

CURSO DE PSICOLOGIA

Bárbara Winck Esteves

**A VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE A
TERMINALIDADE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Santa Cruz do Sul

2017

Bárbara Winck Esteves

A vivência dos profissionais da saúde frente a terminalidade de pacientes oncológicos

Trabalho de Curso, apresentado a disciplina Trabalho de Curso II, do curso de Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Orientadora: Prof.^a Teresinha Eduardes Klafke

Santa Cruz do Sul

2017

RESUMO

A pesquisa em questão aborda a terminalidade de pacientes oncológicos e tem como objetivo verificar e descrever o possível impacto da vivência com esses pacientes na vida dos profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utiliza para coleta de dados a entrevista semiestruturada. Foram entrevistados oito profissionais de saúde, sendo dois de cada uma das seguintes profissões: medicina, psicologia, enfermagem e fisioterapia. As entrevistas foram gravadas e após transcritas, sendo então analisadas a partir da Análise de Conteúdo tomando-se como base a conceituação de Bardin (1977). Com os resultados alcançados foram postuladas três categorias para discussão dos dados. A primeira categoria “aspectos que emergem na relação”, conta com quatro subcategorias: idade do paciente; identificação com o paciente; sentido que o paciente atribui a terminalidade; e aspectos familiares. A segunda categoria, “recursos e dificuldades para o manejo com o paciente terminal”, conta com duas subcategorias: crenças e outros recursos X distanciamentos e proximidades; trabalho multiprofissional X entendimento da terminalidade. A terceira categoria, denominada “percepções acerca dos cuidados paliativos”, conta com duas subcategorias: definições dos cuidados paliativos; e implementação dos cuidados paliativos em oncologia. Com isso, espera-se trazer benefícios para a instituição, objetivando fomentar a discussão acerca da terminalidade, bem como benefícios para o participante, visto que o próprio método se configura de forma a abrir um espaço de escuta sem julgamentos, contemplando o indivíduo, que poderá fazer uma reflexão sobre sua prática.

Palavras-chave: Terminalidade, pacientes oncológicos, profissionais da saúde, cuidados paliativos.

ABSTRACT

The research in question approaches the terminology of cancer patients and aims to verify and describe the possible impact of life on patients in the life of health professionals. This is a qualitative research, which used the semistructured interview to collect data. Health professionals were interviewed, two of each of the first measures being: medicine, psychology, nursing and physiotherapy. As interviews were recorded and post transcribed, being thus analyzed from the Content Analysis that takes as base of conceptualization of Bardin (1977). With the results achieved were posted to the three categories for discussion of the data. The first category "eating in relation", has four subcategories: age of the patient; identification with the patient; sense that the patient attributes the terminality; and family members. The second category, "resources and difficulties for management with the terminal patient", has two subcategories: beliefs and other resources X distances and proximities; multiprofessional work X understanding of terminality. The third category, called "relative perceptions of palliative care", has two subcategories: descriptive of palliative care; and implementation of palliative care in oncology. Therefore, it is hoped to bring benefits to the institution, aiming to foment a discussion about the terminology, as well as benefits for the participant, since the method itself is configured in order to open a space of listening without judgments, contemplating the individual, who can make a reflection on their practice.

Key words: Terminology, cancer patients, health professionals, palliative care.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	5
II	METODOLOGIA	7
2.1	Tipo de pesquisa.....	7
2.2	Participantes.....	7
2.3	Procedimentos para coleta de dados.....	7
2.4.	Procedimentos para análise de dados.....	8
2.5	Procedimentos Éticos.....	8
III	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1	Profissionais frente a terminalidade de paciente oncológicos.....	10
3.2	Vínculo entre profissionais, pacientes e familiares.....	13
3.3	Cuidados paliativos.....	15
IV	DISCUSSÃO DOS DADOS.....	18
4.1	Aspectos que emergem na relação.....	18
4.1.1	Idade do paciente.....	18
4.1.2	Identificação com o paciente.....	20
4.1.3	Sentido que o paciente atribui a terminalidade.....	21
4.1.4	Aspectos familiares.....	22
4.2	Recursos e dificuldades para o manejo com o paciente terminal.....	25
4.2.1	Crenças e outros recursos X Distanciamentos e proximidades.....	25
4.2.2	Trabalho multiprofissional X Entendimento da terminalidade.....	27
4.3	Percepções acerca dos cuidados paliativos.....	30
4.3.1	Definições dos cuidados paliativos.....	30
4.3.2	Implementação dos cuidados paliativos em oncologia.....	31
V	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
VI	REFERÊNCIAS.....	35

I INTRODUÇÃO

O tema terminalidade costuma gerar uma série de reações e desconfortos nas pessoas. Existem diversas explicações para isso, assim como existem rupturas que transcendem o tempo, pois se ontem a morte era compreendida como natural e seu desfecho era mais aceitável, hoje ela é um tabu, ainda que muito se fale sobre. Atualmente encontram-se muitos livros, pesquisas e artigos que tratam deste tema, o que é curioso, pois tendemos a pensar que quanto mais se fale sobre um assunto, mais fácil é de assimilarmos seu conteúdo. No entanto, quando a temática é a morte isso não acontece.

Falar em morte resulta em um distanciamento. Não é incomum que quando uma pessoa é acometida por uma grave doença, o câncer por exemplo, que abordaremos neste trabalho, muitos sujeitos que fazem parte da rede social e familiar se afastam, não sabem como agir, o que dizer, se devem lamentar ou alegrar esse sujeito diante de um diagnóstico difícil. Nesse cenário, ficam somente os familiares mais próximos, pais, filhos e cônjuges.

Embora existem diversos tratamentos e chances significativas de cura, ainda se associa o câncer com a terminalidade, como se fosse uma sentença de morte. É evidente que existem casos terminais, e nessas situações as medidas podem ser apenas paliativas, reduzindo a dor e priorizando o conforto e aspectos emocionais desse paciente em fase final. Nesta pesquisa nós direcionamos para os casos terminais, por acreditar que a vivência com esses pacientes possui suas particularidades, as quais objetivamos compreender neste trabalho.

Juntamente as questões mencionadas acima, existem aqueles que estão intimamente vinculados a esse contexto e são espectadores da chegada da morte: os profissionais de saúde. A presente pesquisa se dá nesse cenário e com esses sujeitos, e possui como objetivo geral verificar e descrever o possível impacto da vivência com pacientes oncológicos em fase terminal na vida dos profissionais de saúde. Os objetivos específicos são investigar se existem pacientes específicos que mobilizem mais, ou menos, esses profissionais (de acordo com faixa etária, sexo, vínculo, características do paciente ou familiar, entre outros); compreender quais os recursos (emocionais, religiosos, da equipe) utilizados para a prática deste trabalho; e verificar quais as percepções e as vivências dos profissionais acerca dos cuidados paliativos. Para tanto, nosso problema de pesquisa, o qual objetivamos responder é: quais os impactos gerados na vida dos profissionais de saúde de um hospital de referência em oncologia a partir da vivência com pacientes oncológicos em fase terminal?

Justifico essa pesquisa, pensando na possibilidade de começarmos a refletir em uma maior abordagem relacionada a terminalidade nas graduações da área da saúde. Outro ponto é que a presente pesquisa acredita que estudar o sofrimento desses profissionais é relevante, ao passo que as práticas hospitalares frequentemente são rotuladas como mecanicistas e instrumentais. Desse modo, poderemos estar possibilitando um melhor entendimento acerca da vivência dos profissionais com esses pacientes e os impactos gerados a partir dela, buscando assim, um olhar mais sensível da sociedade frente ao sofrimento desses profissionais que possuem como objeto de trabalho o adoecimento. A escolha pela temática também ganha sustentação relacionada ao meu percurso acadêmico e pessoal. Hoje, atuo como estagiaria na área hospitalar e vejo nela a possibilidade de dar seguimento a minha formação profissional.

II METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

A fim de verificar as vivências dos profissionais de saúde acerca da terminalidade dos pacientes oncológicos optamos por utilizar o método qualitativo. A escolha foi embasada no fato de que tal técnica possibilita ao pesquisador um envolvimento mais intenso com os participantes, tornando a atuação mais ativa e sensível. Além disto, no método qualitativo, a pesquisa se dá num contínuo processo de construção, visto que questões vão surgindo a partir do que os participantes trazem. O fato de a pesquisa envolver histórias de vida e experiências tanto pessoais, quanto profissionais, torna a análise um desafio maior, justificando também a escolha do método qualitativo, por acreditar que este poderá acolher melhor os dados.

2.2 Participantes

Foram entrevistados oito profissionais da saúde sendo dois de cada uma das seguintes profissões: medicina, psicologia, enfermagem, fisioterapia. A amostra foi definida tendo como critério o maior tempo de trabalho dos profissionais na instituição, bem como de acordo com o interesse e disponibilidade do profissional de participar da presente pesquisa. Os oito entrevistados possuem idades que variam de 27 anos até 41 anos. O tempo de trabalho na instituição fica entre 3 a 14 anos.

2.3 Procedimentos para Coleta de Dados

O contato inicial foi realizado com a responsável pelo setor de pesquisas científicas e acadêmicas do hospital. Foi preenchido um documento fornecido pelo hospital, solicitando que a pesquisa pudesse se desenvolver no local, também foi apresentado o projeto, bem como os objetivos norteadores da pesquisa. As entrevistas foram semiestruturadas, o que proporciona uma liberdade maior durante a conversa, afinal, apesar de estabelecer perguntas predefinidas, não limitam o pesquisador a elas. Desta forma, foi possível perguntar para além daquilo que já estava estipulado, fluindo conforme as demandas da conversa (desde que não fugissem da temática). Consideramos este método o mais adequado, afinal proporciona um ambiente mais acolhedor.

Definimos os seguintes eixos para nossa entrevista: a) aspectos relacionais com

paciente e familiares (dificuldades e facilidades na vivência relacionada ao tipo de paciente e familiares, de acordo com faixa etária, sexo, entre outros) b) recursos utilizados para a prática do trabalho (recursos emocionais, de crenças, da equipe) c) percepções acerca dos cuidados paliativos (visão dos profissionais acerca dos cuidados paliativos, experiências com cuidados paliativos).

2.4 Procedimentos para Análise de Dados

As entrevistas gravadas foram transcritas e os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo tomando-se como base a conceituação de Bardin (1977), bem como as etapas da técnica explicitadas por esta autora. Entendemos que os dados coletados em pesquisa são apenas dados brutos, que carecem de interpretação. Assim, elegemos a Análise de Conteúdo por ser uma metodologia pertinente às pesquisas qualitativas, se tratando de um método claro, concreto e operacional de análise de dados. Ela consiste em

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 40).

O processo de análise de dados em si envolve várias etapas para interpretar os mesmos. Portanto, optou-se por elencar as etapas da técnica, a qual as organiza em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, organizando o material a ser analisado. Ela ocorre por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, na qual se estabelece o contato com os documentos da coleta de dados e que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação de um corpus a ser analisado; (c) formulação das hipóteses (afirmação provisória) e dos objetivos (finalidade geral a que se propõe a pesquisa); (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, realizado por meio de recortes de texto nos documentos de análise; e (e) preparação do material, que é a edição formal dos textos.

A exploração do material é a segunda fase, caracterizando-se pela administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase consiste em operação de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 1977). Conforme a autora destaca-se as diferentes fases de análise que possibilitam e facilitam

as interpretações e as inferências, a saber, as dimensões da codificação e categorização. No que se refere à codificação, ela “corresponde a uma transformação – efectuada (*sic*) segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (BARDIN, 1977, p. 103). Após a codificação, prossegue-se para a categorização, que é a

classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado (*sic*) em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977, p. 117).

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação é a terceira fase. A partir das categorias analisadas, elas são interpretadas à luz do referencial teórico pertinente. É neste momento que os pesquisadores podem propor inferências e adiantar a interpretação em relação aos objetivos previstos ou a outras descobertas alcançadas.

2.5 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar, o que torna obrigatória a assinatura de um documento onde é autorizado pelo responsável da instituição, a realização da pesquisa no local em questão. Este documento apresenta brevemente o objetivo do trabalho, o tempo de realização e também o número de pesquisadoras que frequentarão a instituição. Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e aprovado (Número 70495017.6.0000.5343).

Para além deste documento, ainda é necessário a autorização por parte dos participantes. Para isso, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os profissionais envolvidos, que foi entregue e assinado no início de cada entrevista individual.

III REFERENCIAL TEÓRICO

Na idade média, a morte se encontrava dentro das casas, nas salas de visitas, e em meio aos familiares, era entendida como algo natural e encarada com tranquilidade. Nessa época, a morte raramente era caracterizada como súbita, era quase sempre anunciada, pois as doenças um pouco mais graves eram, em sua maioria, mortais. As doenças faziam seu curso sem grandes intervenções, resultando assim no desfecho natural do corpo doente. Os familiares e médicos, por sua vez, tinham o dever de manter em segredo o estado de saúde do paciente, isto é, o paciente era privado de saber que seu fim estava próximo. (ARIÈS, 2003).

Hoje, a morte se esconde nos hospitais, nos leitos, nas salas de emergência e UTI's, vivenciada por nós, profissionais de saúde. Comumente, essa atividade de lidar com a dor, doença, terminalidade e morte tem sido caracterizado como difícil para todos que a exercem. (PITTA, 1999). É importante ressaltarmos que predomina o número de indivíduos que possuem dificuldades relacionados a como lidar com a morte, e mesmo no cenário hospitalar, local onde a morte é comum e frequente, tais impasses podem estar presentes. Werlang, et al. (2012, p. 67) explicam que “essas dificuldades estão relacionadas com a incapacidade humana de representar psiquicamente a finitude da vida”. Desse modo, independentemente de a temática em questão estar sendo abordada seguidamente nos últimos anos, ainda parece uma dificuldade comum a sociedade conceber tal pensamento.

3.1 Profissionais frente a terminalidade de paciente oncológicos

Para Arantes (2016), nenhuma teoria ou certeza, seja espiritual, artística, científica conseguiu até hoje responder e explicar o que é a vida e porque ela acaba. No entanto, mesmo sem essas respostas, as pessoas morrem, todos os dias. Não existe explicação para uma criança morrer, para um jovem morrer, e nem mesmo para os idosos, pois compreendemos que a medida que vamos envelhecendo, a probabilidade de morte aumenta, e mesmo diante desse entendimento, nem sempre é fácil aceitar tal destino.

Dentre as definições existentes do conceito de terminalidade, Kovács (1992) pontua que embora compreendemos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento, a questão temporal é relativa, visto que ao mencionarmos que a vida de um idoso ou de um paciente com uma doença grave está chegando ao fim, tal fato pode

ser contrariado, pois muitas pessoas saudáveis e até mais jovens morrem mais cedo do que aqueles que consideramos pacientes terminais.

O contato com pacientes terminais é caracterizado por ser um trabalho intenso e gerador de muitas tensões. No entanto, Kappaun e Gomez (2013) acreditam que a vivência de cada profissional de saúde com o processo de morte é particular, por dois motivos, primeiro porque cada paciente e o processo que leva até a morte é único e imprevisível, e segundo porque o impacto gerado a cada profissional é individual, e vai depender da subjetividade desse sujeito, da sua história e do seu entendimento acerca da morte. Segundo os mesmos autores, o contato com o paciente em fase terminal faz com que o profissional pense sobre sua própria finitude, e de seus familiares. Quando o óbito se aproxima, além desse contato com o paciente, o profissional assume também um papel de suma importância aos familiares, que pode variar, diante das necessidades dos mesmos e do envolvimento do profissional com o paciente em questão.

Na dimensão do cuidado com o sujeito adoecido, Arantes (2016) refere que é necessário saber em que medida podemos estar ali, e com quanta responsabilidade e conduta conduzimos nossa própria vida, pois essa responsabilidade para conosco fala da nossa capacidade de poder cuidar da vida de outra pessoa. Ao passo que, conforme enfatizado por Werlang et al. (2012), os profissionais de saúde frente ao diagnóstico de uma doença grave e terminal são tomados por uma responsabilidade de orientar e dirigir o paciente a um adequado manejo da doença, que nesse momento passa a imobilizar a existência do sujeito, gerando um período de desânimos e frustrações.

Sobre o preparo dos profissionais de saúde, Schliemann (2009) aponta que esse tem se mostrado insuficiente para lidar com a morte e o morrer, elencando que o processo de aprendizagem destes profissionais possui duas vertentes: a teoria e a prática. Na teoria poucos cursos têm como prioridade falar sobre esse assunto, e na prática, mesmo com a presença de preceptoria, coordenadores e supervisores, o aluno é inserido naquele contexto e no convívio com a morte sem a devida preparação. Desse modo, no atendimento ao doente e frente as tantas dificuldades de atuação presentes no contexto hospitalar, as resistências e fragilidades emocionais dos profissionais manifestam-se.

Werlang et al. (2012) parte da mesma premissa, explicando que em sua maioria, os conteúdos acadêmicos das formações em saúde são voltados para o enfrentamento da doença, para a cura e o cuidado com a vida das pessoas. No entanto, parece carecer de ensinamentos que abordem a morte, a finitude e o manejo com o paciente em estado terminal. Na prática, as equipes de saúde deparam-se com intensas mobilizações

emocionais e dificuldades de enfrentamento relacionados a terminalidade, e ao manejo com paciente e familiares. Além disso, precisam lidar com seus próprios sentimentos e dos colegas de trabalho frente a esse complexo cenário.

O câncer é uma doença frequentemente associada a terminalidade, levando em conta os altos índices de morte. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2010, s/p) “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo”. Para Souza et al. (2012) é comum pensar o câncer como uma doença limitante e associá-lo com a terminalidade e tratamentos difíceis, que possuem efeitos bastante agressivos e amedrontadores, como a fragilidade física e a queda dos cabelos.

Em uma perspectiva semelhante, Paiva (2009) destaca a associação feita entre câncer, dor e sofrimento, mesmo diante de todos os avanços da medicina que possibilitaram aos sujeitos acometidos pela doença chances de cura, perspectivas de melhora e tratamentos progressivos. Desse modo, o câncer deixa de ser uma doença incurável, tornando-se uma doença que é crônica, mas que tem possibilitado cada vez mais qualidade de vida aos pacientes e familiares. Ainda, nesse viés, (SILVA, 2009, s/p) aponta que,

os significados atribuídos ao câncer ainda são os mesmos do tempo em que a cura era mais rara. Além disso, muitas vezes, a doença traça um curso longo e seu tratamento pode interferir de forma dramática na qualidade de vida de seus portadores. Assim, cada vez mais, os profissionais de saúde se veem envolvidos com esta doença assumindo importante papel na rede de relações interpessoais que ela desencadeia.

Essa reflexão da autora vai ao encontro à nossa pesquisa, pois reconhece o envolvimento dos profissionais de saúde com os pacientes oncológicos, tendo em vista, principalmente, os longos tratamentos realizados. Diante disso, esse profissional não é só visto como quem conduz os cuidados, diminuindo as dores e os sofrimentos dos pacientes, mas também alguém que faz parte de suas relações interpessoais, assim como constitui a história desse sujeito adoecido. Kovács (1992) salienta que no caso dos familiares, as demandas podem ser diferentes, questões como passar ou não determinadas informações, como se organizar diante das rotinas hospitalares ou como manejar o cuidado com o paciente são bastante presentes, assim como os sentimentos que se manifestam: medo, culpa e impotência frente ao adoecimento, fazendo-se necessário também o apoio e suporte dos profissionais.

Reis, Farias e Quintana (2017) também apontam que o adoecimento costuma convocar pacientes e familiares a confrontar a finitude. O câncer, em especial, carrega um estigma social que o associa diretamente à morte e ao sofrimento, como já trouxemos anteriormente. Esses fatores tendem a colocar o indivíduo frente a sua fragilidade e desamparo, diante de um vazio de sentidos. Nessa perspectiva, é importante percebermos que ao contrário desse paciente e desse familiar que apenas deparam-se com a possibilidade da finitude e tudo o que a norteia no momento do adoecimento, os profissionais de saúde se confrontam com esse fato todos os dias, é uma realidade constante, e por vezes de difícil manejo.

3.2 Vínculo entre profissionais, pacientes e familiares

É bastante comum que durante o processo de adoecimento e internação o paciente terminal passe por um processo de despersonalização, destituído de seus poderes e direitos. Kovács (1992) reitera que nada lhe é consultado, nem seus desejos e nem suas escolhas, eles são internados em hospitais cada vez mais sofisticados e com os aparelhos mais modernos do mercado. Há uma preocupação que é geralmente voltada apenas para o progresso da doença, para os órgãos, para os aspectos biológicos, mas não para a pessoa, que antes de ser um sujeito adoecido, é um ser humano, com desejos, receios e perspectivas que são únicas. Não levar esses aspectos subjetivos em conta é rejeitar as principais particularidades desse sujeito que fazem ele ser o que ele é, sua essência enquanto ser humano, ou seja, estar atento a esses fatores é fundamental e deve fazer parte do tratamento.

Kübler-Ross (2008), assim como Kovács (1992) também menciona questões que dizem respeito a despersonalização do paciente, principalmente aquele em fase terminal. No entanto, é preciso enfatizarmos que hoje evidenciam-se menos casos em que o paciente não tem seu desejo atendido, que seu emocional não é visto como importante, ou que ele não está ciente sobre seu quadro clínico e terminalidade (SANTOS, 2009). Nesse sentido, podemos ressaltar também a inserção das equipes multiprofissionais nos hospitais, que vêm possibilitando que o paciente seja considerado em sua integralidade, ampliando o conceito de saúde, que antes era definido como a ausência de doença, hoje vem sendo caracterizado como um bem-estar biopsicossocial.

Bouso e Poles (2009) afirmam que os profissionais devem priorizar o contato com paciente e familiares, os convidando a participarem das tomadas de decisões e

implementações de cuidados. Nessa tríade, entre paciente, familiar e profissional, a comunicação deve ser a base para o fortalecimento e desenvolvimento do vínculo entre eles, além disso, um bom relacionamento complementa as habilidades do profissional para atingir o objetivo de oferecer um cuidado integral ao paciente e seus familiares.

Arantes (2016) explica ainda que é um grande desafio para todos os profissionais da saúde compreenderem que não existe fracasso quando um paciente morre. Ele existe se o sujeito não se sente satisfeito com os cuidados prestados a ele. Por exemplo, muitas pessoas estão curadas do câncer, mas se sentem extremamente infelizes estando vivas, pois não é suficiente curar e controlar as doenças, é necessário que além disso, possamos criar um vínculo com esse paciente, buscando formas que o façam entender o valor da saúde conquistada.

Nessa ótica, partindo da importância do vínculo entre profissionais de saúde e paciente, Kübler-Ross (2008) nos relata um caso de um jovem médico, que utilizou de todos os seus conhecimentos para “salvar” um paciente e orgulhava-se de seu trabalho, mas não conseguia entender o olhar rancoroso com que o paciente o olhava, já que este não podia se comunicar verbalmente, por conta de suas condições clínicas. O médico solicitou a ajuda de Kübler-Ross, que veio a intervir e auxiliou na comunicação entre eles, e a partir dessa mediação o jovem médico soube que o paciente aprovava as decisões que foram tomadas, mas sentia falta de participar delas, de ser informado sobre o que estava sendo feito. Posteriormente, o médico desviou um pouco o olhar dos instrumentos que monitoravam o paciente para olhar nos olhos dele, buscando fortalecer o vínculo entre os dois.

Entretanto, mesmo que saibamos da importância desse vínculo e de uma boa comunicação entre a tríade profissional, paciente e familiar, ainda é difícil para alguns profissionais possibilitarem essa relação. Stochero et al. (2016) aponta em seus estudos uma série de dificuldades de estudantes e profissionais de enfermagem relacionadas ao manejo com paciente e familiares nos processos de terminalidade. Menciona o despreparo manifesto, evidenciando que é reflexo das formações acadêmicas, que ainda parecem carecer de conteúdos que abordem a finitude, resultando em um afastamento relacional dos profissionais com pacientes e familiares. Ainda, sensações de impotência e frustração parecem preponderar e gerar sofrimentos e angústias a esses trabalhadores.

Pitta (1999) parte da mesma perspectiva e explica que o contato constante com pessoas gravemente doentes, impõe ao profissional um fluxo contínuo de práticas que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, e por vezes repulsivas e

amedrontadoras, que requerem um exercício constante de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho de suas tarefas. Além disso, sentimentos como depressão e ansiedades dos pacientes e familiares tendem a ser projetados no hospital, através de seus elementos de mediação: os trabalhadores.

Kübler-Ross (2008) também enfatiza a importância dos profissionais de saúde, em caso de terminalidade. Aponta que, se esses profissionais puderem entender os conflitos que permeiam a estrutura familiar de cada paciente, podem auxiliar na escolha de uma pessoa mais tranquila para ficar ao lado do paciente nesse momento, pois desse modo esse familiar ocupa um lugar de referência importante para os cuidados com o paciente, para o momento do óbito e para as preparações relacionadas a velório e questões burocráticas a serem ajustadas. Além disso, esse familiar pode possibilitar mais conforto e serenidade ao paciente nesse processo de despedida, enquanto os outros familiares que se sentem mais abatidos podem estar recebendo assistência, e sendo assegurados de que alguém ficará com o paciente até a hora da morte. Ainda, a mesma autora enfatiza que

observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. [...] 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. (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 286).

3.3 Cuidados paliativos

Intimamente relacionado aos pacientes terminais, estão os cuidados paliativos, e nesse sentido, é necessário explanarmos sobre o que visam esses cuidados. Santos (2009) explica que frequentemente os cuidados paliativos são entendidos apenas como tratar e paliar sintomas físicos, dores, náuseas, desconfortos respiratórios. Entretanto, além desses tratamentos, os cuidados paliativos preveem aprimorar a qualidade de vida dos pacientes em fase terminal, assim como de seus familiares nesse momento. Isto é, prevenir e aliviar os mais diversos sofrimentos, sejam eles físicos, psicológicos ou espirituais. Para o autor, priorizar os aspectos físicos, acreditando que a presença deles é mais frequente que os aspectos emocionais, é perpetuar uma visão mecanicista do ser humano, é ignorar a história desse sujeito e toda a complexidade que versa sobre ele.

Arantes (2016) afirma que os cuidados paliativos oferecem ao sujeito doente muito mais do que a possibilidade de dar fim a tratamentos fúteis e que trazem somente

mais sofrimento em alguns casos, mas possibilitam também uma ampliação da assistência fornecida pelas equipes de saúde. Diante de todas as sequelas do tratamento e os sintomas da progressão da doença o sofrimento emocional é muito intenso, pois o sujeito se dá conta de sua mortalidade, levando-o muitas vezes a buscar algum sentido para sua existência.

Melo e Caponero (2009) reiteram que os cuidados paliativos vêm obtendo crescente olhar e interesse por parte de muitos profissionais da saúde, administradores de instituições hospitalares, universidades, entre outros. Estudos e estatísticas mostram números significativos de pessoas acometidas por doenças crônico-evolutivas, em especial, o câncer. Diante desse contexto, os cuidados paliativos ganham espaço e passam a ser incorporados nos tratamentos dos pacientes e nas unidades hospitalares. Os cuidados paliativos, segundo os autores em questão, preveem a qualidade de vida do paciente e não apenas o tempo atribuído a ela.

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento *hospice*, originado por Cecily Saunders e colaboradores, disseminando pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar, contendo dois elementos fundamentais que pregavam: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e o cuidado abrangendo as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. (MELO; CAPONERO, 2009, p. 259).

Os cuidados paliativos é uma ferramenta que visa o cuidado e não somente a cura, ampliando o olhar para o paciente até o final da sua vida. Para isso, utiliza-se uma abordagem multidisciplinar, que integra ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais e espirituais que busquem compreender o paciente e os familiares de modo integral. Para que esse trabalho seja desenvolvido da melhor maneira, torna-se imprescindível que a saúde mental de cada profissional seja mantida e aprimorada, visto que um trabalho bem realizado implica em consideráveis ganhos para os próprios profissionais envolvidos com os cuidados do indivíduo no fim da vida. (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Melo e Caponero (2009) apontam que os pacientes são atendidos dentro da realidade de cada instituição, ou seja, muitas vezes os recursos são poucos ou não existe informação o suficiente na formação por parte dos profissionais. Em sua maioria, os pacientes procuram os serviços de saúde tardiamente, dificultando a cura ou melhor prognóstico, colocando os profissionais frente a urgente e necessária aplicação desses cuidados, que deve ser entendido como um direito dos pacientes e familiares. Nesse

sentido, os cuidados paliativos são indicados não apenas para o final da vida, eles devem ser oferecidos durante a vida, de forma contínua e intensiva, podendo durar anos.

IV DISCUSSÃO DE DADOS

Para discussão dos dados analisamos e dividimos todas as falas, dessas emergiram três categorias. A primeira categoria, “*aspectos que emergem na relação*”, conta com 4 subcategorias: *a) idade do paciente; b) identificação com o paciente; c) sentido que o paciente atribui a terminalidade; e d) aspectos familiares*. A segunda categoria, “*recursos e dificuldades para o manejo com o paciente terminal*”, conta com 2 subcategorias: *a) crenças e outros recursos X distanciamentos e proximidades; b) trabalho multiprofissional X entendimento da terminalidade*. A terceira categoria ficou denominada “*Percepções acerca dos cuidados paliativos*”, e conta com 2 subcategorias: *a) Definições dos cuidados paliativos; b) Implementação dos cuidados paliativos em oncologia*.

Ao utilizarmos trechos das entrevistas, no intuito de não revelar as identidades dos profissionais, identificamos os mesmos com a letra “E” e o número correspondente das entrevistas.

4.1 Aspectos que emergem na relação

Nesta categoria, de acordo com as falas analisadas e categorizadas, percebemos aspectos que preponderam e marcam a relação entre paciente, familiar e profissionais. Desse modo, tais aspectos foram divididos por subcategorias.

4.1.1 Idade do paciente

Identificou-se mobilização entre alguns profissionais quando essa terminalidade refere-se a pacientes jovens e crianças, e conseqüentemente menor dificuldade no atendimento quando o paciente é idoso. Conforme Santos (2009) torna-se comum pensar e desejar que a morte siga uma seqüência cronológica, pois socialmente e culturalmente, parece mais simples lidar com a terminalidade de um idoso com câncer, atribuindo significados e justificativas a essa morte do que entender a finitude de um jovem. Os entrevistados abaixo trazem esse fato de uma maneira muito clara.

Com certeza são pacientes jovens que mexem mais, pacientes assim em idade mais ativa (E2).

Se a gente trabalhasse com criança seria isso né, a gente já teve né, paciente infantil, a gente já perdeu paciente infantil, é muito difícil, existe uma dificuldade com criança que é maior (E3).

Quando o paciente é mais jovem, eu sinto mais daí, a idade é uma questão que me toca bastante (E5).

Percebemos na fala da entrevistada E3 por exemplo que quanto mais jovem esse paciente é, mais difícil fica, no entanto, a instituição em questão não é referência para crianças, por isso existem menos casos. Carvalho e Azevedo (2012) mencionam que o período da infância e da adolescência sempre são caracterizados e lembrados como os tempos de maior vitalidade e saúde, representando a continuidade de pessoas, famílias, culturas. Em função desses conceitos que carregamos enquanto sociedade, é que se torna tão complexo lidar com essa morte, podendo ser fonte de um intenso sofrimento, visto que tudo que acreditamos é desfeito.

Por outro lado, os entrevistados indicam uma facilidade quando esse paciente é idoso, reconhecendo que é mais fácil aceitar essa morte enquanto profissional, assim como, compreendem também que para a família pode ser menos sofrido.

Acho que mais fácil quando é idoso [...] na maioria das vezes é mais tranquilo, eu também entendo que os familiares entendem assim que já tá mais velho, bastante comorbidades as vezes (E5).

Para mim mais fácil é quando é idoso, porque eu tento justificar né, entendo que pelo menos teve uma vida longa, já teve filhos, já pode né, teve toda uma vida (E5).

Existem famílias que o cuidado do idoso já é um fardo pra eles entende, então o idoso tem múltiplas comorbidades, ele demanda muitos cuidados, ele demanda que a família se estruture em função dele [...] a família consegue ir preparando esse luto antes de ele acontecer, porque a família já não é mais dependente desse idoso, esse idoso é dependente da família né (E2).

De acordo com Paiva (2009) com todos os avanços médicos e científicos as pessoas estão vivendo mais tempo, chegando aos 70, 80, 90 anos. No entanto, parece que o mundo atual não oferece muito espaço para os mais idosos na sociedade e dentro de suas famílias, ao passo que estes começam a necessitar de alguns cuidados especiais, devido as suas limitações, que podem não ser necessariamente relacionadas à saúde, mas ao próprio avançar da idade. Ainda, vivemos em um mundo muito acelerado, em que não existe “tempo para perder”, e o sujeito idoso pode ser mais lento e limitado em suas atividades, fazendo com que ele seja por vezes excluído das atividades familiares e sociais. Outra entrevistada nos traz uma reflexão diferente:

acho que culturalmente é mais possível da gente aceitar um paciente idoso, está no fim da vida né. Mas eu percebo na prática que para as pessoas isso não muda, eu vejo pessoas sofrendo muito e famílias sofrendo muito perdendo uma pessoa jovem por um diagnóstico oncológico ou perdendo uma pessoa mais idosa, que a gente poderia pensar que é mais idoso, um paciente de 60 anos pra gente já é idoso, mas para o familiar não, é o pai, é o irmão, é a mãe, não é simples nunca (E1).

A mesma compreende as vertentes culturais implícitas nesse discurso, que geram a aceitação ou não dessa terminalidade. Além disso, nos traz que no âmbito das relações e dos vínculos essa morte nunca é simples, pois é o pai, a mãe, o irmão, a vó, o tio. Talvez, mais tarde, possa sim haver o entendimento de que “já viveu bastante” e “estava no fim da vida” por exemplo, mas no momento da terminalidade pode não existir essas diferenciações para os familiares.

4.1.2 Identificação com o paciente

Nesta subcategoria surgem perspectivas mais abrangentes, visto que alguns entrevistados trazem outras reflexões interessantes do ponto de vista psicológico, pois abordam em suas falas questões relativas a identificação, isto é, o quanto o profissional vê de si em determinado paciente e a repercussão que isso tem. Exemplo: idade, vínculos, aparência.

Às vezes tem a questão da transferência né, pode ser parecido contigo, ter uma história parecida [...] parece comigo, tem um filho da idade do meu, isso mobiliza o tempo inteiro, não só a morte né (E3).

Quando o paciente é parecido com a gente em algum aspecto, isso também chama bastante atenção, quando eu era recém casado eu tive um paciente que era recém casado, tinha casado no mesmo mês que eu, no mesmo ano, eu me lembro que eu fiquei assim bem... porque eu não sei... a gente acaba se colocando no lugar (E2).

Eu tive um caso específico a pouco tempo, uma paciente que tinha a minha idade, chegou aqui, descobriu o diagnóstico naquele dia e ela levou trinta dias e foi a óbito, então foi muito rápido, e aquilo me impactou [...] porque daqui a pouco eu me identificava com ela, a mesma idade, os mesmos sonhos (E8).

Percebemos que para além da compreensão das questões que norteiam a idade desse paciente terminal oncológico estão também implícitas questões e momentos de vida muito particulares do profissional. Segundo Baldo, Iensen e Macedo (2012) o ato de cuidar do outro precisa ser entendido pelo profissional como uma prática em que sua história pessoal não é alheia a sua prática, podendo influenciar em alguns momentos, assim como deve considerar os motivos que o levam a agir de determinada forma com determinado paciente. Quanto mais o profissional puder conhecer de si mesmo, mais poderá desenvolver seu trabalho de maneira efetiva.

É possível problematizarmos que a identificação, bem como a mobilização dos profissionais acerca da idade do paciente - visto que todos os entrevistados tinham menos de 40 anos - possam estar interligadas. Isto é, o paciente jovem mobiliza mais porque o profissional em questão também é jovem, e é evidente que a partir daí surgem semelhanças: casamentos recentes, filhos pequenos, estudos, expectativas. Incontestável também, conforme visto anteriormente, que a morte do paciente idoso já é mais naturalizada, pois se entende que é isso que o espera, uma vez que já trabalhou, casou, teve filhos, netos. Devido a isso, o desfecho ruim é compreendido com maior facilidade pelos profissionais.

Pensando ainda sobre a identificação, bem como o “se colocar no lugar” desse outro que sofre, Arantes (2016) faz uma reflexão importante, diferenciando a empatia da compaixão. A autora pontua que a empatia permite que nós nos coloquemos no lugar do outro e sintamos sua dor e sofrimento. Já a compaixão nos faz compreender a dor do outro e ajudá-lo a ressignificá-la. Sendo assim, é necessário que estejamos para além da empatia, e que compreendamos que todos nós precisamos de pessoas capazes de entender a nossa dor e nos ajudar a transformar o nosso sofrimento em algo que faça sentido.

4.1.3 Sentido que o paciente atribui a terminalidade

Nesta subcategoria, serão apresentadas as falas dos participantes a respeito do sentido da terminalidade para o paciente e de que maneira o mesmo vivencia esse momento. Ismael (2013) explica que desde a chegada do adoecimento até a terminalidade, existem perdas físicas, funcionais, troca de papéis, quebra de fantasias e do suposto controle do próprio destino. Juntamente a isso identifica-se uma ansiedade grande em relação a separação das pessoas, objetos e padrões de vida que até então existiam, e tudo isso pode ser vivido com frustração, raiva e sofrimento.

Eu diria que é mais fácil de trabalhar com pacientes abertos a enxergar o fim da vida como outras possibilidades, que não só uma perda assim, e que consigam olhar pra sua vida, olhar pra vida que tiveram, que tem, o que ela significou até então [...] que conseguem resgatar sentido, que não necessariamente fiquem presos a questão da partida, do que eu deixei de fazer, do que eu deixei de viver, que consigam ressignificar a morte (E1).

O paciente mais difícil pra mim é o paciente que nega, não é o paciente que me traz o problema todo, é o paciente que nega a terminalidade, que tá tudo bem, paciente que não me deixa chegar [...] não sei se eu já tinha pensado sobre isso, mas acho que é isso (E3).

Acho que tem alguns pacientes que conseguem conversar um pouco melhor sobre essas questões, sobre a finitude né, acho que esses pacientes são aqueles pacientes que já tem alguns recursos para isso, então esse acho que, não é fácil né, porque fácil não é, mas eu acho que são pacientes que conseguem ter uma percepção do que tá acontecendo, não sei se são pacientes mais sensitivos né, mas eu acredito que esses pacientes seja mais fácil, pacientes mais abertos, que refletem mais, que leem mais sobre o assunto (E4).

A partir das falas acima, percebemos algumas manifestações que podem estar facilitando ou dificultando a abordagem da terminalidade do profissional para com o paciente. Kovács (1992) pontua que o rótulo de terminal traz a falsa ideia de que não existe mais o que se possa fazer pelo paciente, mas na verdade é nesse momento que a pessoa tem mais necessidade de ajuda física e psíquica. Isto é, enquanto existe vida o sujeito é um ser desejante, que pode possuir metas e sonhos.

Forte (2009) ressalta que a vivência da finitude traz questões e necessidade muito complexas, que podem ser abordadas pelo profissional de saúde. Mas o que parece acontecer muitas vezes é que alguns profissionais temem ou não sabem como abordar tais questões. Desse modo, podemos pensar que nas respostas acima fica evidenciado de que fica mais fácil quando o paciente compreende sua finitude, fala sobre esse assunto, lê sobre a doença, pois a partir disso pode ser que o profissional não precise fazer essa abordagem primeiro, pois tais questões irão emergir na fala e entendimento do paciente.

Klafke (1991) em sua pesquisa, há mais de vinte anos atrás, já abordava acerca dos aspectos relacionadas a falar sobre a terminalidade com os pacientes, indicando que mais da metade dos seus entrevistados relatavam dificuldades em tocar nesse assunto, atribuindo isso a características apresentadas pelos pacientes nessa fase, mas também porque se sentiam impotentes frente a impossibilidade de cura.

4.1.4 Aspectos familiares

A partir do aprofundamento teórico feito até o momento, já foi possível compreender que quando um sujeito adoecer, inevitavelmente a família adoecer junto. Diante disso, nesta subcategoria serão trazidas falas a respeito dessa relação e sobre como os aspectos familiares podem influenciar o trabalho dos profissionais.

Desde o momento do diagnóstico, a estrutura familiar tende a se desorganizar, podendo gerar um intenso sofrimento. É importante entendermos também que cada sujeito que compõe essa família irá assimilar o momento desse adoecer em um tempo distinto e de maneira diferente, visto que cada um usará de recursos emocionais próprios para isso. Ou seja, o tempo dessa família se refazer e os papéis serem revistos são difíceis

de determinar, pois essa reorganização irá depender da estrutura da família, dos recursos de cada um e modos de enfrentamento frente aos conflitos.

Ismael (2013) explica que é importante entender qual o papel que o paciente exerce na família. Para que haja um funcionamento adequado na estrutura familiar, deve haver uma diferenciação dos papéis. Para além das questões dos papéis, o autor nos chama atenção para a importante função enquanto profissionais da saúde, que é também de auxiliar e oferecer ferramentas para que essa reorganização familiar aconteça.

Conforme Romano (2008) desde o início do adoecimento até a terminalidade, os familiares possuem um papel extremamente importante e preponderante, por vezes influenciando nas reações e comportamentos do familiar doente. Assim, o suporte emocional da família é tão importante quanto as demais terapêuticas a que o paciente é submetido. Esse fato fica evidenciado na fala dos entrevistados.

A presença da família é fundamental, a gente diz que ela é metade do tratamento, ter alguém por aquele paciente que é a rede de apoio com quem ele vai contar (E8).

Uma família que apoia, que dá ânimo, que dá força e o paciente por incrível que pareça pode até tá perigando ali já, mas ele consegue estar bem, mesmo nos últimos dias dele (E7).

Eu acho assim que em algumas situações a gente tem em relação a esses pacientes que estão em final da vida né, a gente se depara com situações assim de familiares que não foram presentes durante todo o processo do adoecimento, do tratamento, que não enxergaram toda essa evolução [...] Eu percebo que esses familiares têm mais dificuldade de entender todo o processo, os familiares que estão acompanhando no dia a dia já dividem a carga da doença, e ai estão ali ao lado, acompanhando, vendo se está dando certo o tratamento, se não está, então pra esses familiares eu acredito que seja mais fácil entender essa evolução, agora pra quem não está do lado fica difícil (E4).

Mas para que a participação dessa família aconteça de maneira efetiva, Romano (2008) explica que a mesma também precisa ser atendida em suas necessidades e vista como única, com necessidades específicas para que desse modo, possa investir, cooperar e participar de todo o tratamento. Sendo assim, precisamos também considerar as características que cada estrutura familiar possui, e os entrevistados abaixo abordam esse aspecto:

Depende também da experiência que tem, porque uma família que tem uma experiência muito negativa e muito traumática de perda, é uma família que isso vem junto, que isso atualiza, mas tem familiar que já vivenciaram e conseguem... apesar de que cada relação é única, cada perda é única, vai muito mais do quanto a família e as pessoas estão abertas a refletir sobre isso... a gente também encontra muitas famílias fechadas (E1).

Quando o paciente é o pilar central da família ou pelo menos um dos mais importantes né, por exemplo, pais de filhos novos, filho único de uma mãe

idosa, ou então um marido ou esposa né, casados a pouco tempo, que tem uma relação de interdependência muito forte, pra mim são os mais difíceis de todos (E2).

Tem famílias que tem outros tantos problemas, disfunções, dificuldade de relacionamento, a comunicação não flui, que é o funcionamento da estrutura daquela família, de uma vida toda, muito segredo, muito atrito, muito conflito (E3).

Segundo Romano (2008) o encontro ou contato com a pessoa doente é fonte de grande desorganização e sofrimento, principalmente se ele for uma figura significativa e fundamental na dinâmica familiar. Em vista disso, podemos pensar na dificuldade implícita na fala do entrevistado E2 que afirma sobre o obstáculo de lidar com essa família dependendo do papel que esse paciente possui dentro da mesma.

4.2 Recursos e dificuldades para o manejo com o paciente terminal

Nesta categoria serão abordadas falas a respeito dos recursos e dificuldades para lidar com o paciente terminal. Tais aspectos são categorizados como pessoais e da equipe. O versus (X) nos títulos das seguintes subcategorias se refere a recursos versus dificuldades.

4.2.1 Crenças e outros recursos X Distanciamentos e proximidades

A respeito dos recursos pessoais para a realização do trabalho, todos os participantes trouxeram em suas falas algum tipo de crença, entendendo a importância de ter algo que traga sentido para a questão da morte. Santos (2009) afirma que o tema espiritualidade começou a receber atenção da área da saúde nas últimas décadas e parece não existir mais dúvidas da importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado dos pacientes. A autora ainda pontua que são inegáveis os avanços no combate dos sintomas desagradáveis, na avaliação criteriosa dos prognósticos e nas questões éticas da vida e do trabalho. Mas ainda permanecemos imobilizados diante das questões mais importantes: Qual o real significado do morrer? Qual o sentido da vida?

Eu acho que é um pouco da maneira com que eu enxergo a vida, e como eu enxergo a morte, de enxergar a morte como uma etapa da vida, como parte da vida, e de não ter esses mitos, essas coisas de falar de morte, em falar de perda, enxergar como parte, acho que isso faz muita diferença (E1)

Eu nunca fui uma pessoa descrente de Deus ou de qualquer coisa assim, sempre tive alguma espiritualidade, alguma crença, mas me considero muito mais espiritualizada depois de trabalhar com oncologia do que antes. Falar de sistema de crenças específico, não eu não tenho, as pessoas têm um pouco de cada coisa, não me enxergo em nenhuma e me enxergo em todas, mas tem algo

que dá sentido, de que é o que eu busco pra mim né, pra significar as minhas questões e a minha vida (E3).

Tenho uma religiosidade também né, um sistema de crenças que também me dão forças pra que eu siga adiante, pra que eu consiga lidar né, porque isso acaba mexendo muito com a gente, a gente acaba vendo muito sofrimento (E4).

A partir das falas acima podemos perceber que cada entrevistado, a seu modo, traz as suas crenças e a sua maneira de enxergar a vida e a morte, o que também parece dar sentido ao seu fazer profissional e a vida pessoal. Santos (2009) acredita que o ser humano deseja transcender. Isto é, transcender os limites do corpo, da alma, conhecer Deus, Alá, Buda, seja lá quem ele for, ou conhecer a si mesmo. No entanto, parece que é somente através da morte e do contato com ela que o homem se defronta com a realidade da vida, entendendo que tudo termina, e a partir disso começa a procurar sentido.

Desse modo, podemos ressaltar a fala da participante E3 que se reconhece “muito mais espiritualizada depois de trabalhar com oncologia do que antes”. Ou seja, depois desse contato diário com a morte, a profissional revela ter se tornado uma pessoa mais espiritualiza, e completa que esse entendimento influência também em sua vida pessoal “tem algo que dá sentido, de que é o que eu busco pra mim né, para significar as minhas questões e a minha vida”.

Angerami-Camon et al (1997) também apontam que o contato com o paciente terminal questiona de maneira profunda e crucial muitos valores da vida humana. O ponto mais significativo dessa vivência é perceber que esse paciente nos ensina uma nova forma de vida e nos propõe uma vivência mais autêntica. É como se tivéssemos que conviver estreitamente com a morte para ressignificar a própria vida.

Além das questões espirituais, outros recursos também apareceram como importante, mas em menor proporção: relações sociais, psicoterapia, estudo, prazer pelo trabalho.

Eu acho que o grande apoio de tudo são as minhas relações pessoais, minha esposa principalmente, meus amigos, que acabam sendo então minha válvula de escape (E2).

Tu tem que gostar muito do que tu faz, tu tem que gostar de área hospitalar, tu tem que estar preparada pra isso (E6).

Procuo ler bastante sobre esses assuntos né, não só sobre a parte técnica, mas sobre essa questão assim, mais espiritual (E4).

A gente sai refletindo sobre isso e ampliando o que a gente pensa sobre isso e como é eu lido com a morte, como seria perder alguém próximo assim, a gente fica fazendo esse resgate, e em psicoterapia tu tem tempo para trabalhar isso [...] a psicoterapia ajuda muito, facilita o trabalho saber separar o que é meu e o que é do outro, consigo olhar para o sofrimento daquela família e entender,

me aproximar dele mas não invadir, conseguir distanciar a dor e aproximar o cuidado (E1).

Percebemos que para além da crença e do entendimento sobre a morte, os profissionais possuem outros recursos bastante importantes e em sua maioria de fácil acesso. Arantes (2016) resume a importância desses recursos, explicando que a dedicação, a formação técnico-científica, a humanidade e o autocuidado precisam estar em perfeita harmonia. Sem esse equilíbrio, é impossível darmos o nosso melhor no que fazemos. Por outro lado, os profissionais reconhecem também que existem características e dificuldades pessoais que podem dificultar o trabalho. A entrevistada abaixo relata sobre um dos aspectos de sua relação com o paciente

Eu acho que eu tento não me apegar às pessoas e as vezes eu me torno um pouco fria demais, o paciente tá ali e eu tento ficar aqui porque eu não quero me apegar, só que as vezes eu preciso né, chegar um pouco mais perto, tanto do paciente quanto da família dele, e as vezes eu não consigo e me culpo por ser fria, mas eu sei lá se é a maneira que eu encontrei, eu acho que é para não levar pra casa né. (E5)

É possível pontuar que o participante E5 utiliza esse afastamento como uma defesa, como um recurso para “não levar pra casa” conforme dito por ele. No entanto, compreende que isso pode também dificultar o seu trabalho em alguns momentos. Kovács (1992) afirma que o afastamento do paciente pode estar relacionado a problemas contratransferências diante do indivíduo que está morrendo, assim como a ambivalência entre tentar uma medida heroica e a raiva do fracasso. Nesse sentido, trazemos também a fala do participante abaixo, que aborda aspectos relativos a derrota e a frustração em relação a esse paciente.

Eu tenho muita dificuldade assim em lidar com derrota [...] quando cessam tipo as possibilidades pra um paciente, que a gente queria curar, eu ainda tenho dificuldade de lidar com a frustração que isso impõe. Então o paciente que tinha expectativa de cura, por exemplo, pacientes jovens, pacientes com doenças que respondem bem as terapias que hoje existem, quando isso não dá certo, existe um grau de irritação, de raiva, isso me afeta por um tempo, dias, talvez uma semana, depois eu acabo aceitando a situação (E2).

Outro entrevistado também traz sobre a frustração, mas completa sua fala referindo a sobrecarga física e emocional relativa a alguns pacientes e familiares, reconhecendo que esse é um aspecto que poderia ser trabalhado.

Eu vejo assim que tenho que melhorar nessa questão de que as vezes eu quero abraçar tudo, e não é dessa forma né, a gente tem que fazer o que tem que ser feito [...] as vezes a gente quer abraçar os problemas desse paciente e tentar resolver tudo, e não tem como, e aí a gente se frustra também (E8).

Angerami-Camon et al. (1997) referem que não é incomum que a equipe de saúde, médico, enfermeira, psicólogo e fisioterapeuta sejam vistos pelos pacientes e familiares não só como um profissional que está ali fazendo seu trabalho, mas como amigos, como alguém que se preocupa e que zela pelo paciente, visto que essa vinculação torna-se um conforto a mais no processo de enfrentamento do adoecimento. Essa relação, quando bem trabalhada, é de grande valia para todas as partes, pois o paciente, família e equipe possuem o mesmo objetivo em comum, o de dar ao sujeito adoecido as melhores condições de vida mesmo na terminalidade.

4.2.2 Trabalho multiprofissional X Entendimento da terminalidade

Nesta subcategoria os profissionais destacam o trabalho multiprofissional como o principal recurso utilizado pela equipe, pois percebem esse dispositivo como um momento para compartilhar não só as questões essenciais para que o trabalho aconteça, mas também para compartilhar os sentimentos e angústias frente a determinado paciente.

É importante introduzir aqui sobre o conceito de saúde. Bruscato et al. (2004) referem que em meados de 1948, baseado em avanços nas áreas e pesquisas relacionadas à Psicologia, Medicina e Fisiologia, a Organização Mundial da Saúde passa a definir o conceito de “saúde” não mais como ausência de doença, mas sim como um bem-estar completo, físico, mental e social, que pode ser caracterizado também como um bem-estar biopsicossocial. A partir desse novo modo de pensar a saúde, exige-se uma série de conhecimentos e técnicas. Consequentemente, gera uma crescente demanda para os profissionais de saúde, que gradativamente, vão assumindo seus lugares e fortalecendo suas identidades nas instituições.

Desse modo, tal conceito de saúde, não requer somente médicos e medidas curativas, voltadas apenas para o biológico, exige também enfermeiros, psicológicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros profissionais. É importante apontar que cada uma das áreas acima possui características, técnicas e habilidades específicas, mas todas elas possuem algo em comum: a busca pelo bem-estar e saúde do paciente.

Existe uma série de benefícios quando esse trabalho em equipe ocorre de maneira efetiva, que vão muito além dos objetivos voltados para o paciente, mas abarcam também uma série de conhecimento específicos, fragmentados, mas que juntos mostram outros caminhos, outras possibilidades. Além disso, compartilhar, discutir sobre os casos, nos leva a compreender o que consiste no trabalho do outro e perceber a sua importância no

tratamento do paciente. Os entrevistados reconhecem esses benefícios, elencando o trabalho multiprofissional como um recurso importante.

O diálogo entre os profissionais que cuidam de um paciente, ele gera muito alívio, porque a gente acaba compartilhando (E2).

Eu acho que a gente trabalha de modo multidisciplinar, para atender, e isso ajuda muito a lidar né (E8).”

A equipe se conforta porque as vezes a gente vê as pessoas sofrendo muito e então quando a pessoa falece, a gente infelizmente fica confortada que passou o sofrimento [...] eu acho que a gente caminha junto né, nessa questão do sofrimento, as vezes um apoia o outro, quando um fica mais para baixo (E5)

De acordo com Navarro, Guimarães e Garanhani (2013) na área da saúde, o trabalho multiprofissional em sua essência implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades. Entretanto, a partir das falas acima podemos perceber que está para além dessa definição e que a atuação multiprofissional não beneficia somente o paciente, que é compreendido de modo integral, mas também beneficia os profissionais, que podem utiliza-la não só como um facilitador, mas também como um recurso emocional e de fácil acesso dentro da instituição hospitalar.

Enquanto os entrevistados reconhecem o trabalho multiprofissional como um facilitador dentro da instituição, eles pontuam como principal dificuldade o entendimento da terminalidade no que se refere as equipes de modo geral. Angerami-Camon et al. (1997) pontuam que os hospitais e os profissionais da saúde são comprometidos com o processo de cura e do cuidado, e desse modo, os pacientes terminais podem ser vistos como uma ameaça, criando sentimentos de impropriedade, que são incompatíveis com suas funções já concebidas e com a definição de pessoas que efetivamente podem lidar com as doenças.

Tem muitos profissionais que a gente vê que negam ou que não trabalham sobre isso ou trabalham a nível do outro, já ouvi muito das equipes assim “ah o paciente ok, mas eu acho que eu nunca conseguiria lidar com uma perda na minha família” (E1).

Eu vejo que a gente tá em um período importante, que as pessoas falam mais sobre terminalidade, eu lembro que a cinco anos quando eu entrei no hospital, ainda, falar em medidas de conforto, cuidados paliativos, era algo que chocava muitos profissionais, só que hoje já se tem um trabalho, e com conhecimento a gente vê que isso vai evoluindo, mas ainda precisa evoluir muito mais porque vai muito dessa questão, bom se eu não estou tratando não estou investindo em medicamento, em recursos de alta tecnologia, eu não tô fazendo nada. Muito pelo contrário né, e eu acho que falta muito a sensibilização das pessoas (E8).

É importante neste ponto ressaltarmos que as dificuldades das equipes, citadas acima, em relação a terminalidade, é a mesma dificuldade do âmbito pessoal trazido pelos profissionais. A diferença é que quando se fala a nível individual, os profissionais utilizam de outros termos, trazendo uma serie de explicações para suas dificuldades, não sendo tão explícitos quando se fala em equipe. Isto é, como se esses profissionais não fizessem parte dessa “equipe” a que se referem nesta categoria. Desse modo, podemos perceber que para além da dificuldade de compreensão da terminalidade como um processo natural, os profissionais também parecem receosos em falar de maneira mais clara sobre isso, quando do âmbito pessoal.

4.3 Percepções acerca dos cuidados paliativos

Nesta categoria, iremos abordar falas a respeito das definições dos cuidados paliativos apontadas pelos profissionais, e aspectos relacionados a implementação dos cuidados paliativos em oncologia.

4.3.1 Definições dos cuidados paliativos

De acordo com a revisão teórica aqui feita, os entrevistados definem os cuidados paliativos de maneira semelhante aos autores referenciados. Os profissionais identificam e caracterizam os cuidados paliativos como uma importante ferramenta para efetivação do conforto, do cuidado e da qualidade de vida do paciente que já não possui mais perspectiva de cura.

É tu dar qualidade de vida pra aquela pessoa que não tem mais chance de curar, ela não vai ter a cura da doença, mas sim ela vai ter todo o cuidado, cuidado com qualidade, dentro das condições dela até o final da vida (E8).

É tudo que não vai curar, mas vai cuidar, não é só câncer, qualquer doença que não possa ser curada vai ser cuidada e isso não significa que a vida foi mais ou menos a partir dali, que não valeu a pena, que não teve mais nada pra fazer (E3)

Romano (2008) explica que a distinção entre o cuidar e o curar se faz necessária, pois muitas vezes perde-se a dimensão do que pode ser feito pelo paciente. Oferecer conforto, alívio do sofrimento e alguma escolha de como esse sujeito gostaria de viver até o momento de sua morte é tão importante quanto as medicações e procedimentos.

Mais uma vez, nas falas dos entrevistados surge a importância do trabalho multiprofissional, desta vez relacionada aos cuidados paliativos. Os mesmos caracterizam os cuidados paliativos como uma pratica multiprofissional, pois compreendem que este é

um momento em que todas as especialidades se tornam parte de um tratamento que não visa a cura, mas visa o cuidado e a qualidade de vida do paciente no tempo que lhe resta.

A gente poder entender o que é possível fazer em todos os níveis de todas as especialidades, medicas, de enfermagem, da psicologia, pra um paciente em que chegou em um estágio da doença em que ela não é curável mais, mas o que é possível a partir daí a gente promover, de qualidade de vida, de bem-estar (E1)

Não são medidas que visam mudar o desfecho que a doença causa, mas que visam mudar os sintomas né, que podem ser desconfortáveis que a doença causa, quando a gente fala em sintomas não é só a dor, é também ansiedade, depressão, tudo mais, então acho que assim é uma área multidisciplinar (E2)

São todos os cuidados que a gente vai utilizar ou que a gente vai lançar mão pra oferecer para o paciente que tem uma doença que é incurável, e é multidisciplinar né, que vai englobar a quimioterapia, controle da dor, e vem a psicologia, a fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, psiquiatria todas essas áreas que podem dar suporte (E4)

Santos (2009) pontua que é importante a abordagem multiprofissional, uma vez que essa compreende o paciente, a família e a comunidade. Para tanto, muitos aspectos desses cuidados são aplicáveis durante o curso da doença, objetivando reduzir o sofrimento e oferecendo cuidado total. O foco dos cuidados paliativos é também encarar a morte como um processo normal, sem adiar nem prolongar esse momento. Além disso, esses cuidados visam suprir as necessidades do paciente em todos os seus aspectos: físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Desse modo, percebe-se que é impossível trabalhar sozinho para atender todas essas demandas que podem emergir de um paciente em final de vida.

Por outro lado, manifestou-se também uma dificuldade sobre a definição dos cuidados paliativos, conforme explica o entrevistado E7 “Pois é, esses dias eu perguntei pra médica qual a diferença entre medidas de conforto e cuidados paliativos, e ela falou que tem bastante diferença e até então eu não sabia bem a diferente que tinha”. Enquanto quanto outro entrevistado complementa, reconhecendo que ainda existe pouco entendimento:

eu já tive vários conceitos quando eu comecei a estudar cuidados paliativos (risos) [...] Cuidado paliativo hoje a gente ainda vê que ainda tem pouco entendimento, “ah mas eu não vou fazer mais nada”, e não, a gente vai fazer e muito... A gente ouve muito isso no hospital, e tem muito o que fazer, e todo o cuidado né, e os próprios profissionais acabam reforçam isso as vezes (E8).

Não é incomum essa dificuldade na definição dos cuidados paliativos, e que com o passar do tempo, com as experiências, esse entendimento vá se modificando. O entrevistado E7 relata dúvidas acerca da diferença entre os cuidados paliativos e medidas de conforto. Nicolau (2013) explica que os cuidados paliativos podem ser implementados

desde o diagnóstico recebido, não somente no fim de vida. Já as medidas de conforto podem fazer parte dos cuidados paliativos, mas são centrados na pessoa em final de vida, com o intuito de eliminar qualquer dor e desconforto, proporcionando bem-estar.

4.3.2 Implementação dos cuidados paliativos em oncologia

Nesta subcategoria, os entrevistados abaixo trazem falas a respeito da implementação dos cuidados paliativos na oncologia, ou seja, o momento em que o paciente torna-se um paciente de cuidados paliativos, e nos trazem importantes reflexões acerca dessa discussão.

Em oncologia tinha que entrar [os cuidados paliativos] desde sempre né, o paciente chegou aqui e tem o diagnóstico de câncer, cuidados paliativos tá junto, vai ter um monte de coisa que vai ser paliativa, ao longo do processo né, mas aí entra lá quando não tem mais possibilidade de cura, e usa a frase infeliz de que “não tem mais o que fazer”, e aí como assim? Entra toda uma série de coisas que podem ser feitas (P3)

Quando a gente se depara com uma doença que é incurável, os cuidados paliativos, eles têm que iniciar no início, ou seja, mesmo que o paciente tenha uma doença que é incurável, mas vai fazer tratamento com quimioterapia, que pode viver ali dois, três, quatro, cinco anos, ela já tem que estar engajada em cuidados paliativos (...) a minha ideia é que os cuidados paliativos devem ser incorporados em qualquer tipo de terapia oncológica, no início, desde o momento que o paciente descobre que tem uma doença incurável (P4)

A partir da revisão teórica aqui feita, atualmente é possível caracterizar o câncer como uma doença crônica. Sendo assim, Santos (2009) enfatiza que os cuidados paliativos devem ser iniciados desde o momento do diagnóstico. A partir da inserção do trabalho multiprofissional nesse cuidado, espera-se que se crie um vínculo de confiança e que possibilite em conjunto, o estabelecimento de um plano estratégico de assistência integral e contínua. Os cuidados paliativos visam a participação do paciente nesse processo, para que o mesmo seja ativo em seu tratamento, pesquise sobre o adoecimento, questione sobre o prognóstico, discuta os tratamentos e seja colaborativo, objetivando os melhores resultados.

No entanto, ainda existe um entendimento por parte da sociedade e não raro dos profissionais da saúde de que os cuidados paliativos são indicados apenas para o final de vida, e é equivocado, uma vez que eles devem ser oferecidos durante a vida, de forma contínua e intensiva, podendo inclusive durar anos. Outro ponto que pode ser visto como obstáculo para a implementação desses cuidados, conforme Santos (2009), é que a maior parte da fonte de recursos dos hospitais são voltadas para os tratamentos curativos, não havendo

inclusive investimentos específicos para treinamento dos profissionais para os cuidados paliativos.

Arantes (2016) salienta que os cuidados paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, no entanto, sua necessidade fica mais clara quando a progressão atinge altos níveis de sofrimento físico e a medicina já não tem mais o que oferecer. Neste momento, define-se o prognóstico e anuncia-se que a morte está próxima. Não existe mais tratamentos para a doença, mas existe muito a ser feito pelo sujeito.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão teórica aqui feita, foi possível refletir e compreender sobre a evolução do processo de morrer e de como o modo de enfrentar a morte se modificou, assim como os locais onde ela se faz presente. Acerca do câncer houve também muitos progressos e as percepções foram se moldando, à medida que novos tratamentos e medidas preventivas foram surgindo.

Através das entrevistadas realizadas e com os resultados obtidos foi possível responder aos objetivos já definidos anteriormente. Identificamos que existem impactos na vida dos profissionais que atendem pacientes terminais, e os mesmos podem ser definidos como positivos e negativos. Conforme visto, existem benefícios nessa vivência e um prazer pelo que se faz, mas também persistem sentimento de impotência e questões que mobilizam emocionalmente, podendo tornar o trabalho mais ou menos difícil.

No entanto, é importante reconhecer que todos os profissionais dispõem de um sistema de crenças. Isto é, todos relatam aspectos que acreditam em relação a morte, que é o que dá sentido ao trabalho e torna o fazer profissional menos complexo. Para além desse recurso, existem outros: psicoterapia, relações sociais, estudo, prazer pelo trabalho. Os entrevistados também apontam características pessoais que podem dificultar o trabalho, relativas a maneira de se relacionar com o paciente.

Ao que se refere a equipe, os profissionais trazem o trabalho multiprofissional como o principal recurso, pois entendem que compartilhar e discutir sobre o paciente ajuda a realizar o trabalho individualmente, assim como traz um certo alívio. Por outro lado apontam que ainda percebem uma dificuldade das equipes como um todo de conceber a terminalidade como um processo natural.

Acerca dos cuidados paliativos, existem definições semelhantes, voltadas para a qualidade de vida e conforto do paciente. Os entrevistados ressaltam ainda a importância do trabalho multiprofissional na implementação desses cuidados. Outro ponto trazido refere-se ao momento em que os cuidados paliativos são iniciados, uma vez que o mesmo pode iniciar no momento do diagnóstico, fazendo com que esse paciente seja ativo durante todo o processo do adoecimento.

Existem muitos estudos que falam sobre a terminalidade dos pacientes oncológicos e os profissionais de saúde frente a isso. No entanto, não é por isso que este estudo é menos importante, pois se olharmos para os resultados obtidos e os autores referenciados, veremos uma série de estudos antigos que já traziam questões e

dificuldades encontradas também nesse trabalho. Por isso, mesmo que se aborde muito sobre essa temática, ainda não parece o suficiente para que a morte seja encarada como um processo natural e esses pacientes sejam vistos de forma mais humana e menos estigmatizada pelos adoecimentos, o que também gera menos impactos para os profissionais da saúde. Desse modo, é possível afirmar que precisamos de mais estudos relacionados a essas temáticas e espero que este trabalho possa acrescentar nos próximos que virão.

Ressalto também a importância deste estudo para as universidades, uma vez que tais temas são bastante relevantes e por isso necessários de maior abordagem nas grades curriculares. Esse ensino é a base para os profissionais que futuramente estarão atuando nas instituições hospitalares. Além disso, desejo que a presente pesquisa traga aos entrevistados e a instituição participante uma reflexão a partir dos resultados obtidos, buscando efetivar cada vez mais um trabalho que deve ser pautado acima de tudo pelo cuidado, e não somente pela cura.

VI REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 3 ed. São Paulo: pioneira, 1997.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da palavra, 2016. 192 p.
- ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente*. Tradução: Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 312 p.
- BALDO, M. A.; IENSEN, S. A.L.; MACEDO, M.M.K. Implicações no ato de cuidar no contexto de uma UTI. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS M. E.; FERREIRA, V. R. T. *A psicologia no cenário hospitalar: Encontros possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 341-347.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: Abordagem no contexto da tanatologia. In: SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 193-208.
- BRUSCATO, W. L et al. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C; LOPES, S. R. A. *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas páginas em uma história antiga*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
- CARVALHO, P. R. A.; AZEVEDO, N. S. G. Quando quem morre é a criança. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS M. E.; FERREIRA, V. R. T. *A psicologia no cenário hospitalar: Encontros possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 165-177.
- FORTE, Daniel Neves. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 223-231.
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (Brasil): *o que é câncer?* Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em: abril 2017.
- ISMAEL, Silvia Maria Curi. *Psicologia hospitalar: Sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. 102 p.
- KAPPAUN, N. R.; GOMEZ, C. M. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.18 n.9. Rio de Janeiro Sep. 2013. s/p. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001700009&lang=pt. Acesso em: abril 2017.
- KLAFKE, Teresinha Eduardes. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt M.S. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papirus, 1991. 25-49.
- KOVÁCS, Maria Julia. *Morte e desenvolvimento humano*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 243 p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008. 290 p.

MELO, A. G. C.; CAPONERO, R. Cuidados paliativos- abordagem continua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 257-267.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. Reme: revista de Enfermagem. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: novembro 2017.

NICOLAU, Cátia Vanessa Vieira. Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar. 2013. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11059/1/700702_Tese.pdf. Acesso em: novembro 2017.

PAIVA, Lucélia Elisabeth. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 77-87.

PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 198p.

ROMANO, Bellkiss Wilma. *Manual de psicologia clínica para hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

REIS, C. G. C.; FARIAS, C. P.; QUINTANA, A. M. Vazio de Sentido: Suporte da religiosidade para pacientes com câncer avançado. *Psicol. cienc. prof.* vol.37 no.1 Brasília jan./mar.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932017000100106&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: maio 2017.

SANTOS, Franklin Santana (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009. 447 p.

SCHLIEMANN, Ana Laura. Aprendendo a lidar com a morte no ofício do profissional de saúde. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 31-44.

SILVA, Lucia Cecilia da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicol. Am. Lat.* n.16 México jun. 2009. s/p. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007. Acesso em: abril 2017.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M.H.T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007.
Acesso em: Junho 2017.

SOUZA, Â. M. et al. Contribuições da psicologia no enfrentamento da doença oncológica. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS M. E.; FERREIRA, V. R. T. *A psicologia no cenário hospitalar: Encontros possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 89-93.

STOCHERO, H. M. et al. Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e morte por graduandos de enfermagem. *Aquichan*, vol. 16, núm. 2, junio, 2016, pp. 219-229. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74146013009>.
Acesso em: maio 2017.

WERLANG, B. S. G. et al. Tanatologia: Abordando a morte e a desesperança. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS M. E.; FERREIRA, V. R. T. *A psicologia no cenário hospitalar: Encontros possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 67-87.