

CURSO DE PSICOLOGIA

Amanda Ulguim Gomes Agnes

**AS PERCEPÇÕES DOS PSICÓLOGOS FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Santa Cruz do Sul

2017

Amanda Ulguim Gomes Agnes

**AS PERCEPÇÕES DOS PSICÓLOGOS FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Psicologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a M.^a Dulce Grasel Zacharias

Santa Cruz do Sul

2017

A todos os psicólogos (as) que lutam diariamente por um mundo com mais empatia.

AGRADECIMENTOS

Gratidão ao meu amor, com quem compartilho a vida e tem um papel essencial nessa caminhada, por confiar, incentivar, participar, amparar e compreender.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus irmãos, por me ensinarem a amar, dividir e compartilhar.

As minhas sobrinhas, que enchem a minha vida de amor e me ensinam diariamente a ver vida de uma forma diferente.

Gratidão equipe do Hospital Ana Nery e principalmente a minha supervisora de estágio Larissa Magalhães, pelo convívio e aprendizado, por me tornarem mais humana e me permitirem crescer.

Aos amigos, com quem compartilho a vida, afetos e companheirismo.

Á todos os professores que cruzaram o meu caminho ao longo da graduação, por me proporcionarem o conhecimento não apenas lógico, mas a manifestação de ética e afetividade da educação no processo de formação profissional, não apenas por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. Obrigada a professora e orientadora Dulce Grasel Zacharias, pela orientação, apoio e confiança. Obrigada a professora Leticia Lorenzoni Lasta pelo apoio na elaboração inicial desde trabalho.

Gratidão a todos (as) psicólogos(as) que me permitiram conhecer suas histórias, reconhecer suas lutas, dificuldades e afetos. Muito obrigada!

“Precisamos aceitar a nossa existência em todo o seu alcance; tudo, mesmo o inaudito, tem de ser possível nela. No fundo, esta é a única coragem que se exige de nós: sermos corajosos diante do que é mais estranho, mais maravilhoso e mais inexplicável entre tudo o que nos depararmos.”

[Rainer Maria Rilke]

RESUMO

Os Cuidados Paliativos estão se difundindo cada dia mais por todo o mundo. Nos últimos anos ocorreu significativo crescimento na utilização desta prática de cuidado. Demonstrando que o ato de cuidar do paciente pode estar presente em todas as fases do seu adoecimento, não apenas quando há chances de cura da doença. A frente dos Cuidados Paliativos se encontra uma equipe multiprofissional, estes, são treinados e buscam através do seu trabalho ofertar ao paciente um local onde a dor seja amenizada e a qualidade de vida seja priorizada, proporcionando assim uma morte mais tranquila. O papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos vai de encontro ao desenvolvimento de um trabalho em conjunto com o paciente, familiar e a equipe. Buscando acompanhar o paciente e seus familiares no decorrer de todo o seu tratamento até o momento de sua morte. Desta forma, este estudo teve como objetivo mapear os sentidos dados pelos psicólogos frente ao cuidado paliativo, buscando compreender como esses profissionais lidam no dia-a-dia com a terminalidade e que impactos e mudanças podem gerar em suas vidas profissionais e pessoais. A partir de um estudo qualitativo e com a utilização de entrevistas semiestruturadas, foram entrevistados cinco psicólogos(as) que atuam na área de Cuidados Paliativos. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin e, posteriormente, categorizado. Os resultados apontam que a experiência de trabalhar com a pacientes em cuidados paliativos foi retratada pelos profissionais como positiva e como possibilidade de reformulação de vida, uma vez que produz uma conscientização acerca da finitude da vida. O trabalho realizado com pacientes no fim da vida foi percebido pelos profissionais como um disparador de mudanças, refletidas, principalmente, na vida pessoal.

Palavras-chave: Psicólogos/as. Oncologia. Cuidados Paliativos. Terminalidade.

ABSTRACT

Palliative Care is spreading out every day around the world. In the last years, this practice of care increased significantly by demonstrating that the act to take care of a patient could be present in all phases of its illness and not only when there are chances of cure. At the head of palliative care, there is a multi-professional team that is been trained and seek through their job provide a place where the pain could be relieved and the life quality prioritized in order to provide a peaceful death. The psychologist job in a palliative care team is related to develop a work integrating patient, relatives and the team with the objective to support them during the treatment until the moment of its death. This study had the objective to identify and map the way psychologists deal daily with end-of-life and which impacts and changes could happen in their professional careers and personal life. By using a semi-structured interview within a qualitative perspective, five psychologists that work with Palliative Care were interviewed. The data was analyzed according to the Content Analysis model of Bardin and then categorized. The results point out that the experience of work with palliative care patients was positive and may bring a possibility of reformulation of their lives due to the fact it provides awareness regarding to the end-of-life. The work performed with patients in the end of their lives was perceived by the professionals as a trigger of changes, reflected mainly in their personal life.

Keywords: Psychologists. Oncology. Palliative Care. End-of-Life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. METODOLOGIA	11
2.1 Caracterização da pesquisa.....	11
2.2 Caracterização dos participantes	11
2.3 Procedimentos metodológicos.....	11
2.4 Coletas de dados	12
2.5 Análise de dados.....	12
2.6 Considerações Éticas	13
2.7 Riscos e Benefícios.....	13
3. REVISÃO BIBLIOGRAFICA	15
3.1 Psicologia hospitalar.....	15
3.2 Práticas do Psicólogo no contexto oncológico	16
3.3 Bioética no contexto hospitalar	17
3.4 Cuidados paliativos	17
3.5 Morte e luto	20
3.6 Família e o câncer	22
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	23
4.1 Terminalidade pode não ser um Tabu	23
4.2 Resignificando a Vida	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	
ANEXO A – Roteiro de entrevista.....	36
ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	37

1 INTRODUÇÃO

A partir dos avanços tecnológicos a medicina passa a ter acesso a equipamentos e tratamentos com base na mais alta tecnologia. Esses equipamentos permitem a realização de exames de alta precisão, que detectam com maior rapidez e clareza grande parte das doenças existentes em nossa sociedade. Porém, mesmo com todo esse avanço na área da medicina, existem alguns casos clínicos em que não se torna mais possível à cura da doença.

Neste momento que os cuidados paliativos entram como uma opção de tratamento para os pacientes portadores de doenças clinicamente incuráveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Conforme plataforma do INCA os cuidados paliativos devem abranger as investigações que são essências para uma melhor compreensão e manejo do quadro clínico do paciente, seja ele relacionado ao tratamento, quanto a respeito da evolução da doença. O termo paliativo pode ter uma conotação negativa, porém o tratamento paliativo deve ser muito ativo, principalmente quando falamos em pacientes oncológicos em fase avançada da doença, onde alguns procedimentos médicos, como cirurgias e radioterapias são essências para o controle da dor. Podemos considerar que o paciente terminal carrega uma carga repleta de sintomas emocionais, físicos e psicológicos que crescem conforme o avanço da doença.

Os cuidados prestados aos pacientes em cuidados paliativos são através de uma equipe multiprofissional. Esses profissionais são treinados e buscam ofertar ao paciente um final de vida digno, baseado nas definições preconizadas pela OMS. Onde a dor seja amenizada e a qualidade de vida deste paciente priorizada, proporcionando assim uma morte mais tranquila.

O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos vai de encontro ao desenvolvimento de um trabalho em conjunto com o paciente, familiar e a equipe. Busca-se acompanhar o paciente e seus familiares no decorrer de todo o tratamento até o momento de sua morte. Durante todo esse processo o profissional busca trabalhar as questões geradoras de sofrimento, bem como a finitude da vida, abordando a terminalidade do paciente com ele e com seus familiares, buscando proporcionar um local seguro onde se possa falar a respeito dos seus medos e assim realizando trocas entre eles.

Os cuidados paliativos estão se difundindo cada dia mais por todo o mundo. Nos últimos anos ocorreu significativo crescimento na utilização desta prática de cuidado. Demonstrando que o ato de cuidar do paciente pode estar presente em todas as fases do seu adoecimento, não apenas quando há chances de curar da doença. Percebem-se os cuidados paliativos como uma forma de cuidar e respeitar o ser humano acima tudo.

Inúmeras questões circunscrevem o trabalho dos psicólogos(as) com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Desta forma, este estudo teve como objetivo mapear os sentidos dado por esses profissionais na sua área de atuação, buscando compreender como esses profissionais lidam no dia-a-dia com a terminalidade e que impactos e mudanças esta questão podem gerar em suas vidas profissionais e pessoais.

2 METODOLOGIA

2.1 Caracterização da pesquisa

Este estudo se constituiu como uma pesquisa qualitativa, sendo este um método de investigação científico que tem como foco o caráter subjetivo do objeto analisado. Segundo Flick (2009, pag. 20) “... a pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido á pluralização das esferas de vida”.

Conforme Rey (2002) a definição do objeto de estudo em termos qualitativos está relacionada com o seu caráter ontológico, pois ao utilizarmos termos de sentido subjetivos e processos de significação, estamos conduzindo o estudo para uma unidade complexa de definição, fazendo com que as formas de conhecimento sejam profundamente estudadas.

A pesquisa qualitativa proporciona aos entrevistados a oportunidade de realizar as entrevistas de maneira mais livre, permitindo o apontamento dos seus pontos de vistas relacionados com o objeto de estudos. Pois, numa pesquisa qualitativa as respostas não são objetivas, mas sim, buscam conseguir compreender o comportamento do grupo pesquisado.

Através do contato direto da pesquisadora com psicólogos(as) que atuam na área de cuidados paliativos relacionados a pacientes oncológicos, se teve uma dimensão sob o olhar desses profissionais em relação aos impactos e mudanças que geraram em suas vidas profissionais e pessoais, o trabalho diário com as questões relacionadas com a finitude da vida.

2.2 Caracterização dos participantes

Os participantes deste estudo foram escolhidos de forma intencional, para tanto contemplaram o seguinte requisito: ser profissionais psicólogos/as, que atuassem na área oncológica, que trabalhassem com pacientes que se encontrem em cuidados paliativos.

Quanto ao número de participantes, foram realizadas 05 entrevistas com psicólogos(as), que atuam e atuaram no hospital Ana Nery, localizada em Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul, que trabalhavam diretamente com pacientes oncológicos.

2.3 Procedimentos Metodológicos

Para a realização desta pesquisa, contei com a participação de profissionais da área da psicologia que atuam e atuaram com pacientes oncológicos no hospital Ana Nery, localizado em Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul. O interesse da pesquisa centrou-se nas percepções destes profissionais diante do seu trabalho diário com pacientes terminais. Portanto, o local fez

valer a concordância com a pesquisa proposta através da assinatura de uma carta de apresentação fornecida pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas após a aprovação do Comitê de ética. Posteriormente aprovada pela instituição e realizada com os profissionais que possuíam interesse de participar do estudo proposto, foram realizadas as entrevistas. As entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B). As entrevistas foram realizadas de forma individual, gravadas com aparelho eletrônico e transcritas de forma literal. A partir da coleta do material, foi realizada uma análise qualitativa dos dados, através do método da análise de conteúdo de Bardin.

2.4 Coleta de dados

As coletas de dados aconteceram entre os meses de setembro e outubro de 2017. Como instrumento de pesquisa foi utilizada a entrevista semiestruturada, segundo Manzini (1990/1991) a entrevista semiestruturada está focada em um tema, deste modo, o pesquisador elabora um roteiro com perguntas principais, sendo essas complementadas por outras questões intrínsecas às circunstâncias que se dão no momento da entrevista. Essa modalidade de entrevista pode proporcionar uma maior liberdade de expressão, fazendo emergir as informações de forma mais livre, pois as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Conforme Queiroz (1988) a entrevista semiestruturada é um instrumento de coleta de dados que conjuga um diálogo entre o pesquisador e o entrevistado, porém, sempre se deve estar atento para que o pesquisador conduza este diálogo conforme o objetivo da pesquisa.

2.5 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo. O método de análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo institui um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição dos conteúdos das mensagens.

A análise de conteúdo pode ser realizada sobre o viés de variadas mensagens, desde obras literais a entrevistas. O pesquisador busca construir um conhecimento analisando o discurso do entrevistado. Segundo Godoy (1995), na perspectiva de Bardin, a análise de conteúdo incide em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for a natureza do seu suporte.

Bardin (2011) traz que a análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização. Essa fase envolve um primeiro contato com os documentos que serão submetidos a análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivo, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Na fase de exploração do material e tratamento dos resultados, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação, classificação e categorização. A terceira fase da interferência e a interpretação, está calcada nos resultados brutos: o pesquisado procura torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente aprendido.

A entrevista que foi realizada neste estudo, foi elaborada pela autora da pesquisa e realizada com os profissionais da área da psicologia, que atuam com paciente oncológicos no hospital Ana Nery, localizado em Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul. Foram questões acerca do tema as percepções dos psicólogos(as) frente aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. O roteiro da entrevista se encontra em anexo ao final deste projeto (anexo A).

2.6 Considerações Éticas

Os profissionais que se dispuseram a participar das entrevistas foram informados sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa e receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes puderam optar por utilizar nomes fictícios a fim de garantir a confidencialidade das informações. Os profissionais que participaram receberam os resultados da análise dos dados, no caso os que tinham interesse.

2.7 Riscos e Benefícios

Toda a pesquisa ao ser realizada oferece riscos e benefícios aos seus participantes. Desta forma, os profissionais que se dispuseram a participar das entrevistas foram informados dos riscos e benefícios que pudessem ocorrer durante a mesma. O risco que envolveram a presente pesquisa estavam relacionados a probabilidade da ocorrência de algum evento desfavorável (desconforto), relacionado a riscos psicológicos, e podiam ocorrer modificações nas emoções, stress emocional relacionado a experiência com doença e morte. Os benefícios foram algum tipo de ganho proveniente da participação da pesquisa, na presente pesquisa os benefícios são diretos, estão relacionados a algum tipo de intervenção utilizada no decorrer do estudo. Podia

proporcionar aos participantes, momentos de reflexão psicológica, aumento da autoestima, valorização pessoal e profissional.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Psicologia Hospitalar

A especialidade de Psicólogo Hospitalar, possui como área de atuação instituições de saúde e instituições de ensino superior. Nas instituições de saúde, o psicólogo realiza atendimento a pacientes, avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas, realizando intervenções relacionadas ao paciente e o seu processo de adoecimento. Bem como, atendimento aos familiares, e, presta suporte aos membros da equipe multiprofissional. (Resolução nº 02/2001, do Conselho Federal de Psicologia).

A prática do psicólogo dentro do contexto hospitalar é uma das principais formas do paciente ser visto como um todo dentro da instituição, e, não apenas o seu corpo doente. A pessoa ao acessar o hospital, ela não leva apenas o seu corpo para ser tratado, ela está lá de forma integral, e por extensão, a sua família também se encontra inserida neste meio, participando do seu adoecimento, sua internação e de sua melhora. O trabalho do psicólogo hospitalar também envolve a equipe que presta os cuidados ao paciente, realizando um trabalho multiprofissional, onde ocorrem trocas entre a psicologia/paciente/equipe de saúde, gerando assim ganhos positivos para o paciente. (CAMPOS, 1995).

Ao praticar o cuidado, os profissionais da área da saúde, nunca devem esquecer que o paciente faz parte de um contexto e de uma dinâmica familiar, bem como, dos atravessamentos culturais e religiosos, que o cercam e o constituem como sujeito. (ISMAEL, 2013).

Sendo o objetivo principal que permeia o trabalho da Psicologia Hospitalar a minimização do sofrimento ocasionado pela hospitalização. A atuação deste profissional ocorrerá setting terapêuticos que atenta às necessidades e disponibilidades que lhe são apresentadas a cada novo atendimento. Podem ocorrer os atendimentos a beira de um leito, nos corredores, entre outros espaços. Sendo assim, o atendimento é realizado levando em consideração todas as variáveis que envolvem o contexto hospitalar. (CAMON, 1994).

O trabalho do psicólogo é observar o paciente além da queixa que originou o seu atendimento. É observar as suas defesas psicológicas, os seus recursos de enfrentamento e proporcionar ao paciente um espaço onde ele possa trazer as suas ansiedades, fantasias e medos. (ISMAEL, 2013).

Ao abordar o paciente em seu leito, em muitos casos o psicólogo se depara com uma pessoa que não possui a clareza do seu papel naquele momento de sua hospitalização, bem como em sua vida. Geralmente as solicitações de atendimento psicológico no âmbito hospitalar se dá a partir de solicitação da equipe assistencial. Desta forma, é preciso ter um olhar atento a

essa questão, buscando sempre acolher e escutar este paciente e seus familiares nas questões trazidas. (CAMON, 1994).

A ética é uma questão muito importante a ser destacada, independentemente do local de atuação do profissional a ética sempre deve estar presente e intacta. Segundo Batista (2013, p.23), “o respeito a diferença, a autonomia e a confidencialidade devem ser preservados, uma vez que são instrumentos do trabalho psicoterapêutico”.

3.2 Práticas do Psicólogo no contexto oncológico

Por muito tempo se teve poucos conhecimentos científicos em relação à patologia, denominada câncer, ao ser diagnosticado com esta doença o paciente praticamente recebe uma sentença de morte, gerando assim muito sofrimento, desilusão e muitos temores em relação ao futuro. O paciente acometido pelo câncer, em muitos casos não era conhecedor do seu quadro clínico, os familiares e profissionais da saúde omitiam essa informação do paciente, na tentativa de aliviar o seu sofrimento. (RIBEIRO, 2013).

Com o desenvolvimento científico e tecnológico, o câncer passa a ser uma doença passível de cura ou ao menos controlável, em muitos casos. Porém, o câncer ainda se encontra muito associado à morte em nossa sociedade, existem muitos temores em relação ao sofrimento do paciente, e essas questões acabam por conduzirem em muitos momentos o isolamento do mesmo. (KOVÁCS, 1992).

O câncer pode gerar ao paciente diversos danos significativos. Durante o processo de adoecimento, podem surgir limitações físicas, uma queda importante nas habilidades funcionais, a dor constante, a impossibilidade de realizar atividades que antes eram diárias geram muitas frustrações. Todas estas questões fazem com que o paciente perceba a finitude como algo mais concreto. Desta forma, o paciente pode vivenciar diferentes emoções, e não conseguir identifica-las e nem as nomear, carecendo assim de auxílio externo neste processo. O psicólogo ao atender um paciente oncológico necessita ter um olhar atento as demandas importantes que possam intervir durante o seu tratamento. (RIBEIRO, 2013).

O psicólogo oncológico não deve apenas se restringir a atender ao paciente e seus familiares/cuidadores, se faz necessário o cuidado com a equipe assistencial. O trabalho diário com pacientes oncológicos pode causar muito desgaste emocional na equipe. Os profissionais, assim como os cuidadores acompanham e vivenciam constantemente o processo de adoecimento e bem como os entraves que o paciente enfrenta ao longo do tratamento. Os profissionais se deparam em muitos momentos questionando suas limitações e a sua própria finitude. (RIBEIRO, 2013).

3.3 Bioética no contexto hospitalar

Segundo Ferreira et al 2009, no início dos anos de 1970, a bioética começa a ser discutida nos centros acadêmicos, e vem se consolidando deste então como um campo de reflexão com limites imprecisos, que tem como objetivo principal tratar da ética do ser. A trajetória da biótica vem de encontro a proporcionar a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade entre profissionais de diferentes áreas.

A bioética está presente de diferentes formas no contexto hospitalar, trata-se de um enfoque na interpretação moral, procurando assessorar as pessoas perante um dilema. Busca-se interpretar os princípios essenciais da assistência, o cuidar sem causar o mal. O papel da ética seria estabelecer motivos que justifiquem a prática a ser realizada. A ética de certa forma assume o papel de reguladora das relações sociais, visando promover um bem-estar entre os interesses individuais e coletivos. (CARVALHO; OLIVEIRA, 2008).

Um assunto muito discutido dentro das questões da bioética, conforme Nunes 2008, estão ligadas ao fim da vida, principalmente a respeito da distanásia, como uma forma de prolongamento demasiado da vida, muitas vezes se utilizando de recursos e meios desproporcionais de tratamento. A impressão que é passada e que existe uma tendência para investigar e tratar excessivamente alguns doentes, não medindo as consequências que tais escolhas vão causar ao paciente, gerando em muitos casos um prejuízo muito grande na qualidade de vida do pouco tempo que resta para essas pessoas. Uma interrogação que fica, e se todo esse excesso de cuidados terapêuticos, não espalha na dificuldade pessoal de cada profissional em aceitar a morte como um processo natural. Afinal a maior parte das pessoas, sejam elas cidadãos comuns, ou trabalhadores da área da saúde, não são educadas para falar a respeito da morte.

3.4 Cuidados paliativos

O conceito de cuidados paliativos teve sua origem no movimento *hospice*, sendo essa, uma palavra de origem no latim *hospes*, que possui o significado de estrangeiro e depois anfitrião, e da palavra *hospitalis*, que significa amigável, desta forma, “bem-vindo ao estrangeiro” que evolui para o significado de hospitalidade. O movimento *hospice* passa a ser utilizado por Cecily Saunders e colaboradores na década de 60, se difundido por todo o mundo como uma nova filosofia sobre o cuidar. Esta nova filosofia pregava dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes do tratamento em fases avançadas da doença e o cuidado envolvendo o paciente e a sua família como um todo, suas dimensões psicológicas, sociais e espirituais. (CAMPONERO; MELO 2009).

A partir do movimento *hospice*, um novo conceito de cuidar começa a ser introduzido, o conceito de cuidar e não apenas curar, paciente passa a ser cuidado até o final de sua vida. E com isso, surge a medicina paliativa, um campo novo, voltado para os cuidados de pacientes terminais, onde as equipes de saúde são especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas. (CAMPONERO; MELO 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1990 publicou a definição de cuidados paliativos, sendo o cuidado ativo e integral ao paciente que foi diagnosticado com uma doença sem perspectiva de tratamento curativo. Sendo essencial realizar o controle da dor, de outros sintomas, bem como, assinalando a importância de cuidado aos sintomas de origem psicológica, social e espiritual. Sendo a finalidade de o Cuidado Paliativo buscar proporcionar qualidade de vida ao paciente e familiares. (CAMPONERO; MELO 2009).

Os cuidados paliativos com o passar do tempo vão se fortalecendo e recebendo um maior reconhecimento na área da saúde. Conforme Maciel (2008) entre os anos de 1999 e 2001, muitos países iniciaram suas atividades, programaram ações e surgiram vários serviços relacionados aos cuidados paliativos. Sendo assim, no ano de 2000 a OMS redefine o conceito de cuidados paliativos, conforme Camponero e Melo (2009, p.260) sendo ele:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Quando o tratamento curativo perde a capacidade de proporcionar um controle significativo em relação à progressão da doença, é indicado ao paciente os Cuidados Paliativos. Sendo eles a intervenção de uma equipe de profissionais treinados e experientes que atendam ao paciente e sua família explicando o processo do adoecimento e sua evolução. Buscando a comunicação como sua principal ferramenta de trabalho, promovendo alívio e prevenção dos sintomas ou situações de crise. (MACIEL, 2008).

Os Cuidados paliativos buscam oferecer desde o início do diagnóstico uma equipe especializada para atender este paciente e sua família. Onde se busca a criação de um vínculo entre os médicos, equipe de saúde, paciente e família, e assim, juntos criarem um plano estratégico de assistência integral e contínua. (CAMPONERO; MELO, 2009).

A equipe multidisciplinar é essencial na prestação dos Cuidados Paliativos, sem o trabalho em conjunto de diferentes profissionais, se tornaria difícil prestar ao paciente e sua família/cuidadores um serviço de alta qualidade que beneficiara os mesmos em um dos momentos mais delicados de suas vidas. Conforme cita Maciel (2008a, p.109):

A equipe é constituída por médicos assistentes treinados em medicina paliativa, médicos residentes das áreas de clínica médica, oncologia e geriatria, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, assistentes espirituais (voluntários) previamente treinados e instrumentados para este trabalho. Além destes, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas e especialistas de outras áreas do hospital podem ser chamados para intervenções específicas. No entendimento da equipe, o serviço carece do trabalho diário, constante e compartilhado de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Os princípios dos cuidados paliativos são: afirmação da vida e a visualização da morte como um processo normal. Não há uma tentativa de adiar e nem de prolongar a morte; busca-se prove alívio da dor e de outros sintomas, bem como, ofertar suporte para que os pacientes possam ter uma vida mais ativa possível, ajudar a família e cuidadores no processo de luto. (CAMPONERO; MELO, 2009).

Os cuidados paliativos têm como o seu principal objetivo ofertar qualidade de vida ao paciente, e não apenas atribuir o tempo a ela. Priorizando o controle da dor e alívio dos sintomas. A essência dos cuidados paliativos se encontra na busca de ofertar ao paciente e seus familiares o cuidado integral e contínuo, seja ele, de origem física, psicológica ou espiritual. (CAMPONERO; MELO, 2009).

O trabalho do psicólogo nos cuidados paliativos é revestido de diferentes papéis que atravessarão a vida do paciente, da sua família e da equipe. Através da sua principal ferramenta de trabalho, a escuta, o psicólogo poderá dar voz a paciente e sua família, proporcionado à sensação de amparo e compreensão. A sua escuta deve ser orientada a partir do desejo do paciente, e não do seu prognóstico. Podendo assim, realizar um papel de mediador e orientador ao paciente, na reorganização de sua vida, para que ele ainda possa realizar alguns desejos. (TEIXEIRA et al, 2013).

A existência de um espaço protegido onde o paciente e sua família possam expressar seus sentimentos e pensamentos em relação ao final da vida, é de suma importância. Pois ao longo de todo o tratamento ocorrem diferentes medos e com a proximidade da morte esses medos se intensificam e pairam por todo o ambiente, ao falar sobre eles, o sofrimento pode ser aliviado. (MELO; MENEZES; VALERO, 2013).

Ao compreender que a vida é finita e que a morte faz parte do processo do ciclo de vida, pacientes e trabalhadores da saúde, podem vivenciar uma experiência de vida libertadora. Pois, quando uma pessoa consegue compreender que a vida é finita, ela poderá quem sabe ter a consciência que a cura não ocorre para todas as doenças, mas que todo o ser humano pode ser cuidado até a sua morte. (TEIXEIRA et al, 2013).

3.5 Morte e o luto

A morte está presente na humanidade desde o seu início, ela faz parte do desenvolvimento humano, acompanha o ciclo vital do ser humano. Porém, mesmo a morte sendo tão próxima, existe muita resistência para falar sobre, e a maioria das pessoas optam pelo silêncio, como uma saída para driblá-la. Ao falarmos da morte, estamos diretamente falando a respeito da vida, o que nos leva a pensar na qualidade de vida que está se tendo, realizar uma revisão de vida, não é algo fácil para nenhuma pessoa, a negação a morte em alguns momentos acaba se tornando uma melhor saída. (KOVÁCS, 2005).

A temática relacionada à morte sofre represálias e indiferença social desde os primórdios da vida humana. É compreensivo o ser humano não querer imaginar o seu fim, e se o fizer apenas acreditar na possibilidade de morrer em decorrência da idade avançada ou causas naturais. Qualquer outra causa, é sinônimo de algo ruim, como se fosse uma forma de castigo. (KÜBLER-ROSS, 2008).

Ao negar a morte de certa forma evitamos o contato com a experiência dolorosa. Permite ao ser humano vivenciar um mundo de fantasia, onde a imortalidade reside. Essa fantasia é importante, pois a partir dela o ser humano se permite sonhar, e assim realizar os seus sonhos e projetos, escondendo a sua fragilidade e finitude. Ao combater a morte, pode ocorrer a ideia de força e controle perante a vida, porém, não se permitir vivenciar a sua tristeza e dor pela perda pode causar adoecimento, é necessária que o luto seja elaborado. (KOVÁCS, 2005).

Falar da morte dentro do contexto hospitalar é fundamental. Grande parte dos hospitais, através dos seus comitês de ética, buscam de formas diferentes trazer a temática para dentro das instituições, buscando de alguma forma trabalhar com os seus profissionais. Os hospitais são os principais cenários de mortes, que ocorrem pelos mais variados motivos, e os profissionais em muitos momentos não sabem como lidar com a finitude. (KOVÁCS, 2005).

Ao receber o diagnóstico de uma doença incurável ou potencialmente fatal, o processo de luto inicia-se. Isso ocorre em virtude das perdas simbólicas ou concretas, que ocorrem para o paciente e seus familiares. O luto antecipatório é um processo que abrange as perdas que o paciente teve com o adoecimento. Podemos citar a perda da saúde, dos seus papéis sociais (parentais, conjugais, profissionais, etc.), entre outras perdas. É muito importante que o paciente possa conversar com seus familiares e profissionais a respeito de suas perdas, trabalhando assim a dor gerada por elas e elaborando um sentido para as mesmas. (KOVÁCS, 2008).

O respeito à autonomia do paciente perante as escolhas sobre o tratamento, é um fator que se deve tentar preservar ao máximo, assim como o local onde o paciente deseja morrer. Uma grande parte dos pacientes escolhe a sua residência, como sendo o melhor lugar para

passar os seus últimos momentos, a presença dos entes queridos e amigos e este local familiar e acolhedor, torna o processo de morte mais brando para o paciente. Entretanto, a equipe assistencial deve manter um olhar atento aos familiares, avaliando se naquele momento terão condições psicológicas e emocionais para enfrentar uma morte em casa. A partir desses dados a equipe deve orientar o paciente e seus familiares na decisão a ser tomada. (KIRA, 2008).

O psicólogo ao atuar em casos de pacientes em situação de luto iminente, tem que ter o cuidado de proceder conforme as normas e regras da instituição e da equipe multiprofissional, bem como cuidado com os aspectos relacionados ao paciente e sua doença, e os seus familiares/cuidadores. Estes aspectos delimitam e orientam as ações do profissional. (TEIXEIRA et al, 2013).

O trabalho do psicólogo é voltado para o paciente e sua família/cuidador no tempo que antecede a sua morte e quando ocorre à morte. Ao intervir no momento da morte é preciso estar atento ao contexto que a doença terminal traz para o paciente e seus familiares, o desgaste e o cansaço se acentuam para essas pessoas. O trabalho se volta neste momento para a família, na busca do restabelecimento do equilíbrio familiar. (TEIXEIRA et al, 2013).

O momento em que o paciente se encontra em eminência de morte, é permeado de muitos medos para ele e seus familiares. Neste momento, o psicólogo devera trabalhar com os familiares, buscando discutir a respeito dos desejos do paciente após a sua morte. Bem como, orientar a família/cuidador em relação à instabilidade que será vivida pelo paciente, com o intuito de ofertar suporte para o fortalecimento, e, assim manter-se ao lado do paciente, podendo com isso proporcionar uma conciliação de sentimentos intensos que permeiam esse momento. (Teixeira et al, 2013).

A comunicação ativa assume um papel urgente com a proximidade da morte, se instala uma necessidade de lidar com os assuntos inacabados. As relações expressivas podem ser reatadas ao longo de todo o processo da vida, no entanto com a proximidade da morte, esta é uma questão que será imprescindível. (KOVÁCS, 2008).

Durante o processo que antecede a morte, tem um momento em que a dor cessa, as necessidades fisiológicas diminuem gradativamente, a mente encontrasse em outro estado desconhecido para nós. Familiares e cuidadores se perdem, não conseguem cuidar da vida lá fora, sofrem com a expectativa e temem se afastar. Há um pedido de socorro muitas vezes em silêncio por parte dos familiares. Para a família este é o pior momento, pois deseja que seu ente querido “descanse”, porém agarra-se a ele, pois está prestes a perdê-lo para sempre. Nesse momento a terapia voltada ao paciente deve ser a do silêncio, enquanto para os seus familiares/cuidadores o profissional deve estar disponível. (KÜBLER-ROSS, 2008).

O Psicólogo ao trabalhar com pacientes que se encontram trilhando os últimos passos de suas vidas tem a oportunidade de aprender com eles a repensar a vida e a morte. Conforme cita Kübler-Ros (2008, p.282):

Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, nesse curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única, e nós mesmos tecemos a trama da história humana.

3.6 Família e o câncer

A família ao se deparar com uma doença potencialmente fatal será afetada como um todo, e não apenas o membro adoecido. A vida de todos de certa forma será alterada, estas mudanças podem ocorrer de formas sutis e também significativas, no decorrer da doença. (VALLE, 2008).

O tratamento do câncer exige um longo período de tratamento, sendo assim, ele exige importantes mudanças na organização familiar. São mudanças muito significativas que ocorrem e elas nem sempre são fáceis, e, não ocorrem apenas no âmbito familiar, mas também estão presentes no âmbito social, financeiro, emocional, entre tantos outros. Entende-se que estas mudanças estão relacionadas a um grande grau de sofrimento, pois com elas vem a insegurança, a solidão, a frustração, o medo das perdas e da morte. (VALLE, 2008).

Trabalhar com as famílias e com o câncer é estar em um campo muito complexo, pois não existe um padrão de família, bem como não existe um único tipo de câncer. Cada família possui a sua organização, como cada tipo de câncer terá suas particularidades. Desta forma, não existe um trabalho padrão realizado com estas famílias, mas sim um trabalho que é construído com cada uma, a partir das suas dinâmicas de funcionamento, bem como os fatores de como cada membro da família percebe a doença, suas fantasias em relação a ela e suas dificuldades de lidar com ela. (PENNA, 2010).

O psicólogo precisa buscar conhecer quem é esta família e como funciona a sua forma de interação. O reconhecimento dos ciclos restritos no qual as pessoas interagem, trocam informações e possui fortes vínculos emocionais são vitais para a realização do seu trabalho. Trabalhar com estas famílias durante o processo de câncer e buscar nestas pessoas a capacidade natural de aprender a evoluir, fazendo com que a dor deste momento e a doença expandam essa capacidade, transformando-a assim e oportunidade, e não somente em infortúnio. (VALLE, 2008).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados encontrados a partir das entrevistas realizadas com cinco psicólogos(as) que atuam na área da oncologia. Buscou-se compreender a forma como os psicólogos(as) significaram estas experiências e os impactos que geraram em suas vidas. Com base nos conteúdos das entrevistas traçou-se duas categorias de análise, quais sejam: "Terminalidade pode não ser um Tabu"; "Ressignificação das vidas". As discussões que seguem nas categorias foram analisadas à luz de teorias e pesquisas que discorrem sobre o tema deste trabalho e baseadas nas falas retiradas das entrevistas.

4.1 Terminalidade pode não ser um Tabu

Pensar em terminalidade para muitas pessoas é pensar na morte concreta, porém a terminalidade pode ir muito além desse conceito de fim da vida. Como evidenciado na seguinte fala: “Acho que parte do início de entender que nós somos finitos, vejo a terminalidade assim o tempo inteiro a qualquer momento, não vinculo a morte concreta *só, sempre tem uma ideia de finitude de que tudo é finito, de que tem termino de etapas [...] Quando penso na terminalidade é esse contexto que acompanha a gente desde que a gente nasce.*” (Girassol). Quando passamos a ter esse olhar diferenciado sobre a finitude, penso que passamos a ter um olhar diferenciado perante vida. O autor Teixeira et al (2013) traz que a vida é finita e que a morte faz parte do processo do ciclo de vida, pacientes e trabalhadores da saúde, podem vivenciar uma experiência de vida libertadora. Pois, quando uma pessoa consegue compreender que a vida é finita, ela poderá quem sabe ter a consciência que a cura não ocorre para todas as doenças, mas que todo o ser humano pode ser cuidado até a sua morte.

Terminalidade pode ser pensada também a partir do significado que o sujeito adoecido dá para as perdas que ocorrem em sua vida a partir do seu adoecimento, como é ressaltada na fala: “*Eu entendo que terminalidade é um processo, não necessariamente ela está ligada ao exato momento do final da vida, e sim eu entendo ela como um processo [...] São várias situações que se encerra um ciclo, quando termina aquela perspectiva de juventude, quando termina a perspectiva de saúde, a relação que as pessoas têm com o fim, e até nas relações que se estabelecem a partir disso, as relações familiares, no papel que as pessoas desempenham. Então eu entendo que são situações que ocorrem ao longo da vida.*” (Begônia). Podemos contextualizar a partir do olhar do autor Campos (1995), em que ele traz que a hospitalização é um evento que necessita de uma adaptação as alterações da rotina daquele indivíduo hospitalizado, o que nem sempre é fácil. Pode-se ser observado em muitos casos, regressões emocionais, negação perante o quadro clínico, apego afetivo aos funcionários da instituição.

Estas situações podem ocorrer pelo temor do indivíduo em quebrar as suas rotinas, bem como medo da perda de autonomia e da morte. A pessoa que se encontra hospitalizada entra em contato com suas limitações, impotência e dependência, e ao contatar essas questões pode ocorrer um crescimento emocional, e a doença pode ser utilizada como um meio de encontrar um reequilíbrio.

Desta forma, a partir das falas trazidas anteriormente podemos ressaltar que o termo Terminalidade vai muito além da ideia de quase morte. A autora Kovács (1992) nos traz que o rótulo terminal pode trazer um idealismo falso, em que se pensa que não existe mais nada a ser feito pelo paciente. Entretanto essa ideia está muito errada, pois é exatamente neste momento que o paciente mais carece de ajuda física e psicológica. O cuidado prestado ao paciente tem que ser realizado enquanto existir vida.

A partir das falas dos entrevistados, evidencia-se que o trabalho realizado com pacientes que estão frente a terminalidade, podem gerar um misto de sentimentos, emoções e experiências. *“Trabalhar com terminalidade, trabalhar com paciente terminal, eu acho que é um privilégio para quem está nessa área da saúde, para quem gosta, porque é impossível não se tocar com que tu vê dos seus pacientes, em observação do nosso tocar com a história.”* (Frésia). Podemos perceber que a história de vida do paciente é uma questão muito importante a ser analisada, tanto como meio de compreender aquele sujeito adoecido, como para compreender como ele se relaciona com o seu adoecimento. Conforme Campos 1995, cada sujeito possui uma história particular, existe uma necessidade humana de reprocessar sua história. E a história de cada indivíduo está permeada por questões sociais, familiares, econômicas, sexuais, etc. E justamente por estas questões que o doente tem que ser compreendido além da sua doença, pois a pessoa será atingida como um todo, e cada pessoa terá o seu modo de adoecer. Ao longo da vida a saúde é adquirida e conquistada como em um processo, bem como as potencialidades para as realizações. Pode-se considerar ser saudável como uma conquista contínua e não definitiva e eterna.

Ao trabalhar com pacientes que se encontram no final da vida para muitas pessoas pode soar como um trabalho onde não há muito o que ser feito. Porém considero que esse pensamento é errôneo, e na seguinte fala essa questão é trazida: *“Perto da morte geralmente o paciente se dá conta de que está neste caminho, e esse é um momento em que se tem muitas questões para serem resolvidas, que se encontram em aberto. [...] Tu procuras naquele pouco tempo de vida que o paciente tem, fazer uma caminhada no tempo, por mais que o tempo seja curto muitas vezes, tenta-se que o paciente dê fechamentos para a sua vida, procurado fechar questões que estão em aberto.”* (Hortênsia). Kovács (1992) traz que com o paciente terminal, geralmente as

peessoas consideram que se tem que trabalhar apenas a temática relacionada a morte, mas isto seria um grande erro. Se faz necessário conhecer esse sujeito como um todo, seu universo interno, e buscar trabalhar com esse paciente questões que ali se encontram latente, e nem sempre, será a morte.

O papel do psicólogo(as) com os pacientes oncológicos em cuidados paliativos vai desde os cuidados mais simples até os cuidados mais complexos que permeiam o ser humano, e podemos a partir da fala da Girassol captar um pouco dessa essência. *“Quando o psicólogo consegue fazer uma escuta diferenciada, acolher esse sujeito, entender e mostrar para eles que sim você está em um momento diferente da vida, e ter um olhar diferente. Explicar para ele, tem dúvida? são aqui, isso é aqui, química é feita desse jeito, a equipe serve para isso, dúvidas pode tirar com a tal e tal pessoa. É ali que acho que dá uma sensação de que a pessoa não está tão longe de casa, e sim tem alguém para me escutar, não é todo mundo igual e com a mesma roupinha, né. Acho que é esse o nosso principal papel, óbvio que aliviar o sofrimento, mas isso é óbvio. Se eu fosse te dizer em duas palavras seria Acolher e Escutar.”* O trabalho do psicólogo(a) vai muito além de aliviar o sofrimento, dentro do ambiente hospitalar esse papel vem acompanhado de orientação, prestar informações, compreender a fisiologia da doença, entre tantos outros papéis importantes desempenhados por esses profissionais, neste contexto.

O trabalho desenvolvido pelos psicólogos(as) dentro do ambiente hospitalar tem um papel muito importante durante todo o processo de adoecimento e tratamento do paciente, não apenas no momento da eminência de óbito, como podemos ressaltar nessa fala: *“Em todos os momentos eu acho que é necessário, porque o paciente oncológico realiza um tratamento em boa parte longo, passam por vários estágios. Nesses pacientes o diagnóstico tem um impacto, com a cirurgia tem outro impacto, começo do tratamento é outro impacto e a terminalidade, o fim da vida tem outro. Então eu acho que o acompanhamento psicológico é importante em todos os momentos, a pessoa está em processo com aquilo o tempo inteiro, então para poder chegar lá no momento de final de vida e realmente dar significado para a doença, e resignificando a vida e finalizando, tem que ter tido um atendimento antes. Eu acho que isso é um papel importantíssimo.”* (Begônia). Desta forma, segundo Melo; Menezes; Valero (2013) a existência de um espaço protegido onde o paciente e sua família possam expressar seus sentimentos e pensamentos em relação ao final da vida, é de suma importância. Pois ao longo de todo o tratamento ocorrem diferentes medos e com a proximidade da morte esses medos se intensificam e pairam por todo o ambiente, ao falar sobre eles, o sofrimento pode ser aliviado.

O momento em que o paciente se encontra em eminência de morte, é permeado de muitos medos para ele e seus familiares. E o papel do psicólogo é de grande relevância, como

traz a seguinte fala: *“Mas tem sofrimento, de todas as minhas buscas em terapia para procurar entender, eu não vejo que meu sofrimento está no que a maioria vai dizer, na impotência, na não aceitação da morte, não é nisso o meu sofrimento, é da coisa humana de despedida, dessa questão daquele laço. Está no orientar aquela despedida, revisão da vida, se tem coisas a serem perdoadas, desculpas a serem pedidas, para que eles possam fazer bem essa transição, tanto para o luto de quem fica, para ser melhor resolvido e mais saudável, do que para quem vai. A minha escuta e meu trabalho é para que isso seja e esteja de uma forma que eu posso ajudar essas pessoas a lidar com esse fim, para que seja mais saudável.”* (Girassol). Como cita Teixeira et al, (2013) neste momento, o psicólogo devera trabalhar com os familiares, buscando discutir a respeito dos desejos do paciente após a sua morte. Bem como, orientar a família em relação à instabilidade que será vivida pelo paciente, com o intuito de ofertar suporte para o fortalecimento, e, assim manter-se ao lado do paciente, podendo com isso proporcionar uma conciliação de sentimentos intensos que permeiam esse momento.

A partir das falas dos entrevistados, evidencia-se a questão de quando ocorre a morte de pacientes jovens, como a equipe multiprofissional fica de certa forma mais sensibilizada e se identifica muito mais com o caso, como podemos ressaltar em duas falas, a primeira fala que trago é a da Frésia: *“ Principalmente quando tu pega um paciente jovem é que tu fica pensando naquele idealismo de que você tem uma vida toda pela frente mas também o que é ter uma vida toda pela frente? como que é vivido essa vida toda né.”* E a segunda fala é a da Begônia: *“Nós vemos os movimentos e as dificuldades das pessoas que estão ao redor dos pacientes que estão em eminência de óbito, principalmente quando são jovens e quando é uma pessoa de mais idade. As equipes nos questionam quando é um paciente idoso, como é que a família não entende a finalidade, como é que eles não pensaram nisso antes, e questionam se não estou trabalhando esta questão agora com eles. E quando é um jovem, nossa, tem uma coisa assim que mobiliza equipe, o enfrentamento dessa equipe e diferente.”* A autora Kovács (1992), traz que é muito relativo conseguir conceituar a terminalidade, pois a maioria das pessoas entendem a morte como o fim do processo de desenvolvimento. E a temporalidade relacionada a terminalidade é outro ponto relativo, pois ao falarmos que as pessoas idosas ou acometidas por uma doença grave se encontram mais próximas da morte, esquecemos que este fato pode ser muito contrário, pois todos os dias pessoas jovens e saudáveis morrem de maneiras inesperadas, e mais cedo do que aquelas que “estão para morrer”. Então devemos utilizar a palavra terminalidade com muitas ressalvas quando nos referirmos a terminalidade da vida.

Podemos apontar que os psicólogos(as) entrevistados conseguem visualizar a morte de uma pessoa jovem de maneira diferenciada do restante da equipe, pois a maioria das pessoas

ainda visualizam a morte como algo que vai ocorrer só na velhice, como uma forma de recurso interno para o enfrentamento da finitude da vida. E os profissionais entrevistados conseguem ter um olhar diferenciado sobre a morte, pensando que a vida pode ser extremamente vivida por alguém que viveu 30 anos e não tão bem vivida assim por alguém que viveu 80 anos, tudo vai de encontro de como essa pessoa vivenciou as suas experiências de vida e como lidou com cada uma.

Trabalhar diariamente com pacientes que estão em eminência de óbito exige dos psicólogos que atuam nesse contexto, uma busca constante de autoconhecimento e recursos para o enfrentamento dessas situações. Conforme Campos (1995) é muito importante que o profissional de saúde busque o autoconhecimento, pois a partir disso o profissional poderá compreender melhor e manejar de forma mais adequada o seu paciente. O profissional da saúde precisaria compreender o paciente como um ser no mundo e a doença como consequência do diálogo constituído entre o doente e o mundo, compreendendo que a doença faz parte daquele ser humano. Seguindo por essa linha de pensamento o profissional da saúde deve guiar o paciente, observando suas expressões espontâneas, buscando captar através da escuta, as forças psicológicas, sociais ou somáticas que motivam o seu mal-estar.

Na fala da Begônia evidencia-se a importância de o psicólogo buscar o autoconhecimento: *“A morte de um paciente mexe principalmente quando eu estou aqui, (no local de trabalho), sabe, e mexe comigo principalmente no sentido de como eu consigo dar esse suporte e que recursos eu tenho para conseguir acessar os recursos que tem ali, ou que faltam ali. Mas não mais no ponto de eu ficar mal, de me sentir angustiada, de me sentir mal, isso não mais. Então eu consigo cada vez mais separar o que é do outro e o que é meu, e qual é o meu lugar, porque eu acho que encontrando o meu lugar fica mais claro, onde posso ajudar.”* (Begônia). Com essa fala pode-se ressaltar o quanto se faz importante o psicólogo ter um espaço onde ele possa encontrar recursos para o enfrentamento das suas questões pessoais e das questões do seu trabalho, aprimorando assim a sua atuação perante aos seus pacientes e melhorando a sua qualidade de vida.

Segundo Arantes (2016) existe uma forma de quem trabalha com a morte no seu dia-a-dia enfrenta-la de uma forma segura em relação aos cuidados e os limites de intervenção com o paciente, e isso vai ocorrer a partir do momento que isso for falado no decorrer da nossa vida, enquanto estamos saudáveis.

Mesmo a morte ainda sendo muito vista como um tabu em nossa sociedade, existem pessoas que conseguem dar um significado diferente para ela, como podemos visualizar nessa fala: *“Assim eu enxergo vida na morte, sempre a vida, seja para dar sentido para vida que se*

viveu, seja para ressignificar para quem fica, mas eu não consigo olhar para a morte como essa coisa que tem muito sofrimento. Essa romantização eu não tenho isso, nossa e agora morreu. Então não me toca nesse sentido romântico da morte, eu enxergo como vida, sempre enxergo a vida, então acho que para mim fica mais tranquilo para lidar com a morte.” (Begônia). A morte pode ser dessa forma interpretada como um momento, no qual podemos utiliza-lo para repensarmos nossa vida até aquele momento, e buscar ressignificar esse acontecimento, tentando transforma-lo em uma oportunidade de vida, e não apenas em um momento de sofrimento.

O psicólogo ao trabalhar com o paciente e familiares que estão vivenciando o fim da vida, deve buscar meios de trabalhar as questões pessoais e familiares que ali estão latentes. Quando o psicólogo tem para si claro qual é o significado da finitude para ele e o que a morte representa, o trabalho a ser desenvolvido com os pacientes e os seus familiares fica muito mais rico.

O trabalho que é realizado com amor e dedicação com toda a certeza, gera frutos saudáveis, que servem de alimento para a alma do profissional e do próprio paciente. Conforme a autora Arantes (2016, pag. 172) “O processo mais amoroso de recuperação é aquele que diz respeito a nós mesmos. Tudo o que é possível fazer é amorosidade pura quando estamos disponíveis para renascer.”

4.2 Ressignificando a Vida

Durante as entrevistas realizadas, ficou muito evidente nas falas dos participantes(as), a ressignificação de vida que ocorreu a partir do trabalho desses profissionais com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Era muito perceptível a importância que esse trabalho desenvolvido tinha na vida desses profissionais. Na fala da Frésia podemos captar um pouco desses sentimentos. “*Assim, tu passas junto com o paciente por esse processo de valorização de vida e crescimento pessoal. Entender ou buscar entender muitas coisas que até então passavam muito despercebidas, pouco pensadas e valorizadas. As coisas mais simples da vida passam a serem valorizadas, quando tu passas a acompanhar alguém que está quase morrendo, é aí que vem toda essa reflexão da vida. Trabalhar com paciente oncológico me trouxe muitas experiências, principalmente nesse sentido de reflexões, de valorizar mais a vida. Antes de trabalhar com pacientes oncológicos isso não era feito.*”. A autora Kübler-Ross (1998) traz que os pacientes terminais ensinaram a ela não apenas o que é estar morrendo, esse ensinamento foram muito além. Nessa relação médico e paciente houve uma partilha das lições de vida, os

pacientes ao contarem as suas histórias e refletirem sobre suas vidas, estavam a todo o momento trazendo questões que possuem um verdadeiro significado para a vida.

Podemos perceber exatamente essas questões na fala trazida acima. Os pacientes durante os atendimentos ao trazerem as suas reflexões sobre a vida, seus assuntos inacabados, arrependimentos, estão ali de certa forma ensinando uma lição de vida aquele profissional. A partir das falas desses profissionais, pude constatar que a vida deles foi tocada de alguma forma.

E esse toque do outro, que ocorreu na vida destes profissionais, foi experienciado de maneira semelhante, mas também com significados diferenciados para cada um. Segundo Arantes (2016), o contato com o outro quando é verdadeiro pode suscitar em um grande potencial de transformação. Esse contato pode destrancar em nós portas internas.

Na fala da Hortênsia ela traz que: *“Hoje vejo a vida com outros olhos, me estresso só com o que realmente vale a pena, não mais por qualquer coisa. Eu acho, que a gente tem coisas muito maiores a considerar, tragédia para mim agora é o que realmente daqui a cinco anos vai fazer diferença na minha vida. Tenho mais paciência. Mas, eu vejo que o que mais mudou foi a questão de valorizar o que realmente vale a pena. E não desprender energia à toa.”*. A ressignificação da vida aparece a todo momento nas falas dos entrevistados(as), a autora Arantes (2016) ressalta que o que se aprende com o paciente permanece de certa forma em nós, toca a nossa essência de alguma forma. E é primordial conseguirmos fazer o movimento de avaliar com clareza o que foi vivido com aquele paciente e o que de positivo esse contato trouxe à nossa vida.

Nas falas apresentadas fica muito claro esse movimento realizado pelos profissionais, de tentar capturar esses aprendizados transmitidos pelos os seus pacientes. E a busca desses profissionais em colocar em prática esses ensinamentos, iniciando assim um processo de revisão de vida. Na fala do Girassol também podemos constatar as mudanças que ocorreram em sua vida, a partir das suas experiências profissionais. *“Nossa daí milhões, teria que entrevistar alguém que me conhecia antes, para ver o que a pessoa iria dizer. Mas sim, teve muitas mudanças. [...]. Então, mudou muita coisa. Valorizo muito quem eu sou, presto atenção no meu ritmo, este é um dos meus grandes sofrimentos nos últimos anos, essa busca por administrar o tempo, o que é o hoje e o agora. Quando vejo estou andado em um ritmo que não é meu, eu preciso entrar em contato com a música que é minha, com o meu ritmo. Pacientes me fazem lembrar o tempo todo, que eu preciso andar no meu ritmo.”*

Surge nas falas a relação de um crescimento profissional muito significativo, um olhar diferenciado perante a profissão, após o contato com os pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Como podemos trazer na fala da Begônia: *“Eu acho que a gente amadurece muito*

profissionalmente, claro, é muito difícil separar de um amadurecimento emocional, pois tu passas a te questionar muito mais sobre a vida sobre as tuas escolhas. [...]. Eu acho que a gente amadurece de uma maneira geral, e sem dúvidas não tem como passar por isso e sair daqui dando super. importância para bobagenzinhas, essas coisas já não tem mais espaço. Não tem como passar ileso.”. Conforme Kübler-Ross (1998) na vida em alguns momentos todas as pessoas vão passar por dificuldades. Independentemente do tamanho dessas dificuldades, elas todas serão lições a serem aprendidas. Nós escolhemos quais as opções, então para ter uma boa vida, e uma boa morte, precisamos realizar as nossas escolhas pautadas no amor incondicional e nós questionar a todo o momento “que serviços estamos prestando”.

Na fala da Frésia podemos destacar que: *“Com certeza os pacientes contribuíram para minha vida, tanto na minha vida pessoal, quanto na minha vida profissional. Na vida pessoal no sentido de reflexão da vida, e no profissional no sentido do meu atendimento aos meus futuros pacientes, na questão de refletir o que é muitas vezes deixado de fazer e por que tinha sido deixado de fazer. E em relação aos planos, as vezes temos muitos planos e queremos fazer todos ao mesmo tempo, daí você reflete, será que não podemos estar fazendo isso junto ou deixar esses planos um pouquinho para depois. É uma experiência muito enriquecedora de vida.”* Nas falas dos entrevistados(as) pode-se perceber que esses questionamentos em relação aos papéis desempenhados por eles(as) ocorre a todo o momento de suas vidas. Seja no âmbito pessoal, seja no âmbito profissional. A ressignificação perante a vida está sempre presente.

Para finalizar utilizo a fala de uma autora que capta muito bem a essência do conteúdo das entrevistas realizadas. Arantes (2016, pag. 165):

[...] entramos naquela relação, naquele trabalho, naquela realidade com o melhor de nós; transformamo-nos, entregamo-nos àquele encontro, e uma hora ele acabou. Seguimos o nosso caminho levando o que aprendemos, e é isso que fará com que possamos entrar em outra relação, em outro emprego, em outra carreira, em outro sonho de vida.

Quando nós entregamos completamente ao trabalho que realizamos, sempre iremos tocar a alma do outro, e de alguma forma também sairemos tocados nessa interação. Sempre que existe um contato verdadeiro entre dois seres humanos, cada um vai levar consigo um pouquinho do outro. E é isso que pude perceber que ocorreu com todas as pessoas entrevistadas, elas realizam os seus trabalhos de forma integral, doando-se como um todo, na relação que estabelecem com o paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender os significados atribuídos pelos psicólogos(as) que atuam na área da oncologia e os impactos gerados em suas vidas pessoais e profissionais. Pôde-se perceber que esta experiência foi retratada pelos profissionais como positiva e como possibilidade de ressignificação de suas vidas, uma vez que produziu uma nova visão acerca da vida. Os profissionais compartilharam sentimentos similares frente as suas experiências no trabalho, principalmente uma nova visão perante a terminalidade. Pode-se perceber que os psicólogos(as) a partir das suas experiências profissionais passaram a visualizar a morte de uma forma diferenciada, conseguem transformar os atendimentos aos pacientes muito mais ricos, bem como se constata a existência de uma melhora na qualidade de vida desses profissionais.

O presente estudo destaca a importância dos psicólogos(as) trabalharem com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, o quando essa atuação promove a melhora da qualidade de vida desses pacientes e dos seus familiares, reduzindo os agentes estressores que geram sofrimento e ansiedade, devido a esse momento tão delicado da vida. O papel desses profissionais e de grande relevância nessa área de atuação, pois ajudam os pacientes e seus familiares a darem um sentido para a doença, e dessa forma lhe dar melhor com todas as mudanças que ocorrem na dinâmica familiar quando um membro esta adoecido.

A realização desse estudo apresentou um nível considerado de dificuldade, visto que, apesar do aumento gradual de publicações sobre os aspectos do câncer para os profissionais da área da medicina e enfermagem, e para pacientes e familiares, pouco se encontra matérias relacionados a atuação do psicólogo e de suas percepções na área oncológica. No caso, as atuações do psicólogo com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, mais precisamente, ainda são poucos trabalhos que discutem o assunto de forma mais detalhada e específica. Considero que é um campo que tem muito a ser explorado ainda.

Pôde-se perceber que para os profissionais entrevistados neste estudo, a morte não é mais vista como um Tabu, sendo que a morte é um grande Tabu em nossa sociedade, esses profissionais passaram a ter uma nova perspectiva perante a morte, gerando novos significados para a terminalidade e para morte propriamente dita. Dessa forma, esses profissionais conseguiram lidar com a finitude da vida no seu contexto de trabalho de formas diferenciadas, proporcionando ao paciente e seus familiares um olhar muito mais apurado e límpido. Pois esses profissionais encaram a morte como possibilidades de vida, não vendo essa proximidade do fim da vida como um momento em que nada tem a ser feito por esse paciente e seus familiares, mas sim como um momento em que muitas intervenções ainda podem ser realizadas,

e dessa forma proporcionar ao paciente uma morte mais tranquila e para a família um luto mais saudável.

Um ponto muito importante que foi visualizado ao logo desse estudo e gostaria de destacar agora, e a ressignificação que ocorreu na vida desses profissionais após os seus trabalhos desenvolvidos com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Esses profissionais compartilharam sentimentos similares frente a essas mudanças em suas filosofias de vida, todas trazem ao longo das suas entrevistas a grande valorização que passaram a dar a vida e principalmente as pequenas “coisas” que ocorrem no dia-a-dia, que até então passavam desperdido por eles. Pôde-se perceber que esses profissionais passaram a ter um ganho muito significativo em relação a qualidade de vida, pois esses profissionais passaram a cuidar muito mais de si, e indiretamente passaram a desenvolver os seus trabalhos de forma mais sistêmica.

O estudo atingiu os objetivos propostos uma vez que permitiu a compreensão da complexa rede de significados gerados a partir do trabalho desses profissionais com pacientes oncológicos em cuidados paliativos e os impactos e mudanças produzidos nesses profissionais. Destaca-se que os resultados apresentados não anseiam a generalização, mas o princípio de discussão acerca das implicações dos profissionais no que tange aos seus trabalhos desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATISTA, Juliana dos Santos. Em busca da morada: considerações sobre ética e psicologia da saúde. In: ISMAEL, Silvia Maria Cury, SANTOS, Janaina Xavier de Andrades do. *Psicologia Hospitalar: articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 19-26.
- CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org.). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira, 1994.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.
- CARVALHO, Ricardo Tavares de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Bioética em cuidados paliativos. In: *Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.584-594.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 02/2001, de 10 de março de 2001.
- COMPONERO, Ricardo; MELO, Ana Georgina Cavalcanti de. Cuidados Paliativos: abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana (org.). *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 257-266.
- FERREIRA, Amauri Carlos et al. *Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer*. Revista Bioética 2009. Pag.77-94. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/81. Acesso em: 10 out. 2017.
- FLICK, Uwe. *Introdução á pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, v.3, 2009.
- GODOY, A. S. *Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais*. Revista de Administração de Empresas. 1995
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA/MS). *Tratamento e cuidados paliativos*. Disponível: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos. Acesso em: 30 out. 2017.
- ISMAEL, Silvia Maria Cury, SANTOS, Janaina Xavier de Andrades do. *Psicologia Hospitalar: articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- KIRA, Célia Maria. As últimas 48 horas. In: *Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.337-353.

- KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a Morte**. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012. Acesso em: 22 mar. 2017.
- KOVÁCS, Maria Julia. **A morte no contexto dos cuidados paliativos**. In: *Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 551-554.
- KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Roda da Vida**. São Paulo: Sextante, 1998.
- MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. In: *Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.16-32.
- MACIEL, Maria Goretti Sales. Enfermaria. In: *Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008a, p108-114.
- MANZINI, Eduardo. J. **A entrevista na pesquisa social**. São Paulo: Didática, v. 26/27, 1990/1991.
- MELO, Anne Cristine de; MENEZES, Marina; VALERO, Fernanda Fernandes. **Intervenção psicológica em cuidados paliativos**. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007. Acesso em: 22 mar. 2017.
- NUNES, Lucília. **Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo**. *Revista Bioética* 2008: pag. 41-50. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/54. Acesso em 10 out. 2017.
- PENNA, Therezinha L. M.. Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In: FILHO, Júlio de Mello, BURD, Miriam (org.). **Doenças e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, pag. 377-387
- QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (org. e intr.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice, v.5, 1988. P. 68-80.
- REY, Fernando Luis Gonzáles. **Pesquisa Qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RIBEIRO, Viviane dos Santos Gonçalves. Pesar ou pensar: quando há escuta ao paciente oncológico. *In: ISMAEL, Silvia Maria Cury, SANTOS, Janaina Xavier de Andrades do. **Psicologia Hospitalar: articulando conceitos com a prática clínica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 76-79.*

TEIXEIRA, Solmar dos Santos et al. *A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares*. São Paulo: *Rev. Psicologia hospitalar*, vol.11, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002>. Acesso em: 24 mar. 2017.

VALLE, Martha Maria Villar do. Famílias com câncer: como cuidar? *In: MACEDO, Rosa Maria S.. **Terapia familiar no Brasil na última década***. São Paulo: Roca, 2008, pag. 196-200.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do entrevistado

Entrevistado número _____

Idade _____

() Psicólogo/a

() Estagiário/a psicologia

Entrevista

- 1- O que você entende por terminalidade?
- 2- Ao longo da sua graduação, como foi o seu contato com as temáticas relacionadas aos cuidados paliativos e morte?
- 3- Como foi o seu primeiro contato com a área oncológica?
- 4- Quais as principais abordagens psicológicas você utiliza nos seus atendimentos?
- 5- Como você se sente quando ocorre a morte de um paciente que você acompanhava?
- 6- Qual o papel que você considera que o psicólogo/a desenvolve na área de oncologia?
- 7- Quais são as suas percepções em relação a sua atuação profissional na área de cuidados paliativos?
- 8- O que significa para você trabalhar com pacientes oncológicos em cuidados paliativos?
- 9- Quais mudanças que você considera que ocorreram na sua vida profissional a partir do seu trabalho com pacientes oncológicos?
- 10- Quais mudanças que você considera que ocorreram na sua vida pessoal a partir do seu trabalho com pacientes oncológicos?

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AS PERCEPÇÕES DOS PSICÓLOGOS FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

A pesquisa denominada “As percepções dos psicólogos frente aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos”, pretende compreender como os psicólogos/as que atuam na área da oncologia com pacientes em cuidados paliativos, lidam no dia-a-dia com a terminalidade e que impactos e mudanças podem gerar em suas vidas profissionais e pessoais. A relevância da pesquisa consiste em contribuir com a necessidade de abordar a morte e o morrer na formação dos cursos da saúde, pois este assunto ainda é pouco abordado, segundo apontam estudos na área.

O instrumento utilizado na pesquisa será a entrevista semiestruturada. As entrevistas serão individuais, gravadas e posteriormente transcritas, cujo conteúdo servirá para realização da análise de conteúdo. As entrevistas gravadas são documentos particulares e por isso serão manejadas de forma sensível, priorizando sempre a segurança, o sigilo e o cuidado com os participantes. Para tanto a identidade dos participantes se manterá em sigilo absoluto, não sendo identificados. O material gravado, após a sua utilização, será inutilizado e deletado.

O individual dispõe de total liberdade para participar da pesquisa, como também de interrompê-la a qualquer momento em que considerar viável, com o intuito de não proporcionar nenhum desconforto, declaramos que a pesquisa pode apresentar alguns riscos aos seus participantes. O risco que envolve a presente pesquisa está relacionado a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável (desconforto), relacionado a riscos psicológicos, podendo ocorrer modificações nas emoções, stress emocional relacionado a experiência com doença e morte

A pesquisa será patrocinada integralmente pela pesquisadora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconforto e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listado.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação.

Fui, igualmente informado:

- da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo á continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante o estudo, ainda que está possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso exista danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Amanda Ulguim Gomes Agnes, a professora orientadora deste Projeto de Pesquisa é Dulce Grasel Zacharias docente da UNSC compromete-se a esclarecer dúvidas sobre a pesquisa pelo fone (51) 3717-7388.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra via com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do fone (51) 3717-7680.

Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura da pesquisadora

Nome e assinatura da orientadora acadêmica