iniciar os cuidados o mais rápido possível (BYOCK, 2009).

No Brasil, os cuidados paliativos começaram a surgir por volta de 1990 e vem ganhando um espaço a partir do início do século XX. Seu crescimento se deu por se tratar de um modelo inovador de assistência na área da saúde. Diferente da medicina curativa, que foca no suporte integral e na prevenção através do controle dos sintomas em todos os pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras de vida. O cuidado paliativo se aplica tanto ao paciente, quanto a seus familiares e cuidadores, que adoecem e sofrem junto (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com Gomes (2016), a ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) publicou em 2006 dados que apontam cerca de 40 equipes multiprofissionais operando em 300 leitos hospitalares, com o objetivo de oferecer os devidos cuidados paliativos ao paciente em estado terminal e aos seus familiares. As primeiras publicações científicas no Brasil a respeito do perfil dos serviços oferecidos, surgiram em dois encontros que ocorreram nos anos de 2012 e 2014, promovidos pelo hospital *Premier*, tendo seu primeiro estudo apresentado no 13º Congresso da AECP (Associação Europeia de Cuidados Paliativos) organizado em 2013 na cidade de Praga, República Checa. Já o segundo foi exibido no 14º congresso da AECP na cidade de Copenhague,

Dinamarca, em 2015.

Segundo a pesquisa realizada por Othero et al (2015, apud Gomes, 2016):

Participaram 68 serviços brasileiros de cuidados paliativos. Consta desses registros que metade dos serviços localizados atua no estado de São Paulo (50%). Segundo a pesquisa, o modelo de atendimento mais prevalente é o do tipo ambulatorial (53%), a população típica é mista, isto é, oncológicos e não oncológicos (57%), prevalece a assistência a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%). Em 30 de abril de 2016, o Hospital Premier realizou o Fórum de Serviços Brasileiros de Cuidados Paliativos na cidade de São Paulo. Nele, firmou-se o compromisso de elaborar, para 2018, o Atlas Brasileiro de Cuidados Paliativos (OTHERO ET AL 2015, apud GOMES, 2016, p.161).

Graças ao fórum de serviços brasileiros de cuidados paliativos disponibilizado pelo hospital *Premier*, é possível traçar um resumo dos principais tópicos que compõem a assistência oferecida ao paciente em situação terminal. Segundo OTHERO (2010, apud GOMES, 2016) é importante que haja um controle impecável da dor e de outros sintomas, sendo necessário promover para o paciente:

“Conforto; prevenção de agravos e incapacidades; promoção da independência e autonomia; manutenção de atividades e pessoas significativas para o doente; ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e terminalidade; ativação de redes sociais de suporte; apoio e orientação à família e cuidadores (OTHERO 2010, apud GOMES, 2016, p.161-162).

1.2.2 Pacientes em estado terminal

O estado terminal ocorre quando as chances e possibilidades de cura do sujeito chegam ao fim. Não se trata de algo simples de diagnosticar, pois diferentes profissionais fazem avaliações para chegar a tal conclusão. Piva e Carvalho (1993 apud SALAZAR, 2016) consideram como elemento fundamental para um paciente ser diagnosticado como terminal, o momento em que a doença atingi um estado de evolução onde as seções terapêuticas não progridem e não ampliam as chances de sobrevivência do indivíduo, apenas prorrogam seus dias de vida.

Primeiro a equipe médica recorre a uma bateria de exames e procedimentos, para depois chegarem à conclusão de que não existe cura para o sujeito. Depois que a equipe conclui que não há possibilidade de cura, eles começam a pensar como será a vida do sujeito nos próximos dias ou meses, para que os pacientes sofram e sintam dor o menos possível e que os aspectos psicológicos deles sejam trabalhados. Segundo Goretti (2009) é importante ter entendimento do problema, do progresso ou regressão do quadro, ficando claro para os envolvidos (paciente e família). De acordo com a autora também é importante recolher os dados biográficos dos pacientes, como por exemplo, trabalhos em que se identificou, o que mais gosta de fazer, o que sabe sobre a sua enfermidade, o quanto gostaria de saber a respeito e outras informações importantes. Esses dados servem para que o paciente seja incentivado a contar e ter a compreensão de quem ele é.

O tempo de duração da vida do sujeito dependerá da contribuição da equipe multiprofissional, do próprio paciente e de todos os envolvidos. Dessa forma é possível antecipar os cuidados para que o tratamento se inicie o mais rápido possível. Podemos considerar o estado terminal como sendo um processo cultural e humano, por isso é importante que busquemos investigar a história de vida do sujeito, para que o mesmo possa elaborar suas questões subjetivas. Nesse sentido, o psicólogo atuará como um apoio a pessoa, realizando uma escuta atenta ao discurso, proporcionando uma ressignificação do conceito de morte e luto, de maneira que tal evento, o limite existencial do enfermo possa ser compreendido como um ato natural da vida.

Não é incomum que sujeitos nessa fase façam um último pedido, como por exemplo, casar-se, mesmo que seja no leito de um hospital, fazer uma última viagem e etc... Segundo Carvalho (2010 apud SALAZAR, 2016) para o paciente em situação terminal, imaginar os próximos dias de sua vida costuma ser causa de ansiosos, preocupações e sofrimento, diferentemente das pessoas em geral que estimam o futuro como fonte de inspiração, metas e possibilidades. O paciente em estado terminal tem medo do futuro, pois é algo inesperado, não sabendo

quando será o último dia de sua vida ele tenta realizar suas últimas vontades e desejos o mais rápido possível, sendo dos mais simples aos mais complicados.

Existe uma grande dificuldade em reconhecer que um paciente se encontra em estado terminal. Os profissionais, familiares e o próprio paciente tentam encontrar maneiras de reverter à situação, por meio de exames, tratamentos, religião, crenças e remédios populares. Até o final da vida do doente as pessoas que vivem em sua volta tentam encontrar alguma forma de cura. O paciente precisa se sentir amparado pela equipe de cuidados paliativos, pelos familiares e amigos próximos, pessoas que recebem o diagnóstico e possuem o apoio, lutam mais para viverem e tentam encontrar uma forma de cura.

Ao cuidar do paciente em processo de morte, uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional é a escuta. Ela, atenta e reflexiva, é um dos mais importantes instrumentos do profissional da saúde que atua em Cuidados Paliativos, visto que permite identificar as reais demandas dos pacientes. Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade (SILVA e ARAÚJO, 2009, p.51).

Na fase final a equipe, os familiares e os enfermos precisam ser capazes de lidar com novas causas de sofrimento. Também é necessário evitar uso de recursos terapêuticos excessivos, uma vez que o paciente se encontra muito debilitado e o resultado pode prejudicar ainda mais o seu quadro de saúde. Américo (2009) pontua que não existem motivos para que a morte seja adiada nem antecipada. Os sujeitos que participam do tratamento geralmente apresentam sintomas de depressão, perda da consciência, invalidez, confusão e ansiedade. Alguns dos sintomas fisiológicos são dores, problemas digestivos, lesões na pele, cansaço, falta de ar e etc. Algo que também é comum é a internação domiciliar, o paciente ou seus familiares optam por ter o atendimento médico em casa, a equipe assim auxilia o enfermo na sua residência. Dessa forma eles possuem maior conforto e passam mais tempo com os seus entes queridos

nos seus últimos dias.

A internação domiciliar oferece vantagens não somente aos pacientes, mas também à família e ao sistema de saúde mediante a redução de custos. Em geral, os pacientes, quando questionados, referem que receberam assistência satisfatória no hospital, mas que preferiam receber tratamento no domicílio, pelo conforto e pela rede familiar mais abrangente (FRIP, 2009, p.245).

A família também é atingida quando alguém do seu meio possui uma doença terminal, podendo causar nos familiares problemas emocionais, relacionais e comportamentais, muitas vezes eles também precisam parar as suas vidas pelo enfermo. O cuidado paliativo para a família tem o objetivo de ajudar no processo de perda, sendo ele o mais saudável possível. Os profissionais devem ter compreensão e conhecimento sobre o assunto, assim mostrar para eles que estão sendo acompanhados e amparados.

1.2.3 Família e Paciente em Cuidados Paliativos

A morte é exemplificada como a destruição daquilo que nos era significativo, uma batalha perdida em que não há retorno. Pensar sobre isso apenas amplia nossa angústia, por não ser possível compreender o fenômeno. Para lidar com o fim da vida, é importante aprender mais sobre si mesmo, partindo em uma jornada de autoconhecimento e ressignificando a própria história.

Nota-se cada vez mais um interesse pela prorrogação da vida, geralmente atribuindo as expectativas de cura e regressão da doença aos profissionais envolvidos no tratamento (KUBLER-ROSS, 2008). Existem diversos motivos para evitar encarar a morte, um desses é que esse acontecimento, sobretudo é visto como muito solitário, mecânico e desumano. “No tocante a morte de outra pessoa, o homem civilizado evita cuidadosamente falar dessa possibilidade quando aquele destinado a morrer pode escutá-lo” (FREUD, 2010 p. 230).

O profissional de saúde irá trabalhar o conceito de morte junto ao paciente e seus familiares, possibilitando uma melhor elaboração do processo. No momento em que é dada a notícia para a família, formaliza-se uma aliança entre os profissionais e os parentes. Ambos se reúnem para poder resolver questões relacionadas ao enfermo. Nesse momento, são estabelecidas algumas etapas para que nenhuma notícia chegue ao paciente de forma que possa comprometer ainda mais sua saúde. “O profissional alia-se à família na descoberta de recursos que possam promover/devolver a estabilidade e equilíbrio familiar” (GUADALUPE, 2009 Apud REIGADA, 2014. p 160).

A notícia sobre o estado de saúde é repassada separadamente para a família, logo após o profissional dar a notícia ao paciente. Nesse momento, é importante compreender que cada paciente tem sua forma de enfrentar a situação e que muitas vezes à religião e a espiritualidade são alguns dos suportes que o paciente encontra para lidar com a situação. Não existe de fato um trabalho na psicologia hospitalar para que o paciente tenha uma morte feliz, mas sim, os cuidados oferecidos para toda a equipe, os familiares e o paciente terem um ambiente que promova menos angústia, medo e sofrimento.

No dia-a-dia do hospital os psicólogos muitas vezes ocupam o lugar de tradutores entre os médicos e os usuários, podendo tomar-se o entendimento de que as questões subjetivas são exclusivas do psicólogo e as orgânicas do médico. Entretanto, o ser humano não é só somático ou psíquico, ou seja, a fragmentação do atendimento à saúde pode não contemplar a complexidade do ser humano, devido aos diferentes campos de saberes e poderes envolvidos no atendimento ao usuário (FOSSI, 2004. P. 38).

A negação é o sentimento movido pela maioria dos pacientes após serem informados sobre seu estado de saúde. Esse mecanismo de defesa pode afetar o relacionamento entre paciente e profissional de saúde, podendo dificultar o trabalho de enfrentamento do caso. Essa condição além de afetar o processo da equipe e paciente, pode agravar ainda mais as condições de saúde, sejam na parte física ou cognitiva. Logo após vem o sentimento de raiva. Depois dessa etapa vem o estágio da barganha, onde existem pensamentos de negociação,

seguido pela depressão. Nessa fase a pessoa fica mais melancólica e isolada. Por último, vem a aceitação. Não podemos confundir a aceitação como felicidade. A aceitação é quando o indivíduo percebe que em meio a toda a situação conflitante, está pronto para enfrentar sua condição de saúde (ROSS, 2008).

Quando um ente próximo é diagnosticado com uma doença terminal, a família pode se desestruturar e também subitamente encontrar-se numa rotina nova em suas vidas. Ao se depararem com a notícia, é comum que os familiares apresentem mudanças de humor e alto nível de estresse. A adequação da rotina familiar gera mudanças e os familiares acabam deixando de lado as outras pendências para vivenciar integralmente a saúde do parente internado. Após receberem a notícia, é normal que os familiares passem a refletir sobre as causas que levou o ente querido a adoecer e se eles poderiam ser os culpados pela doença. O sentimento de impotência perante a cura do paciente é sentido pelos familiares e isso pode provocar reações sobre a saúde do internado. Dessa forma, os cuidados paliativos além de oferecerem a possibilidade de recuperação da morte como sendo um evento natural da vida, serve como mediador para facilitar a relação do paciente e da família com as mudanças bruscas que a doença provoca sobre suas vidas, promovendo a dignidade do indivíduo e mitigando o sofrimento (GADAMAR, 2011).

O apoio psicológico para com os familiares é de extrema importância. O hospital junto à equipe psicológica poderá oferecer toda uma estrutura à família, para que possam vivenciar essa situação de uma forma acolhedora e menos angustiante possível, através de uma estrutura física no hospital, onde eles possam ter um momento de descanso e o compartilhamento com outras pessoas que estão passando pela mesma situação, tendo profissionais de psicologia e de assistência social para atendê-los prontamente, retirando suas dúvidas. "A atenção do profissional de serviço social deve ir de encontro às necessidades da família, prestando-lhe informação, apoio e educação nos cuidados" (GUADALUPE, 2009 Apud REIGADA, 2014. p 160).

Carvalho, C. S. U. (2008), aponta que estar submetido ao câncer pode

gerar várias complicações tanto no organismo do sujeito, quanto em sua psique. Também é alvo de dificuldade as relações sociais do paciente, tendo que lidar com as impressões dos familiares e grupos gerais. “O paciente e sua família sofrem um grande impacto em suas vidas, não raro, dando lugar a sentimentos e a condições objetivas de desamparo” (CARVALHO, C. S. U. 2008, p.100).

Compreende-se assim, que cada família ou sujeito possui condições muito subjetivas, cabendo a equipe de atendimento investigar a história daquele grupo, de forma que seja possível servir de apoio as suas angústias. É preciso oferecer máxima atenção ao discurso dos envolvidos, para ajudar o paciente e a família a elaborar seus conteúdos, e atingir uma maior qualidade de vida, atenuando o sofrimento do enfermo e de seus entes queridos.

1.2.4 O corpo e o câncer pelo olhar da psicanálise

Freud iniciou seus estudos investigando os casos de histeria, casos esses que a medicina não era capaz de encontrar a cura ou explicá-la. A psicanálise preocupa-se em elucidar os distúrbios nervosos, sendo o ponto de partida, a investigação da vida instintual da mente humana, onde o autor construiu sua conceituação teórica baseada nas instâncias Id, Ego e Superego e nas dinâmicas inconsciente, pré-consciente e consciente, atribuindo ainda uma distinção entre os instintos do Ego e os instintos sexuais, a qual denominou essa força sexual de libido (FREUD, 1917). Para encontrar os caminhos do inconsciente, o autor propôs a interpretação de sonhos e a técnica de associação livre, onde o indivíduo em análise poderia expressar tudo que viesse à sua mente. A Teoria Psicanalítica foi sucedida por importantes autores, como Klein, Winnicott, Lacan e outros.

O corpo na visão psicanalítica, se expressa como “o palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações” (FERNANDES, 2011, p. 42). Ademais, é um corpo pulsional que não se movimenta tal qual a lógica do instinto, a serviço das necessidades fisiológicas (FREUD, 1915 apud FERREIRA e

CASTRO-ARANTES, 2014). Compreende-se, dessa forma, um limite na busca pelo conhecimento do corpo (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

Freud (1905 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014) aponta para um corpo infantil que é fragmentado, que se organiza a partir do cuidado materno e das zonas erógenas oral, anal e fálica. Esse corpo, portanto, traz em sua formação, a singularidade de uma história que começa a se escrever desde os primeiros cuidados com a figura materna (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

Ainda segundo o autor, é impossível que o bebê diferencie, a princípio, o seu corpo dos objetos do mundo externo (FREUD, 1929 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Tendo em vista que a construção do eu é, a princípio, um eu corporal como a projeção de uma superfície, a operação psíquica necessária para o reconhecimento de uma imagem como própria se inicia a partir do outro, que tem o papel de alienar, por meio de nomeações, uma unidade da criança que é viabilizada por ele (FREUD, 1923 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Esse outro, em primeiro momento, é a figura cuidadora. Nas palavras das autoras, “é somente porque existe um adulto atestando que aquele corpo é da criança que as bordas corporais são construídas, dando-lhe contorno” (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014, p. 46).

À vista disso, é possível compreender que o corpo é formado também pela linguagem, o que faz com que sustente, em sua formação, uma herança simbólica dos pais (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Nesse sentido, o bebê nasce em um mundo no qual já existe uma linguagem e se instala como ser falante segundo as marcas deixadas pelo discurso de seus pais, que falam e sonham com a criança antes mesmo do seu nascimento (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

Esse corpo, construído narcisicamente a partir do outro, proporciona o contorno à fragmentação pulsional do bebê, transformando o autoerotismo em um objeto de investimento libidinal (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Desse modo, o ego torna-se uma opção-alvo da libido, constituindo uma tensão entre a

libido objetal e a libido do eu (FREUD, 1914 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

A imagem corporal com a qual o sujeito lança mão de sua identidade e, dessa forma, identifica-se, sofre abalos ao longo da vida, pois se trata de uma vestimenta que não se encaixa tão bem ao sujeito, convocando-o a novos ajustes (LACAN, 1953 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). O esforço para a reconstrução dessa vestimenta instaura uma ferida narcísica em sua imagem corporal idealizada (FREUD, 1914 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

Nas doenças orgânicas, o sujeito sente o mundo em tonalidades cinzentas, concentrando a libido no corpo. Esse processo ocorre por efeito da regressão da libido para o ego, deixando a libido objetal vazia (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). A pulsão é direcionada ao corpo de maneira que a pessoa perde o encanto por quaisquer aspectos de sua vida, e esse excesso pulsional leva o sujeito a viver em função do seu adoecimento (FREUD, 1914 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

De acordo com Inca (2011 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014), as principais formas de intervenção para a irrupção do câncer são a abordagem cirúrgica, a quimioterapia e a radioterapia. Desse modo, o corpo torna-se objeto de ação médica, manuseado através de uma divisão entre psique e soma (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014), fazendo com que a vida em torno dos cuidados com o corpo enfermo delineie um caminho que pode confinar o sujeito em um gozo, uma forma de satisfação que se relaciona com o sofrimento (LACAN, 1959 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

No tocante ao corpo somático, é possível observar que a repercussão de uma doença orgânica e seu tratamento estão sob influência subjetiva oriunda da ligação entre o corpo e o psíquico (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Lacan (1996 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014) denominou esse fenômeno de “falha epistemo-somática”, podendo levar o paciente a se distanciar da cura por uma satisfação inconsciente que vivencia como consequência das marcas psíquicas causadas pelas marcas corporais. Dessa forma, é possível

compreender que há uma dimensão no somático de um lugar de realização de um desejo inconsciente (FERNANDES, 2011). Importante salientar que, não há uma interpretação psíquica dessas marcas sensoriais, que se encontram em uma dimensão do inconsciente que vai além do reprimido, chamado de inconsciente propriamente dito ou genuíno (BÉJAR, 2017).

Na clínica com pacientes em tratamento oncológico, Ferreira e Castro-Arantes (2014) apontam:

(...) o horror do encontro com o estranho aparece diante do emagrecimento abrupto característico do avanço da doença, do inchaço desconfigurante pelo tratamento com corticoides, da alopecia consequente da quimioterapia, da perda de funções vitais ou mudança de função dos órgãos, como o uso de sonda para alimentação e excreção e da própria modificação do corpo com a amputação de suas partes nas cirurgias mutiladoras. O corpo refletido não é aquele com o qual o sujeito se reconhece, mas uma imagem não aceita pelo narcisismo, ou seja, sem representação ou registro para o eu. Vemos que não é sem o estranhamento pelo impacto do encontro com as alterações da própria imagem que o sujeito atravessa uma doença com a complexidade do câncer (FERREIRA e CASTRO, 2014, p. 50).

Em uma instituição médica, o discurso psicanalítico propõe a inclusão de um olhar sobre o sujeito para além das práticas que tem como objetivo tratar a doença orgânica (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Quando o paciente fala de suas experiências com o câncer em seu corpo, o discurso é carregado pela dimensão do simbólico e suas angústias podem, daqui em diante, receber um lugar na linguagem, colocando significantes onde antes habitava o vazio do trauma (LACAN, 1953 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Dessa forma, um espaço é aberto na via de outras formas de satisfação, para uma existência que não esteja à mercê da doença. Lançar-se por uma escuta qualificada, convidando o sujeito a falar sobre o que lhe atormenta – e do qual, ao mesmo tempo, retira certo ganho secundário devido a compulsão à repetição (FREUD, 1933 apud FERREIRA e CASTRO, 2014) – pode abrir lugar para o surgimento do sujeito, na urgência de um saber desconhecido que este carrega, que é o saber inconsciente (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). A intenção

do trabalho analítico é possibilitar que o sujeito possa contornar o insuportável e deslocar seu discurso para outra posição, construir suas próprias saídas, apropriar-se de sua própria história (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

1.2.5 A Teoria Psicanalítica e o Luto

O sujeito existe finitamente, ele não é anterior à sua finitude e sua morte é certa, ao mesmo tempo que indeterminada: pode se dar a qualquer momento (CASTRO-ARANTES, 2016). Ademais, a morte é inconcebível e inimaginável, pois, no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade (FREUD, 1915 apud CASTRO-ARANTES, 2016). Paradoxalmente, quando o homem enfrenta a finitude de suas possibilidades, lança-se na direção de seu desejo (CASTRO-ARANTES, 2016).

É em busca da concretização do desejo, que o sujeito do inconsciente tenta, a partir dos significantes que o representam, entender o que causa o desejo. Baroni considera que a análise ocorre num campo discursivo, onde ocorre transferência de uma pessoa para outra, com objetivo dar sentido para seu sofrimento. Com isso o desejo vincula-se com algo real, com algo que não se insere no discurso. (BARONI, 2011, p. 61)

Lacan (1977) salienta que aquilo que falta representação simbólica pode ser ressignificado com uma fantasia. Nesse sentido, a morte se torna um objeto sem signo, sem simbologia, nada sabemos sobre ela, e é justamente em casos como esse em que a fantasia se sobrepõe ao real, despertando justificativas religiosas, míticas ou místicas com peso maior que a própria realidade do objeto. Nas palavras do autor:

É, pois, um objeto transformado, um objeto de função simbólica, um objeto desvitalizado, que já é um signo. É quando o objeto está lá que ele o repele, e quando não está que ele o chama. Por esses primeiros jogos, o objeto passa como que naturalmente para o plano da linguagem. O símbolo emerge, e torna-se mais importante que o objeto (LACAN,

O câncer, caracterizado como uma doença orgânica reflete o real que, à vista disso, carrega uma submissão à carne (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014), ajustando-se ao aparecimento da angústia pelo susto da invasão do irrepresentável pela linguagem (LACAN, 1962 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Nesse sentido, escapa ao sujeito o significante, direcionando-o a um corpo que dói, na lembrança de sua finitude (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014).

Freud (1910) propõe que o luto é de forma geral uma reação frente à perda de uma pessoa amada ou uma figura de grande importância para o indivíduo, como a pátria, a liberdade, um ideal entre outras ausências abstratas. O luto vem com a sensação de perda, e a forma como o sujeito lida com a perda se faz necessário investigar. Para o autor, a perda representa o fim do objeto, do qual havia ali um investimento libidinal. Essa libido permanece sendo investida nessa figura, que agora, é representada por um vazio, uma ausência, até que um novo objeto possa ser catexizado e a libido deslocada.

Freud (1917), em seus estudos sobre Luto e Melancolia, relata que:

O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível (...). Essa oposição pode ser tão intensa, que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo. Normalmente, prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. (...) Contudo, o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui o ego fica outra vez livre e desinibido (FREUD, 1917, p.276-277).

Klein (1940) salienta que, ao vivenciar o processo de luto, o adulto experimenta um estado maníaco-depressivo transitório que, apesar de se manifestar em circunstâncias diferentes, é semelhante ao processo que a criança normalmente percorre no seu desenvolvimento inicial, reconhecendo que existe uma ligação entre o teste de realidade no luto e os processos arcaicos da mente.

A autora coloca o luto entre os fenômenos da posição depressiva, que seria o estado mental que o bebê suporta antes, durante e depois do desmame.

A dor vivenciada pela ausência do objeto amado é desenvolvida pelas fantasias de ter perdido seus objetos bons internalizados, dispondo de uma impressão de que seus objetos maus introjetados dominaram seu mundo interno que, por sua vez, está correndo risco de se desintegrar; por outro lado, a perda da pessoa amada impulsiona a incorporação desse objeto no ego, podendo reinstalar os objetos bons internalizados (KLEIN, 1940).

De acordo com Freud (1917), a ligação da libido catexizada na pessoa amada se confronta com a realidade em que o objeto está perpetuamente ausente e o ego é convicto de suas satisfações narcísicas derivadas de estar vivo, superando assim a sua ligação com o objeto perdido. Klein (1940) relata a possibilidade de que, durante o luto, o indivíduo possa despejar seu ódio – derivado de desejos de morte infantis contra os pais, irmãos e irmãs – para o objeto que acaba de perder, e o resultado se deve por experimentar sentimentos de triunfo sobre a pessoa morta, sendo essa sensação proveniente da posição maníaca. Ainda segundo a autora, os sentimentos de triunfo estão inevitavelmente ligados até mesmo ao luto normal e têm o efeito de contribuir para as dificuldades e a dor que o indivíduo sente nessa situação (KLEIN, 1940).

O sujeito, ao vivenciar o adoecimento por câncer, não tem um anteparo para se proteger do efeito devastador da doença (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). É compreendido, portanto, uma dimensão traumática suficientemente intensa para atravessar qualquer esforço de proteção psíquica (FREUD, 1920 apud FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Essa descoberta provoca um enfrentamento do homem à sua real condição: um ser-para-a-morte. Essas angústias difíceis de serem elaboradas pelo sujeito podem provocar profundas indagações a respeito da sua existência (MARTINS et. al, 2011).

Elizabeth Kübler-Ross (2008 apud CASTRO-ARANTES, 2016) aponta que, frente à falta de representação da morte, o sujeito se utiliza de mecanismos de defesa intensos no caminho de aceitação da doença, compreendidos como

passagens importantes no processo de organização subjetiva. Importante salientar que, de acordo com a autora, as fases se alternam e não existe uma duração predeterminada.

No que tange ao primeiro momento, o paciente pode entrar em um estado temporário de choque que remete à negação de sua doença frente à possibilidade da morte (KÜBLER-ROSS, 2008 apud CASTRO-ARANTES, 2016). Ainda segundo a autora, quando não é mais possível manter a negação, sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento começam a se manifestar no paciente (KÜBLER-ROSS, 2008 apud CASTRO-ARANTES, 2016).

A terceira fase experimentada pelo paciente frente à aceitação de sua doença é a depressão. Kübler-Ross (2008, apud CASTRO-ARANTES, 2016) distingue a depressão reativa, de caráter defensivo, da depressão preparatória, concebida como um instrumento na preparação da perda iminente, que encaminha para o estágio seguinte: a aceitação. Nesse estágio, o paciente experimenta seu destino com maior tranquilidade, compreendendo esse momento como “o sujeito diante do confronto com o impossível” (KÜBLER-ROSS, 2008 apud CASTRO-ARANTES, 2016, p. 641).

É de suma importância compreender os processos de luto vivenciados pelas dinâmicas psicológicas da família de pacientes oncológicos e como pode se dar os cuidados de profissionais da área da saúde nesse tipo de situação. Costa (2001) salienta que:

A relação dos cuidados psicológicos com pacientes oncológicos, em sua grande maioria está voltada aos modelos educacionais, tendo como uma das principais vertentes a psicologia cognitivo-comportamental, substituindo os métodos clínicos, que buscam oferecer um tratamento terapêutico individual para o sujeito (COSTA, 2001, p. 38-39).

De acordo com Costa (2001), tais modelos de tratamento oferecem um tempo limitado, e pouca interação do indivíduo com sua subjetividade, sendo oferecido os resultados do tratamento a partir da impressão do profissional responsável por oferecer o cuidado. Segundo Pereira (2018):

O paciente acometido por câncer procura o hospital em busca de um saber médico que possa curá-lo ou mitigar o avanço da doença. O encontro com o psicanalista muitas vezes se dá por intermediação do médico ou de outros profissionais aos quais o paciente já construiu um vínculo transferencial (PEREIRA, 2018 p. 333).

Nessa lógica, estando o paciente vinculado ao hospital, torna-se possível incluí-lo ao processo de psicoterapia, buscando auxiliar o sujeito em suas necessidades, seus medos e suas angústias.

Winnicott nos alerta para não trabalharmos de forma rígida utilizando uma aplicação cega a uma técnica, pois o paciente que procura análise precisa ser acolhido na sua dor e, isso ocorre à medida que ele se sente compreendido no seu sofrimento. (BARROS, 2013, p. 73)

É importante ressaltar que umas das principais e mais significativas etapas do processo de luto vivenciado por um paciente em fase terminal, é sua reintegração a família e a sociedade. Os indivíduos envolvidos em seu grupo social em sua grande maioria não estão preparados para enfrentar essa situação, muitas vezes isolando o enfermo das relações interpessoais e ampliando seu sofrimento psíquico. Para Freud (1930), o sujeito quando está afastado do campo social na qual estava acostumado, acarreta sentimentos e angustias sobre estar afastado da universalidade, ou seja, de sua cultura. Essa cultura parte do pressuposto a questões éticas impostas, padrões de aceitação, comportamento e convívios relativamente padronizados e esperados dentro de seu âmbito social. A satisfação do homem por toda sua vida é depositada na identificação na busca de seus desejos, e quando o adoecido é afastado das razões que os move, acaba gerando o mal-estar. É importante que o paciente recorra a uma psicoterapia onde se busca proporcionar um ambiente de acolhimento e escuta atenta, o terapeuta pode junto ao paciente desenvolver uma nova perspectiva, levando-o a refletir sua história, suas vivências e se preparar para lidar com seus últimos momentos. Porém, para que o resultado da experiência terapêutica possa

oferecer uma gratificação maior, é importante que todos os integrantes do grupo familiar e social do indivíduo estejam envolvidos, proporcionando assim um espaço para reinserir o sujeito a sociedade.

De acordo com castra (2003), entende-se que os cuidados paliativos estão profundamente ligados ao que se compreende por boa morte, sendo essa perspectiva individual e subjetiva de cada pessoa. Para o autor, na psicanálise pretende-se proporcionar um ambiente para escuta do sujeito, nesse sentido, podemos falar de um suporte ativo. Objetiva-se atingir uma reflexão junto ao paciente e ajudá-lo a elaborar as suas questões psíquicas e subjetivas frente a essa etapa da vida, o limite de sua existência.

Trata-se de uma construção ou cristalização de algo, ou seja, de proporcionar ao paciente uma análise de sua própria história. “É um trabalho do paciente de mobilização e fortalecimento dos recursos subjetivos, na busca de um saber próprio para lidar com a iminência da morte. Além da intervenção junto ao paciente, o trabalho abarca também o acompanhamento dos familiares, nesse momento crucial” (CASTRO-ARANTES, 2006, p.646).

Nos cuidados paliativos, se faz necessário reconhecer os limites da possibilidade de cura daqueles pacientes. Dessa forma, é importante trabalhar com a morte digna, de tal forma que não prolongue o sofrimento. A direção de um trabalho psicológico de orientação psicanalítica é a de se construir um lugar para a escuta, onde o analista é testemunha desse processo de elaboração psíquica das questões subjetivas do paciente que está vivenciando esse limite em sua vida. Esse trabalho se constitui em um fortalecimento dos recursos internos e subjetivos do paciente, na busca de um saber próprio para lidar com aproximação de sua finitude, deslocando a problemática para a experiência pessoal, conduzindo a questão da morte não por um caminho científico, mas existencial (CASTRO-ARANTES, 2016).

1.2.6 Psicologia Hospitalar

O interesse da psicologia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o paciente tem com o seu sintoma, ou seja, o significado que este paciente dá a sua doença, como ele encara e lida com a doença. “A psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (SIMONETTI, 2004. p.15).

O sintoma não é mais concebido como um problema, sendo assim Lacan orienta que o sujeito encontre uma forma de lidar com o sintoma que não o coloque no “campo de guerra” do gozo, que lhe permita obter, nessa relação, alguma paz com o aspecto irreconciliável da pulsão presente no gozo. Sem fazer guerra ao sintoma para reduzi-lo ou eliminá-lo. (MARCOS, 2013, p. 26)

O psicólogo hospitalar deve olhar o paciente como um todo, ele deve voltar o seu olhar para os aspectos psicológicos da doença, uma vez que toda doença é repleta de subjetividade.

A hospitalização caracteriza-se como um momento de contato mais próximo com o sofrimento ou a dor e, por isso, favorece uma situação propícia para a implicação do sujeito com a sua subjetividade, possibilitando uma abertura para a escuta do inconsciente. (ELIAS, 2008, p. 90)

É de extrema importância ver o paciente como sujeito que tem uma história e uma vida, não apenas como uma pessoa enferma. Esse componente é o mais importante das práticas de saúde, e possibilita o resgate, a adaptação e a conservação da dignidade e da qualidade de vida.

O foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento. Mas aspectos psicológicos não existem soltos no ar, e sim estão encarnados em pessoas; na pessoa do paciente, nas pessoas da família, e nas pessoas da equipe de profissionais. A psicologia hospitalar define como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos. Além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das

relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos (SIMONETTI, 2004, p.19).

No contexto hospitalar o psicólogo deve ter um papel não apenas interpretativo, mas também possui uma função participativa em sua atuação. O psicólogo deve auxiliar na adaptação de familiares e pacientes no enfrentamento da doença.

O psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia, para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente e ajudá-lo a enfrentar esse difícil processo, bem como dar à família e à equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do momento de fase final da vida. Seu papel parte do princípio de educar os personagens deste cenário de dor e sofrimento, quanto às atitudes diante da morte, bem como sobre a melhor maneira de resolver pendências e expressar emoções (PORTO; LUTOSA, 2010, p. 92).

O trabalho do psicólogo hospitalar não está restrito a atividades voltadas à saúde mental, mas engloba todo trabalho que tenha finalidade a promoção do bem-estar e da saúde e esteja no âmbito do trabalho da psicologia.

De acordo com Simonetti (2004) na psicologia hospitalar existem duas técnicas que o psicólogo deve trabalhar: a primeira é a escuta analítica que já é algo que o psicólogo está habituado a trabalhar, a segunda é o manejo situacional que diz respeito à especificidade da psicologia hospitalar que envolve trabalhos como: controle situacional, análise institucional, mediação de conflitos etc.

Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise. Nesta medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares (CANTARELLI 2009, p.139).

O psicólogo hospitalar faz parte de uma equipe multidisciplinar, e o trabalho dele nessa equipe ocorre uma vez existe a necessidade manter a integridade nas relações e promover comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes. A psicologia cria um elo entre o profissional e a

unidade de cuidados. Esse profissional tem o papel de identificar maneiras de troca entre paciente, família e unidade de cuidados, com o objetivo de promover uma boa adesão aos cuidados, através de uma comunicação eficiente.

No contexto hospitalar, o psicanalista com frequência sofre demandas provenientes de outros campos do saber e é importante que ele saiba disso, pois, às vezes, é preciso recuar. O analista deve acolher as demandas e encaminhamentos a ele dirigidos sem ceder às suas particularidades. Aqui se articulam as questões já suscitadas sobre as solicitações médicas. Ou seja, uma vez que o psicanalista tenha clareza dos seus dispositivos, é importante acolher as demandas médicas — independentemente das maneiras como são formuladas — e saber recuar quando necessário. (MACHADO, 2013, p 147)

A equipe multidisciplinar tem sua formação centrada nas necessidades do sujeito. A demanda do paciente que fará com que os profissionais se integrem, tendo como objetivo satisfazer suas necessidades, proporcionando dessa forma o seu bem-estar.

A equipe hospitalar é composta por diversos profissionais, incluindo aqueles que não assistem as pessoas hospitalizadas diretamente, tais como equipe de higienização, radiologista, anestesista, dentre outros. No entanto, consideraremos aqui a equipe multidisciplinar formada pelos profissionais que assistem diretamente os indivíduos: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta. Cabe salientar que a equipe multidisciplinar tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa, portanto, ela não é pré-organizada. (FOSSI; GUARESCHI, 2004, p.34)

O psicólogo hospitalar em cuidados paliativos tem um papel de dar outra direção aos critérios que se referem à qualidade, valor e significado da vida. A psicologia hospitalar é uma ferramenta em cuidados paliativos necessária, que não têm como objetivo salvar vidas, mas sim de proporcionar uma humanização do morrer.

Entende-se que a assistência prestada pela equipe multiprofissional ao ser que enfrenta o processo de terminalidade em uma instituição hospitalar necessita ser discutida e refletida. Condições

socioeconômicas e a dificuldade de controle de sintomas dificultam a permanência deste em seu lar, tornando necessária a hospitalização. Dessa forma, compreender a equipe que assiste o paciente em terminalidade no cenário hospitalar, de modo a conhecer suas concepções e o desenvolvimento do cuidado, poderá contribuir para qualificar a assistência e o alívio dos sofrimentos em todas as suas dimensões, valorizando assim, a integralidade humana (CARDOSO, 2013, p.1135).

A medicina paliativa sozinha não pode dar melhor qualidade de vida ao paciente terminal se não for trabalhada junto com um apoio psicológico especializado. As ações da psicologia em cuidados paliativos não se limitam ao paciente em fase final de vida, mas também inclui a família, como parte insubstituível da unidade de cuidados, mas esses devem ser observados em suas particularidades. Devemos considerar que cada sujeito é dotado de características únicas, compreendendo-o em sua dor. Não cabe ao profissional mensurar o sofrimento, apontando caminhos a serem tomados, mas sim, olhar para o paciente desprovido de expectativas, permitindo que o mesmo externar sua demanda, verbalizando-a no diálogo terapêutico. Nessa lógica, oferecemos a oportunidade para que a pessoa entre em contato com sua história, e que os grupos familiares ressignifiquem suas relações, proporcionando uma escuta atenta no discurso, tornando-se assim um suporte ao enfermo.

- **Objetivos**

- **Objetivos Gerais**

O objetivo geral deste trabalho é investigar a importância e o impacto psicológico dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos e seus familiares na opinião dos médicos oncologistas e psicólogos.

- **Objetivos Específicos:**

- Verificar a opinião dos psicólogos em relação à importância dos cuidados paliativos aplicados.
 - Investigar a opinião dos médicos em relação à importância dos cuidados paliativos aplicados.
 - Investigar os diferentes cuidados que são oferecidos a pacientes oncológicos e seus familiares, utilizando-se da opinião dos profissionais médicos e psicólogos como construção da base de dados.
 - Identificar em que circunstâncias a prática dos cuidados paliativos tem contribuído com maior eficácia para a saúde dos familiares e pacientes.
 - Analisar a correlação entre pressupostos teóricos da aplicação destas técnicas e sua execução em prática no campo a partir dos relatos dos sujeitos da pesquisa.
-
- **Hipótese**

Após pesquisarmos acerca do tema pudemos observar que há uma demanda relacionada aos cuidados paliativos para pacientes oncológicos e seus familiares, levando em conta a angústia gerada durante todo o processo de adoecimento, tratamento e recebimento da notícia de estado terminal. Com isso a hipótese levantada para essa pesquisa é: Os cuidados paliativos têm impacto psicológico positivo e significativo para a promoção da saúde dessas pessoas, assim as auxiliando no seu bem-estar físico e a melhor elaboração de processos psíquicos que poderiam vir a gerar conflitos.

Enquanto investigamos a opinião dos profissionais da área da oncologia em relação aos cuidados paliativos aplicados temos a seguinte hipótese: Os cuidados paliativos são em grande parte valorizados pelos pacientes e seus

familiares quando bem orientados acerca deles, levando em conta que o objetivo dos cuidados paliativos é atenuar o sofrimento, porém há uma depreciação acerca da eficácia do processo por parte dos que não o conhecem.

Ao investigarmos os diferentes cuidados que são oferecidos por médicos e psicólogos esperamos observar um olhar mais amplo por parte dos psicólogos, buscando englobar todos os envolvidos no processo, enquanto que os médicos tenham um maior foco apenas no paciente.

Ao buscar reconhecer em que circunstâncias a prática dos cuidados paliativos tem contribuído com maior eficácia na saúde dos familiares, elaboramos a seguinte hipótese: Em circunstâncias onde houver a aplicação correta, coerente à técnica, com disponibilidade de recursos e uma conscientização dos pacientes e familiares acerca do processo de cuidados paliativos, haverá uma maior eficácia na utilização deste recurso.

Por meio da análise da correlação entre pressupostos teóricos da aplicação destas técnicas e sua execução em prática no campo nossa hipótese é: Há uma discrepância entre essas práticas por conta de múltiplos fatores que podem interferir, como: profissionais, recursos ou até mesmo a falta de conhecimento dos familiares sobre o assunto, dificultando o processo quando desinformados sobre ele.

- **Justificativa.**

O problema apresentado surge a partir de uma reflexão acerca da quantidade de pessoas que são acometidas de câncer anualmente, segundo a ONU (2017) apenas o câncer mata 8,8 milhões de pessoas no mundo por ano, também foi constatado segundo a OMS (2014) que o câncer representa 34.01% dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos no final da vida, ainda assim estando atrás das doenças cardiovasculares que representam 38.47%. Sendo

assim buscamos levar em conta a importância de um amparo durante o percurso da doença com uma visão humanizada. Além disso, levamos em conta o impacto que pode ser gerado nos familiares a curto ou longo prazo com o adoecimento de seus parentes, podendo assim gerar uma série de outros transtornos incapacitantes.

Esta é uma problemática diretamente ligada ao campo da psicologia, já que buscamos promover a saúde não visando o tratamento de doenças e sim abrangendo todos os sintomas e nuances possíveis da situação. Um olhar mais atento para esta situação pode ser um indicador para uma gama de pessoas que necessitam de uma atenção especial devido a sua situação de vulnerabilidade.

Atualmente podemos observar que o tema de cuidados paliativos vem sendo abordado cada vez mais por profissionais da área da saúde. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2017) em 2014 foi adotada pela primeira vez, pela Assembleia Mundial de Saúde uma resolução para integrar os cuidados paliativos em serviços nacionais de saúde, porém segundo a *Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)* 42% dos países têm pouco ou nenhum acesso aos cuidados paliativos e apenas 20 países tem esses serviços bem integrados. Levando em conta o caráter emergente do tema, observamos que há uma abrangência ainda muito curta quando se trata da subjetividade dos sujeitos e principalmente quando tais sujeitos são os familiares e não os pacientes.

Acreditamos que uma pesquisa aprofundada do tema pode contribuir como incentivo para que essas técnicas sejam mais utilizadas dentro dos hospitais caso possamos confirmar que sua utilização represente um bem-estar psicológico para estes sujeitos, assim como propicia também uma observação sobre quais processos dos cuidados paliativos vem sendo úteis no tratamento de pacientes acometidos de câncer.

A pesquisa poderá ser realizada sem muitas complicações considerando a grande demanda em hospitais para pacientes com doenças oncológicas. Também se deve levar em conta a demanda por cuidados psicológicos em que se encontra nossa sociedade atualmente, sendo que, segundo a OMS (2015) apenas

a depressão atinge 322 milhões de pessoas em todo o mundo o que equivale a 4.4% da população mundial.

Este trabalho poderá ser realizado abrangendo hospitais da região da baixada santista e também da região metropolitana de São Paulo, o que nos possibilitaria ter mais disponibilidade para ouvir estes familiares dentro de locais, situações e condições sociais distintas.

2. MÉTODO

O método de pesquisa utilizado foi o qualitativo, com caráter exploratório, tendo em sua composição os pressupostos apresentados nos itens a seguir.

Utilizamos a revisão bibliográfica de artigos, livros e outras fontes de informação para fazer a análise, relacionando estes dados aos obtidos nas entrevistas realizadas em campo. Acreditamos que esta abordagem possibilita uma melhor análise dentro do método qualitativo.

2.1 Sujeitos

Tivemos como sujeitos alvo os profissionais da área da oncologia, optando por médicos e psicólogos. Idade e sexo dos sujeitos não serão considerados, porém, levaremos em conta uma experiência de 2 anos trabalhando dentro da área da oncologia. Realizamos essa pesquisa com 8 profissionais, sendo 4 médicos e 4 psicólogos, o que proporcionará olhares distintos acerca do tema. A pesquisa foi realizada em regiões metropolitanas dentro do estado de São Paulo.

2.2 Instrumentos

Utilizamos o roteiro de entrevista (apêndice I) como meio de coleta de dados objetivando obter um contato mais direto com esses profissionais. Acreditamos que para a orientação qualitativa a entrevista semiestruturada proporciona uma possibilidade maior de informações subjetivas a serem coletadas. Isso se dá devido ao caráter menos objetivo permitindo ao pesquisador conduzir a entrevista de forma mais ampla. “Esta dimensão no processo de construção e aplicação de uma entrevista em profundidade ou semiestruturada adquire papel decisivo nos rumos da entrevista e influenciará a produção de narrativas” (LEONTINA, 2015 p. 127). Vale ressaltar que o contato com o pesquisador influenciou o sujeito de várias formas, elas podem ser positivas ou negativas. Por isso devemos levar em consideração a influência que o pesquisador exerce em contato com o sujeito e o que foi considerado ao analisar os dados da pesquisa.

2.3 Aparatos

Com o aparato de pesquisa, foram utilizadas câmeras profissionais para a produção de conteúdo audiovisual. Com a finalidade de armazenar as informações colhidas durante as entrevistas com os profissionais, tendo como base da coleta, o roteiro de entrevista (Apêndice I).

2.4 Procedimentos

Trataremos nos subtópicos a seguir quais foram os procedimentos adotados para a coleta de dados e posteriormente para a análise dos mesmos.

- **Procedimentos para Coleta de Dados**

Em relação aos procedimentos de coleta de dados, buscamos obter informações nos locais de atuação dos profissionais em geral, como por exemplo, seus consultórios. Tivemos como base da investigação o roteiro de entrevista disponível no apêndice I, com a finalidade de explorar as respostas de forma qualitativa, abordando o contexto social dos envolvidos e a percepção pessoal de cada caso. O público alvo da pesquisa para o qual foi dirigida a entrevista são os profissionais formados em psicologia que exercem a profissão na área da oncologia e profissionais com formação em medicina, que exercem função no mesmo setor.

Os profissionais foram localizados através de sites, blogs, redes sociais, jornais e internet. O contato foi formalizado por meio da carta de apresentação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após isso foi proposta a entrevista com a finalidade de esclarecer as propostas objetivadas por essa pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, aplicadas por um ou mais pesquisadores, com o intuito de coletar dados suficientes para ser realizada a análise posterior dos dados.

Como método de armazenamento de dados para análise, utilizamos de gravações audiovisuais e arquivos impressos referentes ao roteiro de entrevista.

- **Procedimentos para análise de dados**

A análise dos dados foi feita com base nas orientações e informações obtidas nas entrevistas com os profissionais por meio da análise do discurso.

Segundo Orlandi (2001) por meio da análise do discurso pode-se compreender o direcionamento da palavra como instrumento social e não apenas simples símbolo, assim nos possibilitando relacionar os aspectos observados na prática com o material teórico obtido. A pesquisa pretende identificar elementos que abordem os cuidados paliativos em pacientes oncológicos, buscando identificar quais são os sentimentos vivenciados pelo indivíduo nesse momento difícil de sua vida, como a família lida com a informação, qual a importância da realização desse processo. Isto foi analisado por intermédio das opiniões dos profissionais, sendo o roteiro de entrevista estruturado a partir dos objetivos gerais e específicos dessa pesquisa.

Orlandi (2001) nos diz que a análise é dividida em etapas, primeiramente objetivando o discurso, para que em contato com o material teórico adotado pelos pesquisadores, venha se tornar material empírico, ou seja, a correlação entre o discurso e os pressupostos teóricos trará à tona os dados observados com maior fidedignidade o que proporcionará os resultados da pesquisa.

2.5 Ressalvas éticas.

No que tange a ética da pesquisa, foi preservada a imagem de todos os envolvidos, sendo esses os sujeitos, as instituições, os pesquisadores e a universidade. De acordo com o Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Educação (CEPPE), sendo este o órgão responsável pela fiscalização das ressalvas éticas presentes nas pesquisas.

A pesquisa está profundamente comprometida com o bem-estar e a proteção dos membros envolvidos durante todo o processo de coleta de dados, oferecendo risco mínimo aos sujeitos envolvidos e assim evitando constrangimento ou qualquer tipo de desconforto, preservando sua integridade física e psíquica, assim como sua subjetividade, privacidade e veracidade das informações.

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo II), os sujeitos tiveram contato com os objetivos da pesquisa tendo todas as suas dúvidas devidamente esclarecidas, deixando clara a liberdade para que o mesmo se retire do processo caso desejar.

Entendemos que a pesquisa possui importância científica, sendo de total responsabilidade dos pesquisadores as ressalvas éticas. Sendo assim, as informações disponíveis nesse documento garantem o compromisso ético do pesquisador.

Como benefícios imediatos para os participantes objetivamos comunicar os resultados e conclusões da pesquisa o que acarretará numa melhor compreensão sobre ela e o tema abordado.

- **RESULTADOS**

Como referido nos procedimentos buscamos informações dos profissionais em locais de trabalho de profissionais da área, utilizamos recursos online como redes sociais e contatos com outros profissionais de suas respectivas áreas. Todos os contatos foram realizados inicialmente por meio de telefone e pelo aplicativo WhatsApp para podermos marcar os encontros para as entrevistas e apresentarmos as cartas de apresentação juntamente ao TCLE.

Tivemos certa dificuldade em encontrar profissionais com as especificações dos sujeitos desejados pela pesquisa, por conta disso a entrevista foi realizada com oito sujeitos. Alguns não possuíam disponibilidade de horário,

houve diversos cancelamentos de encontros, em certos casos foi necessário que os pesquisadores dispusessem de local para a realização da entrevista. Diversas variáveis fizeram com que houvesse certa dificuldade também na realização das entrevistas, por conta disso as entrevistas foram aplicadas presencialmente e em alguns casos mediadas por meios de comunicação devido à falta de disponibilidade dos sujeitos.

Em todos os casos foram aplicadas as perguntas do roteiro de entrevistas (APÊNDICE I), sendo utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, o que proporcionou mais liberdade para os sujeitos falarem sobre o tema abordado. Foi notado um andamento descontinuado nas entrevistas realizadas por intermédio de meios tecnológicos, pois notamos que quando realizado por meio assíncronos, mesmo levando em conta que os sujeitos responderam prontamente, não parecia haver uma continuidade na entrevista, destoando do objetivo da aplicação da entrevista semiestruturada, pois não se observou um clima de diálogo que propicie a expressão da subjetividade em tais casos.

3.2 Caracterização dos Sujeitos

Foram entrevistados no total oito sujeitos sendo quatro deles com formação na área de psicologia e quatro na área da medicina. Os sujeitos são constituídos por seis mulheres e dois homens, sendo um dos homens médico e um psicólogo.

Todos os sujeitos atuam a pelo menos dois anos em contato com as áreas relacionadas a oncologia e área hospitalar. Apenas um dos sujeitos da área médica relatou não exercer seu trabalho especificamente dentro da oncologia, mas sim em uma ala médica onde também estão inclusos os pacientes oncológicos.

Observamos que os sujeitos no geral já tiveram algum contato com a prática dos cuidados paliativos durante suas experiências profissionais, muitos

relacionaram esse primeiro contato com a área da oncologia.

Gráfico 1 – Comparação de gênero

O gráfico acima mostra o gênero dos profissionais entrevistados, com isso podemos notar que dos oito entrevistados apenas dois eram homens.

Gráfico 2 – Comparação de idade

O gráfico acima mostra a idade dos participantes, com ele podemos observar que a idade da maioria dos entrevistados varia de trinta à quarenta anos.

Gráfico 3 – Comparação do tempo de experiência

O gráfico acima mostra que cinco dos oito entrevistados tem mais de quatro anos trabalhando na área de cuidados paliativos.

3.3 Análise de Dados

Após expormos os caminhos percorridos para efetivar a coleta de dados e então darmos uma breve orientação quanto aos perfis dos sujeitos que colaboraram com a nossa pesquisa iremos expor aqui a análise realizada versada sobre os dados coletados previamente.

3.3.1 Análise do Discurso

Orlandi (2001) ressalta a importância da contextualização do sujeito dentro da posição que ocupa na sociedade, podendo assim fazer um paralelo entre historicidade e linguagem, o que possibilita elucidar os contextos do dito e não dito.

Os discursos são produzidos por profissionais que dentro da área de atuação em que se contextualizam as entrevistas, trabalham dentro de equipes e eventualmente realizam tais práticas dentro de instituições.

O discurso oralizado proporciona maior uso de metáforas e metonímias, como em “porque a equipe também fica muito mexida né”, por meio da paráfrase poderíamos utilizar “pois os profissionais também ficam muito comovidos”, há uma mobilização emocional em relação aos especialistas que lidam com os cuidados paliativos também. Isso nos leva a considerar a interpretação e pluralidade do discurso se o analisarmos relacionando a linguagem e o contexto.

Tal discurso foi produzido dentro de um contexto de pesquisa, por técnicos não relacionados aos entrevistadores, ainda devemos levar em consideração que tal discurso visa como interlocutor os entrevistadores presentes na ocasião e inicialmente é produzido com o intuito de contar uma visão isolada e subjetiva acerca do tema.

3.3.2 Análise do Conteúdo

A análise do conteúdo será realizada a partir da análise categorial. Bardin (1977) diz que para este tipo de análise é útil a classificação dos significados, assim criando categorias que por si podem ajudar a organizar os dados e encontrar uma correlação entre os conteúdos obtidos.

3.3.2.1 Objetivo 1

Em relação ao primeiro objetivo proposto para essa pesquisa que é o de “Verificar a opinião dos psicólogos em relação à importância dos cuidados

paliativos aplicados.” foram elaboradas as seguintes perguntas:

- Você acredita que a realização dos cuidados paliativos contribui de que forma para os pacientes oncológicos? Como você avalia a importância dessa contribuição?
- Qual importância você atribui a realização dos cuidados paliativos com os familiares ao longo do processo de tratamento do paciente oncológico? Por quê?
- Qual importância você acredita que os pacientes atribuem à prática dos cuidados paliativos? E seus familiares?

Dentro da pergunta 7 foram identificadas as seguintes categorias:

Qualidade de vida: Foi possível notar que muitos psicólogos relacionam o processo aos cuidados e qualidade de vida do paciente adoecido, isso pode ser observado em casos como “retorno da sua dignidade, qualidade de vida, é... saber que você ainda está vivo, né.” ou em “.A gente trabalha com o cuidado. Cuidado onde se trabalha com as angústias e nas acolhidas.”

Dentro da pergunta 8 foram identificadas as seguintes categorias:

Escuta: Foi possível observar que os psicólogos atribuem a importância deste processo para os familiares à possibilidade de se expressarem acerca do que acontece, seja com os profissionais ou até com o paciente e seus outros familiares, isso fica explícito em: “Então quando você pode conversar com aquela família, explicar, acolher, falar desses sentimentos contraditórios, porque a família não quer perder o ente mas aquilo está sendo muito desgastante” e em “. Porque você possibilita que eles possam quebrar um pouco esse muro muito rígido que se forma entre ambos, e que em lugar do sofrimento isolado eles possam sofrer juntos.”.

Dentro da pergunta 9 foram identificadas as seguintes categorias:

Acolhimento: Um discurso que se tornou recorrente dentro dessa questão foi o de acolhimento como em “Para o paciente, eu acho que eles atribuem uma relação onde é uma equipe que suporta as perguntas, porque habitualmente eles percebem que a equipe de saúde fica um pouco evasiva,” esse discurso pode ser observado também em “Esteja de verdade com o paciente”. Justamente com o cuidado paliativo ou você está de verdade ou você não está” onde observamos que os profissionais de psicologia acreditam que os pacientes atribuem tal importância ao processo por conta do acolhimento que lhes é proporcionado. Nota-se que a parte da questão sobre os familiares foi deixada de lado pela maior parte dos sujeitos.

3.3.2.2 Objetivo 2

Em relação ao segundo objetivo proposto para essa pesquisa que é o “Investigar a opinião dos médicos em relação à importância dos cuidados paliativos aplicados.” foram elaboradas as seguintes perguntas:

- Você acredita que a realização dos cuidados paliativos contribui de que forma para os pacientes oncológicos? Como você avalia a importância dessa contribuição?
- Qual importância você atribui a realização dos cuidados paliativos com os familiares ao longo do processo de tratamento do paciente oncológico? Por quê?
- Qual importância você acredita que os pacientes atribuem à prática dos cuidados paliativos? E seus familiares?

Dentro da pergunta 7 foram identificadas as seguintes categorias:

Alívio nos sintomas: Foi observado uma valoração para a questão dos sintomas como em “um alívio de sintomas negativos como alívio da dor, alívio da

falta de apetite, alívio de sintomas depressivos através da equipe multidisciplinar” ou em “sem dúvida o cuidado paliativo ele impacta de forma favorável porque ele vai minimizar o sofrimento que essas doenças causam então ele vai amenizar o sofrimento físico né, psíquico, social também” porém como sintomas não são consideradas apenas questões físicas, como observamos em “Olha eu acho que a abordagem a implementação de cuidados paliativos para um paciente ela é ampla ela vai além do controle do sintoma ela vai é uma abordagem é psicossocial é uma abordagem de um sofrimento”.

Dentro da pergunta 8 foram identificadas as seguintes categorias:

Luto: Nesta questão podemos observar por parte dos médicos que a questão do luto apresenta grande importância como em “A abordagem cuidados paliativos com a família é muito importante, talvez metade do tratamento de cuidados paliativos é a abordagem com a família né, e isso contribui muito com o paciente, porque a família fica mais segura, tem um entendimento do processo da doença, entendimento do processo de morte e isso deixa a família mais tranquila...” essa questão também aparece em “...você ter alguém que você ama o próximo que você tem um laço afetivo ou que de alguma forma contribui pra sua rotina vai tá doente então essa pessoa perde o papel social e esta outra vai cumprir o medo da perda o medo da impotência da perda...”

Dentro da pergunta 9 foram identificadas as seguintes categorias:

Desconhecimento acerca do processo: O discurso dos médicos nos diz que os familiares e pacientes possuem pouco conhecimento sobre o processo de cuidados paliativos, como em “Então muitas vezes o paciente ele não entende muito bem o que é esses cuidados paliativos...” ou quando é citado que “A importância que os pacientes atribuem a prática de cuidados paliativos e seus familiares em primeiro lugar que eu acho que ainda hoje existe um grande estigma com a palavra de cuidado paliativo né nesse momento ainda é preciso um grande

trabalho de conscientização...”.

3.3.2.3 Objetivo 3

Quanto ao terceiro objetivo elaborado para essa pesquisa que é o de “Investigar os diferentes cuidados que são oferecidos a pacientes oncológicos e seus familiares, utilizando-se da opinião dos profissionais médicos e psicólogos como construção da base de dados.” elaboramos as seguintes perguntas:

- Os familiares dos pacientes costumam se envolver no processo? De que forma isso ocorre?
- Há diferenças no objetivo dos cuidados paliativos realizados com os familiares em relação ao dos pacientes? Quais são?
- Na prática dos cuidados paliativos, há diferenças entre as atividades realizadas com os familiares em relação aos pacientes?

Dentro da pergunta 10 foram identificadas as seguintes categorias:

Envolvimento: Nesta pergunta foi possível observar um grande envolvimento e importância dos familiares nesse processo como em “, eu posso dizer de uma forma assim “Queremos também ajudar de alguma forma, e a gente só vai ajudar se a gente aprender com vocês, então nos ensinam?” “, isso se repete em “ele se envolvem totalmente né e eles totalmente apoiam então eu percebo que realmente a evolução o envolvimento acontece envolvimento com a equipe...” e novamente em “principalmente nos momentos finais da vida assumem o principal papel do cuidado”. Assim pode-se observar a necessidade e a vontade de envolvimento e colaboração dos familiares ao longo do processo.

Dentro da pergunta 11 foram identificadas as seguintes categorias:

Autonomia: O principal ponto abordado foi que o paciente acaba por ter um declínio em sua autonomia por conta da doença como observamos em “Em relação as diferenças dos objetivos é que o paciente tem uma queda progressiva de uma grande autonomia, em performance de vida. Em virtude da doença que é agressiva que vai se avançando...” enquanto que os familiar mantêm sua autonomia e acaba por trabalhar com a continuidade do processo de aceitação e “não adoecimento”, podemos observar isto neste trecho “... e pra família você trabalha no sentido de uma prevenção para que essa família também não adoeca no sentido emocional”.

Dentro da pergunta 12 foram identificadas as seguintes categorias:

Nesta questão a maioria dos sujeitos relacionou a resposta com a questão anterior atribuindo o mesmo significado, em um caso especial nos foi dito que “ah eu acho que é uma união de tudo, eu não colocaria como diferenciações não”.

3.3.2.4 Objetivo 4

Em relação ao quarto objetivo que é o de “Identificar em que circunstâncias a prática dos cuidados paliativos tem contribuído com maior eficácia para a saúde dos familiares e pacientes.” foram elaboradas as seguintes questões:

- Você acredita que a participação dos familiares no processo colabora com o processo? De que forma?
- Qual você acredita ser a importância da participação dos familiares no processo dos cuidados paliativos para o paciente?
- Na sua opinião, com a participação no processo os membros da família tendem a lidar melhor com a notícia da doença e com o processo de tratamento?

- Na sua opinião para a realização dos cuidados paliativos dentro da área da oncologia da melhor maneira possível por quais profissionais a equipe deve ser constituída? Como estes profissionais contribuem ou poderiam contribuir dentro dessa prática?
- Qual você acredita ser o papel do psicólogo dentro desse processo?

Dentro da pergunta 13 foram identificadas as seguintes categorias:

Entes queridos: Os sujeitos acreditam que os familiares colaboram pois a participação dos familiares próximos ao paciente tem suma importância para o bem estar do paciente, como podemos observar em “Com isso, os familiares por serem pessoas que a gente entende que tem uma relação afetiva importante e significativa para o paciente, no caso esses familiares farão total diferença nesse processo.” outra profissional também destaca essa importância de forma enfática em “Bem não resta dúvida a gente quando tá doente a gente quer tá ao lado da pessoa das pessoas que nos fazem sentido na vida né das pessoas que nós amamos então esse papel da família junto olha é muito importante...”

Dentro da pergunta 14 foram identificadas as seguintes categorias:

Ajuda: Os sujeitos destacam que acreditam que os familiares se tornar como uma espécie de suporte para o paciente e esses familiares acabam por fazer parte da própria equipe de cuidados paliativos como observamos em “Nossa, é imprescindível, é totalmente relevante, sem eles eu acho que o trabalho não teria uma sequência boa, né.. é como se fosse a gente trabalhar no mesmo setor, exigem o mesmo da gente, você trabalha de um jeito e eu de outro...”, enquanto que aqui se observa novamente a importância da família como suporte “, eles vão estabelecer que o paciente possa sim fazer todo esse percurso de uma forma mais única, tendo uma condição mais ativa possível até o dia da sua morte.”.

Dentro da pergunta 15 foram identificadas as seguintes categorias:

Compreensão da doença: Neste caso é relatado que a participação dos familiares proporciona uma melhor compreensão da doença do paciente o que favorece o processo, um dos profissionais nos diz “Com certeza. Com a abordagem de cuidados paliativos com a família, a família tem uma aceitação melhor de todas as fases da doença e da morte do paciente não há dúvida.”, enquanto que outro diz de forma mais detalhada “. Então essa possibilidade deles participarem dos cuidados paliativos favorece sim, que eles possam compartilhar com a equipe, né? Que eles possam ultrapassar essas fases difíceis do luto antecipatório e pós óbito, porque a gente também tenta dentro do possível oferecer um acolhimento para as famílias no pós óbito. Então é importante sim, dentro desse processo dos cuidados paliativos. Eles vão lidar melhor sim.”.

Dentro da pergunta 16 foram identificadas as seguintes categorias:

Controle de sintoma: Um ponto destacado aqui foi o de profissionais que possibilitem o controle dos sintomas, principalmente os que causam dor no paciente, como vemos em “médico oncologista, controle da dor e tratamento da doença. médico paliativista, controle da dor, sintomas orgânicos e abordagem familiar e paciente. Psicólogo, indispensável em todas as etapas do processo. fisioterapeuta, auxílio na dor através de fisioterapia antálgica, fortalecimento muscular. nutricionista, adequar dieta para todas as fases da doença, evitar perda de peso. terapeuta ocupacional - auxiliar no processo de reabilitação. “, além disso as especializações mais citadas além de médico e enfermagem foram, psicologia, nutrição, dentista e fisioterapeuta.

Dentro da pergunta 17 foram identificadas as seguintes categorias:

Suporte: Aqui vemos que o papel do psicólogo se perpetua por todas as áreas dentro do processo como observado em “É porque eu penso em três vertentes, eu vou te falar uma de cada vez... O paciente, ajudar o paciente a

elaborar esse processo, a acolher, estar com ele, ouvir. Tem a vertente da família né, a família ela é o maior desafio na minha opinião muitas vezes, em lidar com a incurabilidade, a sensação de impotência de não poder trazer a cura para o seu ente querido, então o trabalho com a família no sentido de ajuda-los a entender e elaborar esse processo e trabalhar a equipe, porque a equipe sofre muito, a equipe tem que trabalhar com a impotência desse paciente as vezes a gente faz um vínculo com o paciente, o paciente passa aqui há anos e chega um momento que a doença ela acaba...”, essa questão da equipe aparece novamente em “então o psicólogo ele não vai só acompanhar o doente a família mas a equipe a equipe na no dia a dia lidando com esses casos difíceis né tem famílias que são mais complicadas que são mais difíceis de lidar.”.

3.3.2.5 Objetivo 5

O último objetivo estabelecido foi o de “Analisar a correlação entre pressupostos teóricos da aplicação destas técnicas e sua execução em prática no campo a partir dos relatos dos sujeitos da pesquisa.” e em relação a este objetivo foram elaboradas as seguintes questões:

- Há divergências entre os pressupostos teóricos da aplicação de cuidados paliativos e sua realização na prática? Quais?
- Na sua opinião faltam temas a serem abordados nos estudos teóricos a respeito dos cuidados paliativos? Quais?

Dentro da pergunta 18 foram identificadas as seguintes categorias:

Questão financeira: Foram apontados fatores de investimento que fazem com que o trabalho e a equipe não sejam ideais como em “Acho que têm muitos desafios os cuidados paliativos, principalmente quando a gente tenta fazer na nossa realidade né, de países de econômica emergente, a gente precisa de

formação e formação leva tempo, formação leva dinheiro, a gente precisa de medicamentos de opioide às vezes de última geração, medicamentos bons, a gente precisa que esses profissionais saibam manejar a dor, medicação.”.

Humanização do profissional: Outro ponto importante citado foi o de levar em consideração que o profissional que trabalha com essa prática também se envolve emocionalmente como citado em “Eu mesmo falo por mim quando comecei, eu tentei me aproximar nos cuidados, eu tinha um entendimento pautado em prolongar a vida a qualquer custo. Eu particularmente, eu se tivesse um familiar em estado grave eu queria que fizessem tudo o que seria possível...” , aqui vemos essa questão aparecendo novamente “Somos seres humanos, né... eu leio muito sobre cuidado paliativo e eu nunca deixo de lado, que eu sou ser humano, né... que eu posso sim dizer hoje eu não posso com o paciente seu José, não tá dando pra mim, tem algo pegando pra mim”.

Dentro da pergunta 19 foram identificadas as seguintes categorias:

Cuidados Paliativos na Formação: Muitos dos sujeitos indicaram que esse tema precisaria ser abordado dentro da formação de diversos cursos que compõe a equipe multidisciplinar que aplica os cuidados paliativos, observamos esse discurso em trechos como “tem um tema que eu sinto muita falta, é trabalhar mais, incentivar mais no, na procura de artigos sobre colocar esse tópico “Cuidados Paliativos” na graduação, do médico, do psicólogo, do enfermeiro, do nutricionista, do fisioterapeuta, de todos esses que estão à frente dos cuidados paliativos.” e em “Penso que esse tema de compreender um pouco, o avanço das tecnologias, e compreender um pouco o alcance das possibilidades humanas precisam estar presente em todas as formações.”

- **DISCUSSÃO**

Nessa etapa, será realizado uma articulação dos elementos identificados na análise do discurso com o levantamento teórico, promovendo uma relação destes com os objetivos dessa pesquisa e a teoria psicanalítica. Ainda neste capítulo, será abordado a confirmação ou refutação das hipóteses levantadas,

considerando todo o material disponível e os resultados obtidos nas entrevistas com os profissionais médicos e psicólogos.

4.1 QUALIDADE DE VIDA, ESCUTA E ACOLHIMENTO

4.1.1 Qualidade de vida

De acordo com as respostas dos profissionais entrevistados, existe uma relação significativa do processo de cuidados paliativos a qualidade de vida dos pacientes adoecidos. Nos resultados obtidos com as entrevistas, ficou evidente que qualidade de vida em cuidados paliativos representa um trabalho de busca em recuperar a dignidade do enfermo, para que o mesmo possa perceber-se vivo, ativo em sua vida. A OMS (2007) configura o tema como parte indispensável do tratamento, considerando-o como um dos principais objetivos dos cuidados paliativos. Entende-se que esta é uma abordagem que promove a qualidade de vida ao sujeito, e também a seus familiares frente ao enfrentamento da doença que ameaça a continuidade de sua existência. Busca-se dessa forma promover o alívio do sofrimento, para tal, é necessário que a doença seja identificada o quanto antes, de forma em que o tratamento ocorra o mais rápido possível, tendendo-se a trabalhar as questões de natureza física, psíquica e social. Byock (2009), entende que ao tratarmos os elementos que compõem os sintomas do enfermo, é possível também promover a qualidade de vida a partir da aceitação da morte, como algo natural da vida, um processo do qual todos estamos destinados, permitindo assim uma elaboração da história do sujeito, ressignificando componentes essenciais de todo seu sofrimento.

O foco da equipe multidisciplinar é promover ao enfermo uma maior qualidade de vida, embora inicialmente, paciente e familiares, não compreendam bem a finalidade dos cuidados paliativos, cabendo aos profissionais explicarem o que está sendo feito, pois trata-se de uma abordagem, que não mais visa a cura da doença, mas sim oferecer um tratamento que trabalhe em prol da minimização do sofrimento entre os envolvidos. No entanto, não é uma tarefa fácil, de acordo com Silva e Araújo (2009), até o final da vida do enfermo as pessoas que vivem em sua volta tentam encontrar alguma forma de cura, e atribuem aos médicos,

psicólogos, enfermeiros e toda a equipe, a missão de remediar a doença.

Entende-se que o tratamento em cuidados paliativos busca fortalecer o indivíduo, os sujeitos geralmente submetidos a tal processo possuem uma maior capacidade de enfrentamento da doença, notando-se cada vez mais um interesse pela prorrogação da vida e o desejo de viver com qualidade (KUBLER-ROSS, 2008).

Para a psicanálise, a qualidade de vida está profundamente relacionada a satisfação dos prazeres. De acordo com Freud (1929/1930) o sujeito almeja a felicidade que advém da satisfação de seus desejos. Tais buscas são subjetivas de cada pessoa, e cada desejo é singular. Nas entrevistas tornou-se claro a procura pela realização das vontades incompletas, como se casar, comer um último lanche de sua preferência, ver alguém e etc. Se perceber frente a morte, promove uma urgência de se satisfazer, de realizar-se, nesse sentido, Baroni (2011) aponta que se trata da busca pela concretização do desejo, que a partir de uma série de significantes que representam o sujeito, leva-o de forma inconsciente a entender a causa de seu desejo. Dessa forma, podemos entender a psicanálise como um campo pertencente a dimensão discursiva, onde a partir da fala do enfermo torna-se possível estabelecer uma transferência afim de encontrar sentido para a sua falta, pois o desejo está vinculado ao real, sendo este um elemento que não se inscreve no discurso.

Promover um espaço onde a qualidade de vida se torne possível, é parte indispensável do trabalho em cuidados paliativos. O ambiente hospitalar, acaba por se tornar uma extensão da vida do paciente, seu local permanente. Nesse momento, o sujeito pode se perceber sozinho, rejeitado, distante do laço social, o que acarreta em uma sensação de desvalimento e angústia. Torna-se um desafio operar com o olhar psicanalítico para as demandas hospitalares, uma vez que a psicanálise se constituiu enquanto uma ciência clínica. Para além da clínica, os elementos de análise podem se tornar mais dispersos, pela ausência de um setting terapêutico, um ambiente acolhedor e uma noção de privacidade, tais recursos não são acessíveis dentro de um hospital, nesse sentido, o psicólogo se

vê frente a uma necessidade de adaptar-se ao meio de trabalho, buscando utilizar recursos alternativos pela falta de material teórico disponível que sugere uma intervenção mais adequada. Com isso, promover a qualidade de vida para os pacientes inseridos no meio hospitalar já se apresenta por si só como um desafio. O diálogo com o paciente só é possível em meio a outros leitos, com estímulos sonoros e visuais por todas as partes. A noção de privacidade é uma ferramenta importante para que o sujeito em análise se sinta à vontade para associar livremente, ponto de partida do trabalho analítico. No entanto, esse modelo não é aplicável nos leitos hospitalares. Diante de tamanho desafio, é comum que os profissionais da área busquem construir o seu próprio método, sustentando a escuta com base na associação livre, mas também, buscando atender alguns interesses dos pacientes, como procurar um amigo ou parente que o sujeito a muito não vê, ou simplesmente buscar um lanche que o paciente queira muito. Atender a algumas demandas do paciente significa conferir-lhe a dignidade de escolha, permitindo que o mesmo possa desejar. É importante ressaltar, que o apoio de toda equipe multidisciplinar é indispensável, para que possa ser avaliado se os desejos do paciente não prejudicarão sua saúde física e psíquica, buscando a promoção de uma maior qualidade de vida naquele espaço.

Machado (2013) em seu trabalho “A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades”, enfatiza os desafios do psicanalista em realizar um manejo que esta para além da clínica, ou seja, no contexto hospitalar. De acordo com o autor, não se encontra nos estudos freudianos um método psicanalítico que esteja fora do enquadre clássico de atendimento. Dessa forma, é possível questionar sobre a legitimidade da psicanálise nesses ambientes. Dentre os profissionais entrevistados, a maioria ressaltou a falta de ferramentas teóricas para auxiliar no tratamento dos cuidados paliativos, tal como podemos observar nos ditos do autor –“No caso dos hospitais, observa-se uma descaracterização e até mesmo uma alteração dos fundamentos da psicanálise por parte dos profissionais que se dizem psicanalistas” (MACHADO, 2013, p.146). No entanto, devemos considerar que o enfrentamento de tais desafios, acaba propiciando um modelo de atendimento singular de cada profissional e que

também diz da estrutura ontológica dos ambientes em que estão inseridos.

Nota-se a partir dos recursos reunidos nesse subcapítulo, que em partes, pudemos confirmar nossa hipótese principal, isso evidenciou-se melhor nas questões 7 e 8. Os profissionais confirmaram a eficiência do processo para a promoção da saúde psicológica dos indivíduos envolvidos nos cuidados paliativos em que trabalharam, além disso também foi apontada as possíveis formas de atuar no contexto hospitalar com o viés psicanalítico. Confirmamos que promover a qualidade de vida é de extrema importância, ou seja, para que os cuidados paliativos tenham um impacto psicológico positivo e significativo na promoção da saúde dos envolvidos, assim auxiliando-os no seu bem-estar físico e na melhor elaboração de processos psíquicos que poderiam gerar conflitos.

4.1.2 Escuta

Com base no primeiro objetivo, o segundo núcleo categorial identificado foi a escuta, mencionada com grande importância pelos sujeitos entrevistados. Segundo eles, uma ferramenta que se destaca é a escuta que os profissionais precisam ter frente as questões do sujeito. A escuta possibilita ao paciente uma maior sensação de acolhimento, desconstruindo o modelo formal de atendimento presente na área da saúde e promovendo um vínculo maior para lidar juntos, profissional e paciente, com o sofrimento do enfermo. SILVA e ARAÚJO (2009), pontuam que, a escuta é uma habilidade primordial no tratamento da pessoa em processo de morte, sendo necessária para identificar as demandas reais do mesmo. Dessa forma, o profissional precisa mostrar-se disposto a ouvi-lo, interessado em sua história. “Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade” (SILVA e ARAÚJO, 2009, p.51). Freud (1917), ressalta que diante da morte do outro, o sujeito civilizado tende a agir cuidadosamente, evitando interagir com o assunto, o que acaba por promover uma condição negativa para o paciente que sofre, sendo muitas vezes evitado pelos outros. Dessa forma, a equipe de cuidados paliativos precisa lançar-se por uma escuta qualificada, convidando o sujeito a falar sobre o que lhe atormenta – e do qual, ao

mesmo tempo, retira certo ganho secundário devido a compulsão à repetição (FREUD, 1933 apud FERREIRA e CASTRO, 2014). O psicólogo de orientação psicanalítica deve realizar o trabalho de construir um lugar para a escuta, onde o analista é testemunha desse processo de elaboração psíquica das questões subjetivas do paciente que está vivenciando esse limite em sua vida. Esse trabalho se constitui em um fortalecimento dos recursos internos e subjetivos do paciente, na busca de um saber próprio para lidar com aproximação de sua finitude, deslocando a problemática para a experiência pessoal, conduzindo a questão da morte não por um caminho científico, mas existencial (CASTRO-ARANTES, 2016).

Ouvir o sujeito, promover uma escuta atenta, permite que o paciente construa na relação com o terapeuta, uma noção de que está sendo acolhido, e assim, expor sua narrativa que será fundamental para o tratamento dos sintomas. Narrar suas experiências de vida é compreender qual o significado de sua existência, para que em seguida possamos pensar na representação simbólica da morte para aquela pessoa. Lidar com a própria finitude nunca é uma tarefa fácil, cada sujeito tem sua própria noção do fim, alguns vão dizer que trata-se de uma transição para uma nova vida, outros que não há nada no pós morte, e é justamente nesse ponto que a escuta se apresenta com importância única, é através dela que é possível compreender o que se passa no mundo interno do paciente, como a realidade emerge de forma singular para ele, somente assim, é possível chegar no amago das fantasias primárias e trabalhar com as raízes dos sintomas.

É importante pensar também nas dificuldades que o psicanalista enfrenta ao trabalhar com a escuta no contexto hospitalar. Elias (2008), nos convida a refletir, - “seria possível escutar o sujeito em sua dimensão inconsciente em qualquer lugar? E em curto espaço de tempo? (ELIAS, 2008, p.88). Freud (1919, apud ELIAS, 2008) considera a necessidade de adequar a psicanálise aos contextos que estão fora da clínica. O Autor nos norteia em relação aos possíveis núcleos de conflitos que emergem em um hospital geral:

É necessário refletirmos sobre algumas questões que emergem dentro de um hospital geral. Composto por pessoas com demanda de tratamento orgânico, cuja existência é pautada no sofrimento, suas angústias e demandas transcendem o biológico, embora, algumas vezes, por falta de alternativa, são nomeadas no corpo e, como consequência natural, endereçadas ao médico. Essa clientela que acompanhamos representa ainda hoje um desafio para quem se propõe a uma prática clínica dentro desse contexto, principalmente para os voltados para o atendimento nas enfermarias. (ELIAS, 2008, p.89).

Notamos nas entrevistas, que embora o atendimento em cuidados paliativos depara-se com inúmeros desafios na prática, cada profissional desenvolve seu próprio manejo, e aplica da sua maneira, uma escuta qualificada. O confronto diário com inúmeras situações de conflito, que demandam de um preparo emocional e psíquico por parte da equipe multidisciplinar, preparo-os, de certa forma, para lançar-se a uma escuta atenta, e através da experiência, passam a manejar o ambiente com mais facilidade e maior qualidade.

Concluimos que este núcleo é parte da confirmação da quarta hipótese, ou seja, em circunstâncias onde houver a aplicação correta, coerente à técnica, com disponibilidade de recursos e uma conscientização dos pacientes e familiares acerca do processo de cuidados paliativos, haverá uma maior eficácia na utilização deste recurso. A qualificação da escuta é parte indispensável a aplicação da técnica psicanalítica em meio ao ambiente hospitalar, se aplicada de forma adequada poderá promover melhores resultados. Como vimos nas entrevistas, os profissionais apontam no sentido de um tratamento eficaz, que deve ser conduzido por via da escuta e do tratamento hospitalar precoce.

4.1.3 Acolhimento

Como último núcleo categorial do primeiro objetivo, identificamos o acolhimento, que se apresenta como algo de extrema importância no processo de cuidados paliativos. Os profissionais entrevistados consideram que se trata de uma ferramenta indispensável não só ao psicólogo, mas a todos os profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar. O exercício de empatia é um requisito básico para a promoção do acolhimento. Em concomitância com o que foi dito nos

parágrafos anteriores, o acolhimento é parte da construção do vínculo, que viabiliza a transferência por via da confiança na equipe operacional. No ponto de vista da psicanálise winnicottiana, para que seja possível promover o acolhimento, o analista não deve estar protegido por um setting rigoroso, do contrário lidaremos com a possibilidade de reforçar nossas próprias defesas e as defesas do paciente, o que acaba por limitar o acolhimento do sujeito. Com isso, é importante que haja uma certa flexibilidade, para termos em vista os elementos fundamentais que compõem o sofrimento do enfermo (BARROS, 2013).

É importante que na fase de acolhimento, a equipe esteja preparada para assumir uma postura humanizada, promovendo um espaço receptivo e buscando compreender o paciente em sua dor. É nessa etapa que o vínculo é construído, fornecendo uma maior confiabilidade nos profissionais envolvidos, o que viabiliza um tratamento de maior qualidade. Para tal, os elementos discutidos nesse subcapítulo, como a qualidade de vida e a escuta, são indispensáveis para que a pessoa e os familiares se sintam acolhidos. Elias (2008) considera que durante a fala do sujeito cabe a nós escutar o que ele quiser contar, oferecendo uma escuta para acolher qualquer enunciado, respeitando suas questões e apontando na fala o que vai permitir a abertura de elementos que o direcionam à própria história, possibilitando que aquela vivência seja única, recuperando a sua responsabilidade com a própria doença. Com isso podemos pensar, que a escuta se apresenta como elemento indispensável ao acolhimento, possibilitando o tratamento em cuidados paliativos.

Cabe aqui trazer os estudos de Bion (apud NEVES, 2007) no que se refere ao conceito de continência.

“Trata-se de um modelo de identificação projetiva como um meio de comunicação na relação do sujeito com um objeto do recipiente, que ele denomina continente”. Enquanto, o analista deve exercer ativamente uma função de receber, processar, elaborar e devolver aquilo que o paciente projeta para dentro de sua mente. O mecanismo psicodinâmico deste modelo de relação é a identificação projetiva e, historicamente, ele se baseia na relação mãe-bebê. Dizendo em outras palavras, a relação da dupla analítica repete a relação primitiva do bebê com sua mãe, na qual a forma de comunicação era essencialmente pré-verbal (NEVES, 2007, P.26).

A partir desse modelo, o autor apresenta a importância do ambiente que a mãe representa para a sobrevivência psíquica e para o desenvolvimento do sujeito. É pôr via da experiência de repetir as projeções de seus conteúdos para dentro da mãe, que o indivíduo caminha para a elaboração e transformação da experiência emocional inicialmente insuportável em outra experiência mais compreensível, onde o bebê constitui um núcleo do objeto bom, que será o núcleo de base de um ego integrado. Nesse sentido, podemos pensar que a função analítica é essencialmente um elemento da ordem de conter. (NEVES, 2007)

“Para Bion, a função de conter é algo ativo, uma capacidade de transformar, por meio da função do pensamento, experiências emocionais inicialmente insuportáveis em experiências assimiláveis, pois a transformação lhes confere uma significação mutativa” (NEVES, 2007, p.27) Colocar-se enquanto função de continência em cuidados paliativos, de certa forma é promover o acolhimento ao sujeito, permitindo que por via dessa ferramenta analítica, o paciente possa ressignificar suas experiências e realizar uma integração egóica de seus conteúdos.

Nesse sentido, um trabalho possível no contexto hospitalar, dentro da perspectiva dos cuidados paliativos, é utilizar o método de continência para auxiliar na elaboração e transformação das experiências emocionais do paciente, utilizando-se para isso da identificação projetiva, onde o analista se apresentara como alguém que receberá as dores e angústias do paciente, processará e depois devolverá a ele de uma forma mais compreensível, simulando uma dinâmica primária que ocorre entre a mãe e o bebê.

Podemos dizer, que o acolhimento, a escuta e a qualidade de vida, são elementos indispensáveis na promoção de um tratamento de qualidade em cuidados paliativos, o que nos leva a utilizar este capítulo como confirmação da hipótese geral dessa pesquisa. Entendemos que se aplicados adequadamente, embora devemos considerar o jeito singular de cada profissional na aplicação dos cuidados, torna-se possível um impacto psicológico positivo e significativo para a

promoção da saúde dessas pessoas, assim as auxiliando no seu bem-estar físico e a melhor elaboração de processos psíquicos que poderiam vir a gerar conflitos.

4.2 ALÍVIO DOS SINTOMAS, LUTO E DESCONHECIMENTO ACERCA DO PROCESSO.

4.2.1 Alívio dos sintomas

Das perguntas que compõe o objetivo 2, identificamos nas entrevistas a necessidade de promover o alívio dos sintomas. De acordo com os resultados da pesquisa, em grande parte, os pacientes buscam apenas aliviar suas dores, que limitam sua existência. É necessário entender, que o sofrimento não aflige apenas a dimensão física, biológica do sujeito, trata-se de uma dor psíquica, uma dor que não cessa, que promove angústia e sintomas depressivos. A dificuldade de controle dos sintomas limita a estadia do paciente em seu lar, o que gera a necessidade de uma hospitalização. Com isso, a equipe hospitalar e o próprio hospital, tornam-se a casa do paciente, seu abrigo. Para que haja o alívio do sofrimento, deve existir uma integração entre os profissionais envolvidos, a família e o enfermo, valorizando a integridade humana (CARDOSO, 2013).

Na visão psicanalítica, embora o foco não seja a eliminação dos sintomas, o mesmo surge como um limite, entre aquilo que clama por um alívio e o que não deve ser eliminado. Com o tratamento da dor, é possível encurtar a distância entre o terapêutico e o analítico. Tal distinção pode ser pensada como sendo o efeito terapêutico os movimentos que produzem alívio ao sofrimento causado pelos sintomas, e o processo de análise a integração dos sintomas como elementos subjetivos do sujeito que precisam ser elaborados (LAIA, 2008 apud MARCOS, 2013). Podemos então pensar o alívio dos sintomas, como sendo a minimização do efeito sintomático desencadeado no paciente, para que o tratamento seja viabilizado. A participação de toda equipe é indispensável para que o cuidado se amplie em uma dimensão biopsicossocial.

Cabe salientar, que em meio ao ambiente hospitalar, a dificuldade em tratar

os sintomas permanece constantemente devido à ausência de um ambiente apropriado para o tratamento. É natural que os pacientes se sintam desconfortáveis em trazer à tona conteúdos mais íntimos, mais confidenciais em sua psique. A privacidade conforme dito anteriormente, é um requisito básico para se promover a elaboração do sofrimento, sendo assim, a questão que fica é como adequar o tratamento dos sintomas dentro de um hospital. Conforme aponta os entrevistados, um fator que auxilia a construção analítica nesse local, é a própria predisposição do paciente em curar-se, em livrar-se de sua dor. Nesse sentido, muitas vezes o espaço compartilhado dos leitos não se apresenta como um problema, devido a urgência do sujeito. É através da fala que surge a elaboração dos sintomas, construindo sua narrativa, aquela que diz da história do paciente, que o mesmo irá compreender quem é, quais são os seus desejos incompletos, suas angústias, e assim, deverá seguir na direção da aceitação de sua finitude, desse real que se aproxima.

Aliviar os sintomas significa sofrer menos, sentir a dor na dimensão do suportável. Olhar através dessa perspectiva diz daquilo que todas as formas de vida vivenciarão, ou seja, deparar-se com o momento final de sua existência. No entanto, a complexidade de tal aceitação para o humano é única. A morte em muitos casos não é vista como o fim, mas como um novo começo em uma outra dimensão, seguindo o sujeito para um plano astral ou reencarnando-se em um outro ser, a depender de suas crenças. Compreender sua forma de olhar o mundo, e dirigir o tratamento de forma singular, é fundamental para a formulação de insights e da construção do eu. O Sujeito é desde sempre simbólico, é estruturado por via da linguagem, e é, a partir dessa linguagem, em conflito com o real, que os sintomas aparecem. O eu é efeito do imaginário, que resulta das experiências primárias do bebê na tentativa de lidar com sua falta. Nesse sentido, buscar o eu do sujeito é entrar em contato com algo para além da linguagem, é perceber-se castrado, faltante. A morte aqui emerge como figura do real, inatingível, um saber que falta, que escapa. Dar conta desse saber é muitas vezes aceitar a própria ausência de saber, é elaborar sua condição de sujeito frente a sua própria morte.

Através desse subcapítulo, foi possível confirmar a segunda hipótese levantada, ou seja, existe um olhar mais amplo dos psicólogos na busca por englobar todos os envolvidos, quando se trata de aliviar os sintomas do sujeito. Já os médicos, dirigem sua atenção com mais facilidade para o paciente, uma vez que este é o único que detém todas as dores e sintomas físicos, que carecem de tratamento médico.

4.2.2 Desconhecimento acerca do processo

Nessa etapa da pesquisa, ou seja, considerando as questões e resultados levantadas com base no segundo objetivo, identificamos a existência de um certo desconhecimento acerca do processo. De acordo com os profissionais entrevistados, saber o que está acontecendo, o que é o tratamento em cuidados paliativos, quais os papéis dos envolvidos, muitas vezes são informações desconhecidas pelo paciente e seus familiares. De acordo com os dados obtidos, a grande maioria das famílias e pacientes desconhecem quase que por completo, a existência dos cuidados paliativos. Muitas vezes, o profissional da saúde é associado em cuidados paliativos como sendo uma espécie de “ceifador”, ou seja, aquele que acompanha os últimos suspiros do paciente, presente apenas no momento de sua morte. Nota-se que a desinformação é também um problema cultural. No Brasil, a prática de cuidados paliativos é desestimulada na maioria dos hospitais, os métodos tradicionais de atendimento ainda se apresentam em maior escala.

Para que o tratamento ocorra com qualidade e objetivando bons resultados, é indispensável que todos os envolvidos estejam cientes do que são os cuidados paliativos. Através dessa conscientização, é possível estruturar a participação ativa dos familiares e do paciente, tais como os profissionais da equipe multidisciplinar.

Contrariamente a forma como o tema é pensado no senso comum, O tratamento tem como foco o acompanhamento no luto, melhorar a qualidade de

vida do sujeito, da família e influenciar positivamente no curso da doença, buscando iniciar os cuidados o mais rápido possível (BYOCK, 2009). Para a psicanálise, nos cuidados paliativos, se faz necessário reconhecer os limites da possibilidade de cura daqueles pacientes. Dessa forma, é importante trabalhar com a morte digna, de tal forma que não prolongue o sofrimento. A direção de um trabalho psicológico de orientação psicanalítica é a de se construir um lugar para a escuta, onde o analista é testemunha desse processo de elaboração psíquica das questões subjetivas do paciente que está vivenciando esse limite em sua vida. Esse trabalho se constitui em um fortalecimento dos recursos internos e subjetivos do paciente, na busca de um saber próprio para lidar com aproximação de sua finitude, deslocando a problemática para a experiência pessoal, conduzindo a questão da morte não por um caminho científico, mas existencial (CASTRO-ARANTES, 2016).

Devemos pensar em estratégias que promovam a conscientização e a importância dos cuidados paliativos na vida do enfermo. Iniciar o tratamento precocemente é dar a essa pessoa a chance de buscar uma cura para os seus sintomas, de apoiar-se em uma equipe preparada para oferecer esse cuidado. Por isso, tratar do fenômeno do desconhecimento acerca do processo, é de responsabilidade de todos os envolvidos, podendo a equipe hospitalar oferecer dinâmicas de conscientização e reuniões com os familiares, com o objetivo de planejar o tratamento.

Foi identificado entre os profissionais da oncologia diversos pontos positivos que eles acreditam ser importantes para os pacientes e seus familiares como as questões do acolhimento, lugar de escuta e alívio de sintomas, por exemplo. Também foi identificado, no discurso dos médicos oncologistas, a questão do desconhecimento do processo por parte dos pacientes e familiares, nos foi relatado que essa falta de conhecimento gera um estigma, há um medo acerca do processo, pois este vem muito relacionado a morte. Isso confirma a primeira hipótese dessa pesquisa e também aponta para um papel importante para as equipes de cuidados paliativos, que é o de conscientização dos envolvidos.

4.3 ENVOLVIMENTO E AUTONOMIA

4.3.1 Envolvimento

De acordo com os dados levantados e com os resultados obtidos, torna-se claro a necessidade de o paciente envolver-se no processo. Com a colaboração dos pacientes e dos familiares, o tratamento ganha uma perspectiva mais positiva, e auxilia favoravelmente na diminuição do sofrimento. Nesse sentido, é importante pensarmos que para que haja um envolvimento por parte do sujeito e da família, os mesmos devem estar inteirados a respeito do processo de cuidados paliativos, integrando-se como parte do planejamento do tratamento. A intenção do trabalho em psicanálise, é possibilitar que o sujeito possa contornar o insuportável e deslocar seu discurso para outra posição, construir suas próprias saídas, apropriar-se de sua própria história (FERREIRA e CASTRO-ARANTES, 2014). Devido a isso, é importante que o mesmo assuma a responsabilidade por seu tratamento, para que assim possa se envolver como um todo. De acordo com Pereira (2018), o paciente acometido pelo câncer, busca no hospital um saber que possa lhe trazer uma cura ou controlar o avanço da doença, ou seja, podemos pressupor a urgência que o mesmo vivencia em integrar-se ao processo, onde cabe a equipe multidisciplinar incentivar essa iniciativa.

Em concomitância ao que foi dito no capítulo anterior, o desconhecimento acerca do processo pode gerar um baixo envolvimento dos sujeitos para com o tratamento. Nas entrevistas os médicos e psicólogos entrevistados, sugerem que sejam feitas reuniões com a família, pequenos cursos e iniciativas de conscientização, integrando todo o grupo familiar e o paciente na decorrência de todo o tratamento. Dessa forma, muitas atividades que são inviáveis a equipe multidisciplinar, acabam vindo de uma contribuição da família e do próprio enfermo. Othero 2010 (apud GOMES, 2016) confirma que a ativação de redes sociais de suporte; apoio e orientação à família e cuidadores é fundamental para a aplicação de um bom atendimento.

Dito isso, podemos confirmar a primeira hipótese dessa pesquisa, ou seja, Os cuidados paliativos são em grande parte valorizados pelos pacientes e seus

familiares quando bem orientados acerca deles, levando em conta que o objetivo dos cuidados paliativos é atenuar o sofrimento, porém há uma depreciação acerca da eficácia do processo por parte dos que não o conhecem. Nesse sentido, o envolvimento da família e do paciente é primordial para que haja uma conscientização a cerca do processo e assim, promover mais qualidade no tratamento. Nota-se que os sujeitos enquanto excluídos do saber hospitalar, desenvolvem angustias e desconfiança, sentem-se desnorteados quanto as possibilidades e fatos, o que acaba por comprometer o processo de cuidados paliativos.

4.3.2 Autonomia

De acordo com os entrevistados, o ponto principal levantado foi que o paciente geralmente tem uma queda de sua autonomia devido a doença. Segundo os dados levantados, o paciente tem um declínio progressivo de uma grande autonomia, em performance de sua vida e em virtude da doença que é agressiva e que vai se avançando. enquanto que os familiares mantêm sua autonomia e acaba por trabalhar com a continuidade do processo de aceitação e “não adoecimento”. É importante colocar, que autonomia nesse contexto representa o conjunto de elementos biopsicossociais que o sujeito é capaz de internalizar e utilizar de maneira autônoma a seu favor no decorrer do tratamento.

Victor (2011) considera que a psicanálise se opõe a impossibilidade de erradicação do sofrimento, e considera que a singularidade do sujeito é de grande importância para evitar a robotização dos indivíduos. Para Mezan (2005, apud VICTOR, 2011), existe uma perspectiva de infantilização para as pessoas adoecidas, o que acaba promovendo uma tendência a evitar a responsabilidade individual, dirigindo-a a terceiros. Com isso, desenvolve-se o risco de comprometer a autonomia do enfermo frente ao seu mal-estar. Nesse sentido, devemos nos ater enquanto psicólogos hospitalares, o que vale também a toda equipe multidisciplinar, para não limitarmos a autonomia do paciente, permitindo toda a sua expressividade e buscando incentivar suas conquistas, como parte da construção de sua história, apropriando ele mesmo de suas questões e limites.

Nesse sentido, o tratamento deve ser constituído com base em uma verdade singular do sujeito, não podemos nos colocarmos no papel de mentor, professor ou médico, ou seja, colocar-se em uma função que explica para o doente o que se passa com ele, ao contrário disto, o que buscamos é que o doente tome suas decisões de maneira autônoma, e podemos fazer isso colocando-o em proximidade com as suas verdades, sua história (FREUD, 1917).

É importante salientar, que fato do sujeito depender de outras pessoas para continuar a viver, já tira, de certa forma, uma parte significativa de sua autonomia. O Sentimento de desvalimento e o enfrentamento das angustias, podem gerar no sujeito uma falta de perspectiva, o que acaba por promover uma dependência ainda maior de terceiros. É justamente nesse momento que o trabalho analítico se apresenta com grande utilidade, onde o psicanalista irá, nesse contexto, incentivar uma autonomia por parte do paciente. Um bom caminho para isso é seguir o método de continência, acolhendo o sujeito por via de sua fala, recebendo seus conteúdos, e devolvendo-os para fim de esclarecer suas verdades e auxiliá-lo na elaboração de seus estados limites.

4.4 ENTES QUERIDOS, AJUDA, COMPREENSÃO DA DOENÇA, CONTROLE DE SINTOMAS E SUPORTE

4.4.1 Entes Queridos

Dentro deste núcleo foi possível observar a importância atribuída em relação aos entes queridos estarem presentes durante o desenrolar do processo, isso nos leva a possibilidade de um questionamento sobre até que ponto os familiares são considerados dentro do processo de cuidados paliativos. Aqui podemos ver o familiar a ser tratado como “ente querido”, alguém de apreço para que possa estar

próximo, porém não vemos um critério para a atuação e participação dos familiares, tampouco podemos observar um zelo para com esses familiares que também estão fragilizados e vem se preparando para a iminente perda de um ente querido. Carvalho (2008) fala sobre o sofrimento e a condição de desamparo que costuma ocorrer nesses casos, o que reforça a ideia de que é necessário ser cuidadoso em relação a como ocorre a inserção do familiar no processo. Guadalupe (2009) ainda ressalta que o foco desse tipo de serviço deve ser o de oferecer educação, apoio e orientação para tais indivíduos, acreditamos que nessa condição o individuo se fortalece para lidar com tais questões de forma mais saudável.

Nesse ponto podemos levantar uma discussão sobre o quanto os profissionais e a ciência estabelecida para este processo leva em conta o familiar como individuo ativo e atuante no processo e em sua vida social. É possível que o familiar seja alguém que compõe a equipe? Em quais circunstancias? Reduzir esses indivíduos a apenas pessoas importantes que acompanham o paciente acaba por negar vários fatores importantes da constituição da subjetividade de tais indivíduos e aponta para um olhar exclusivo para o paciente.

4.4.2 Ajuda

Aqui podemos observar novamente o familiar sendo apontado como um facilitador do trabalho. É imprescindível considerar que o familiar tem importância no processo, mas novamente devemos considerar até que ponto isso ocorre e em que situações. O emprego de tamanha responsabilidade para uma pessoa fragilizada sem a adoção de critérios específicos para quais papeis essa pessoa deve exercer e se realmente esse individuo tem as condições necessárias para isso pode vir a ser um problema.

Se levarmos em conta a possibilidade de adoecimento do familiar por conta da situação não seria possível pensar no familiar como alguém que precisa de um suporte e de um trabalho preventivo mais efetivo, antes de citarmos ele como um agente atuante em situações não especificadas no tratamento de seu familiar adoecido?

4.4.2 Compreensão da Doença

Dentro deste núcleo alguns profissionais ressaltam o quanto o paciente pode aprender sobre a doença dentro do processo, o que ao nosso ver tem diversos benefícios para a ressignificação de varias questões que podem vir a serem apresentadas pelos sujeitos. O aprender dentro do processo é amplo e nos resultados observados não são muito bem definidos, o que acaba por privar os indivíduos dos maiores benefícios que poderíamos observar, acreditamos que a compreensão é feita de maneira efetiva quando orientada pelos profissionais de forma articulada, como aponta Guadalupe (2009), e que também é importante que além da doença os familiares compreendam seu papel no processo e o próprio processo que será realizado com seu familiar adoecido. Byock (2009) ressalta que um dos principais pontos do processo é o alívio de sintomas e isso também engloba o sofrimento psíquico do familiar. Quando essa compreensão é adquirida por meio da experiencia e vivencia institucional de forma desorientada dentro do hospital, ela pode vir a ter um papel conturbado e criar angustias maiores para os envolvidos. Por isso acreditamos que essa compreensão da doença é de suma importância, mas deve ser feita de forma orientada.

4.5 QUESTÃO FINANCEIRA, HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO

4.5.1 Questão Financeira

O fator financeiro é um fator que permeia diversos campos da saúde em nosso país, nesse caso não é diferente. A pratica dos cuidados paliativos é uma pratica de certa forma emergente em nosso país o que acarreta numa menor valorização do contexto da sua utilização e de suas práticas.

4.5.2 Humanização do Profissional

Aqui os profissionais apontaram fatores referentes a estabilidade psicológica e emocional da própria equipe de cuidados paliativos, que acaba por lidar constantemente com a morte. Acreditamos ser extremamente importante olhar a questão por esse ponto de vista, principalmente quando olhamos a

situação pelo viés psicanalítico, onde as questões transferenciais são tão importantes e permeiam todas as relações humanas, como aponta Freud (1912).

Outro ponto que podemos olhar com cuidado ao discutirmos esse núcleo é a questão da elaboração do luto. Castro-Arantes (2016) fala sobre o fato de indivíduos terem de lidar com o limiar da vida e da morte todo o tempo, o que é uma tarefa desgastante para muitos, lhes deixando frente a frente com o real, com o senso de finitude da existência humana, seja considerando questões religiosas ou não. Isso pode favorecer questões transferenciais que impliquem de maneira muito forte no processo de acolhimento dos pacientes e familiares e por conta disso vemos esse ponto como um ponto a ser tratado com cautela, um olhar humano para toda a equipe multidisciplinar é, sem dúvidas, indispensável para todos os envolvidos.

4.5.3 Formação

Vimos que muitos dos sujeitos entrevistados acreditam que é necessária a inserção do estudo acerca dos cuidados paliativos dentro das graduações dos cursos que trabalham com essa linha de atuação. Para nós essa questão é um tanto delicada, se levarmos em conta que as práticas dos cuidados paliativos são pouco difundidas no Brasil, não parece relevante que isto esteja presente nos currículos das graduações, sendo assim acreditamos que as especializações existentes atualmente são qualificadas para suprir a necessidade de informações. Por outro lado, esse anseio pelo conhecimento dos cuidados paliativos apontado pelos próprios profissionais nos diz que uma necessidade de informações sobre o assunto. Acreditamos que isso nos diz muito sobre uma não estruturação da prática que pode ser observada em alguns discursos. Esse desejo que mais pessoas compreendam como isso funciona também pode ser entendido como o desejo de que a área seja mais valorizada, o que entraria em concordância com o núcleo que cita os recursos financeiros, que é uma parte também muito importante para que o trabalho possa ser realizado.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou o levantamento de dados em campo acerca dos cuidados paliativos realizados com pacientes e seus familiares. Pautados pelo uso de entrevistas orientadas pelas pesquisas realizadas anteriormente pudemos entrevistar profissionais, oferecendo a oportunidade de todos os sujeitos envolvidos entrarem em contato com questões das práticas de realizam. Houve algumas dificuldades em encontrar os profissionais para realizar as entrevistas, no primeiro momento nossa ideia era entrevistar dez profissionais, sendo eles cinco psicólogos e cinco oncologistas, a única condição para participar da pesquisa era que os profissionais trabalhassem ou já tivessem trabalhado com cuidados paliativos. Por conta desse contratempo e pela escassez de profissionais decidimos reduzir o número de entrevistados para oito. Como tivemos dificuldades para contatar os profissionais, recorremos para pesquisa na internet, e indicação dos primeiros profissionais que foram sendo entrevistados. Além disso tivemos outro obstáculo, a maioria dos profissionais não conseguiram disponibilizar um horário em sua agenda para que pudéssemos realizar as entrevistas, e por conta disso grande parte das entrevistas foram feitas online, por meio do aplicativo WhatsApp.

Os dados obtidos nos confirmaram a importância dos cuidados paliativos serem realizados com os pacientes e seus familiares, pratica essa que ainda encontra-se em desenvolvimento e que é pouco utilizada dentro do nosso país, mas que ao mesmo tempo é tão necessária se levarmos em conta a grande quantidade de pessoas que são acometidas de câncer todos os anos. Acreditamos que o trabalho dos cuidados paliativos com os familiares seja um processo benéfico, porém, necessitando de maior suporte dentro dos campos já existentes e conjuntamente requerendo a ampliação, instigando seu crescimento através de pesquisas, investimentos financeiros e valorização das classes que se encontram subjacentes na formação da equipe multidisciplinar.

Nossas hipóteses quanto à importância desta prática foram confirmadas, porém, a pesquisa proporcionou a abertura de novos olhares dentro de algumas

especificidades dos cuidados paliativos até de questões sociais. Vimos que o olhar mais amplo permeia também a área da medicina e que a prática hospitalar, principalmente em casos em que os pacientes permanecem hospitalizados por períodos maiores, como em casos oncológicos, acaba por envolver diversas áreas da saúde que auxiliam de formas tão importantes quanto a do médico ou do psicólogo. Observamos uma importância em questionar que tipo de prática é a ideal, mas também de considerar como se promove essa prática ideal dentro de um local tão dinâmico quanto os hospitais. Uma questão não considerada que apareceu de forma expressiva é a importância do psicólogo também como suporte para a própria equipe multidisciplinar que está lidando com a morte diretamente.

Acreditamos que temas como a condição psicológica das equipes multidisciplinares que lidam com cuidados paliativos seja um ponto importante para abordar futuramente, considerando que as intercorrências durante o processo do estado de saúde do adoecido desestabiliza a equipe e altera o manejo do trabalho. Consideramos que há muitos campos para explorar a respeito da forma que se conduz os cuidados paliativos e que se pode trabalhar com os familiares. Prática essa que se apresentou pouco definida dentro dos dados obtidos. Por fim levantamos a questão sobre até que ponto é possível, e também benéfico, padronizar esta prática que se apresentou como tão benéfica, porém ao mesmo tempo tão pouco definida.

Uma fala em comum entre os profissionais entrevistados foi a da necessidade de ser trabalhar durante o processo a qualidade de vida, a escuta e o acolhimento, pois a partir do acolhimento os profissionais conseguem criar um vínculo com o paciente, e para isso é necessário que haja uma escuta atenta por parte desses profissionais, para que possam aproximar-se desse paciente e promover uma melhor qualidade de vida, buscando recuperar a dignidade do paciente fazendo-o sentir-se vivo e ativo em sua vida.

Outros pontos que os profissionais destacaram serem importantes de serem trabalhados são: alívio dos sintomas, **luto, desconhecimento acerca do processo, envolvimento e autonomia**. O alívio de sintomas não trabalha apenas

de uma dor física ou biológica, mas também de uma dor psicológica que é uma dor que pode promover angústia e sintomas depressivos.

Entes queridos, ajuda compreensão da doença, controle de sintomas, suporte, questão financeira, humanização do profissional e suporte.

Foi perceptível ao longo do trabalho que a área de cuidados paliativos ainda é algo novo tanto no mercado de trabalho, como também como forma de pesquisas, artigos e os próprios pacientes e familiares são leigos no assunto, sendo assim, é de grande importante um aprofundamento na área. Novas linhas de pesquisas para que ocorra um conhecimento maior.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Resolução pioneira em Cuidados Paliativos aprovada na Assembleia Mundial de Saúde**. Pinheiros/SP, editora: s/n, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2MwsWkc>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

ALMEIDA, E. O psicólogo no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.20, n.3, p.24-27, setembro. 2000. Disponível em: <<https://bit.ly/2BvZp2T>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

AMERICO, A. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6.ed. São Paulo. Editora Almedina. 2011

BARONI, C. S. F.; KAHHALE, E. M. P.. Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 9, n. 2, p. 53-74, jul. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2019.

BARROS, G. O Setting analítico na clínica cotidiana. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte , n. 40, p. 71-78, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2019.

BRANDAO, C. Lúcia C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, v. 2, n. 2, São Paulo, dezembro. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2AzmRfd>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BYOCK, I. **Princípios da Medicina Paliativa**. In: WALSH, D. et al. Medicina Paliativa. Philadelphia. USA. Editora: Saunders Elsevier, 2009. p.33-41.

CANTARELLI, A. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, **Rev. SBPH**, dezembro. 2009.p. 137-147.

Disponível em: <<https://bit.ly/2FkWs9>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CARDOSO, D. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. v. 22, n. 4, Florianópolis, editora: **Texto contexto - enferm.** Dezembro. 2013, p.1134-1141. Disponível em: <<https://bit.ly/2PTMwrK>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

CARVALHO, R. G.; Pocinho, M., e Silva, C. Comportamento adaptativo e perspectivação do futuro: Algumas evidências nos contextos da educação e da saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** Ed. III, vol. 23, Porto Alegre, editora: s/n, 2010 23, p.554-561. Disponível em: <<https://bit.ly/2OWT0S2>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CARVALHO, R.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: editora: **Diagraphi**, 2012, p.320. Disponível em: <<https://bit.ly/2MqHVLC>>. Acesso em: 10 set. 2018.

CASTRA, M. **Sociologia dos cuidados paliativos.** Paris, editora: *Presses Universitaires de France*: PUF, 2003, p.384.

CASTRO, J. A palavra é a morte da coisa: simbólico, gozo e pulsão de morte. **Rev. Mal-Estar** Subj.v.11, n. 4, Fortaleza, dezembro. 2011 p.1405-1428. Disponível em: <<https://bit.ly/2P4sCWK>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CASTRO-ARANTES, J. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. v.19, n.3, Rio de Janeiro, editora: **Ágora (Rio J.)**, dezembro. 2016p.637-662. Disponível em: <<https://bit.ly/2Mwt4jG>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

Carvalho, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico., v54 n.1, Rio de Janeiro, editora: **Rev. Brasileira de Cancerologia**, agosto 2008, p.97-102. Disponível em: <<https://bit.ly/2lrRPvY>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

COSTA J.O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. v.l.21, n.2., Brasília, Editora: **Psicol. cienc. prof.** Junho .2001, p.36/43. Disponível em: <<https://bit.ly/2qjoQOU>>. Acesso em: 21 set. 2018.

DU BOULAY, S. **Mudando a Cara da Morte. A história de Cicely Saunders.** 2.ed.

Grã-Bretanha, Editora: Brightsea Press. 2007. 24p.

ELIAS, V. de A.. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 87-100, jun. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 17 out. 2019.

FOSSI, L; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. v. 7, n. 1, Rio de Janeiro, Editora: **SBPH**, junho. 2004, p.38. Disponível em: <https://bit.ly/2Mymw4c>. Acesso em: 01 mai. 2018.

FREUD, S. (1900) **A interpretação de sonhos**. Vol. 4 Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, ed. Standard brasileira, Rio de Janeiro, editora: Imago, 1996.

FREUD, S. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: FREUD, Sigmund. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. Ed. Rio de Janeiro: editora: Imago, 1996, p. 143-156.

FREUD, S. (1912a) **A dinâmica da transferência**. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976, 129-143. (Edição Standard Brasileira, Vol. XII.

FREUD, S. (1914) **Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e Outros Textos**.ed.9São Paulo, Editora: Companhia das Letras. A, 2010.p. 229 – 246.

FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: editora: Imago, 1996, p. 249-263.

FREUD, S. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Uma neurose infantil e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: editora: Imago, 1996, p. 143-152.

FRIP, J. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Diagramic, 2009.

GOMES, A; OTHERO, M. **Cuidados paliativos**. v. 30, n. 88, São Paulo, editora:

Estud. Av., dezembro 2016 p.155-166. Disponível em:<<https://bit.ly/2LuPr3l>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

GORETTI, M. et al. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2009.

GUTIERREZ, P. **O que é o paciente terminal?** Ed. II, v.47, São Paulo, editora: s/n, p. 92, 2001. Disponível em:<<https://bit.ly/2rCwk22>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Rio de Janeiro, editora: s/n, 1996-2018. Disponível em:<<https://bit.ly/2sSfqtg>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

KLEIN, M. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. *In*: KLEIN, Melanie. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: editora: Imago, 1996, p. 385-412.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. ed.9 São Paulo, Editora: Martins Fontes, 2008.

LACAN, J. (1932). **Da Psicose Paranoica em Suas Relações com a Personalidade Seguido de Primeiros Escritos Sobre a Paranoia**. Vol.2, Paris: Seuil, Editora: Forense Universitária; (12 de abril de 2011), 1975, p.442.

LACAN, J. (1977). **O Seminário, livro XX: Mais, ainda**. vol. 1, Paris, editora: Zahar; 1985 p.160.

MACHADO, M. D. V.; CHATELARD, D. S. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 135-150, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982013000100009>.

MAESSO, M. O tempo do luto e o discurso do outro. v. 20, n. 2, Rio de Janeiro, editora: **Ágora (Rio J.)**, agosto. 2017 p. 337-355. Disponível em:<<https://bit.ly/2MUv2tM>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

MARCOS, C. M.; OLIVEIRA JUNIOR, E. S. de. O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacaniana. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 17-31, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652013000200002>.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MENDES, J, ANDRADE, M. et al. Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde. Rio de Janeiro, editora: **Revista SBPH**,2009. Disponível em:<<https://bit.ly/2qyLf9s>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

ONU BRASIL. **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**. *World Health Organization*. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2PFUrFR>> Acesso em: 03 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **10 principais causas de morte no mundo**. *World Health Organization*. maio. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2GEhG1Y>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa- Câncer**. *World Health Organization*. setembro. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2xW81Nj>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP:

Pontes, 2001.

PEREIRA, Luzia Rodrigues; COSTA, Ana Maria Medeiros da. Os impasses e possibilidades da clínica psicanalítica em uma instituição oncológica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v.21, n. 2, São Paulo, editora: s/n, junho 2018, p. 331-345. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kqnvze>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Novas perspectivas em cuidados paliativos**. In: programa de bioética da organização panamericana da saúde / organização mundial da saúde. (org.) acta bioethica. santiago do chile: ops/oms, 2006. p.231-42.

Piva, J. P., & Carvalho, P. R. A. (1993). **Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal**. Local: s.n. editora: s.n. Bioética, 1, 129-138.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos., v. 13, n. 1, Rio de Janeiro, Editora: **Rev. SBPH**, junho. 2010, p. 76-93. Disponível em: <<https://bit.ly/2o9LZ5s>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

REIGADA, Carla et al. O Suporte a Família em Cuidados Paliativos. **Rev. Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 160 jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2MvQoOy>>. Acesso em: 13 mai. 2018.

SALAZAR, Viviane et al. Desejos e planos de futuro de pacientes terminais: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 17, n. 2, Lisboa, editora: s/n, setembro. 2016, p. 295-310. Disponível em: <<https://bit.ly/2qKO8pl>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo, Editora: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVA, Maria; ARAÚJO, Mônica. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2009.

VICTOR, R. M.; AGUIAR, F. A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 1, p. 40-49, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100005>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Health Organization. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2Gzn8CJ>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. **World Health Organization**, janeiro. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/VpiThu>>. Acesso em: 03 mai. 2018