

Atuação do psicólogo no serviço de cuidados paliativos de um hospital terciário do Ceará: um relato de experiência

The role of the psychologist in the palliative care service of a tertiary hospital in Ceará state, Brazil: an experience report

Patricia Teles Xerez Peixoto¹, Júlia Evangelista Mota Shioga¹

¹ Instituto Escutha. Fortaleza/CE, Brasil.

Correspondência

patriciapeixotopsi@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2025 Patricia Teles Xerez Peixoto, Júlia Evangelista Mota Shioga.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

26/6/2024

Aprovado:

29/7/2024

ISSN:

2446-5410

RESUMO

Introdução: A abordagem paliativa propõe-se a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças potencialmente fatais. Um serviço de cuidados paliativos é composto por uma equipe interprofissional, com presença mínima de médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. **Objetivo:** Relatar a experiência da autora enquanto psicóloga em um serviço de cuidados paliativos. **Métodos:** Estudo descritivo, de natureza qualitativa, na modalidade de relato de experiência, realizado em um hospital terciário localizado em Fortaleza, Ceará. **Resultados:** Os atendimentos psicológicos podem ser direcionados a pacientes e familiares, seja por meio de busca ativa ou por solicitação da equipe. A assistência ao paciente frequentemente se inicia quando a doença já se encontra em estágio avançado. Entre as diversas intervenções possíveis, destaca-se a atuação do psicólogo em situações de comunicações difíceis e conferências familiares. **Conclusão:** As intervenções que poderiam ser iniciadas desde o diagnóstico acabam sendo realizadas apenas na fase final da vida, já marcada por sofrimento e esgotamento, o que limita o trabalho não apenas do psicólogo, mas de toda a equipe. **Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Psicologia Hospitalar. Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care aims to improve the quality of life of patients and their families facing life-threatening illnesses. A palliative care service is composed of an interprofessional team, minimally including physicians, psychologists, nurses, and social workers. **Objective:** To report the author's experience as a psychologist in a palliative care service. **Methods:** This is a descriptive, qualitative study in the form of an experience report, conducted in a tertiary hospital located in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Results:** Psychological support may be offered to both patients and family members, either through active outreach or upon request from the team. Assistance often begins when the illness is already at an advanced stage. Among the various possible interventions, the psychologist may play a key role in facilitating difficult conversations and family conferences. **Conclusion:** Interventions that could be initiated at the time of diagnosis are often delayed until the end-of-life stage, already marked by suffering and exhaustion, which limits the work not only of the psychologist but of the entire care team.

Keywords: Palliative Care. Hospital Psychology. Health Communication.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil e o consequente envelhecimento populacional chega como um desafio para os serviços de saúde. Segundo os dados do IBGE, a expectativa de vida atualmente no Brasil é de em média 75,5 anos, quase 30 anos a mais do que a expectativa de vida na década de 40¹. Com o avanço tecnológico, muitas doenças que eram consideradas fatais em outras décadas, hoje podem ser vistas como doenças crônicas, levando ao aumento da expectativa de vida e necessidade de cuidados por mais tempo².

Nesse contexto, surgem os Cuidados Paliativos (CP), como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais”³. A abordagem paliativa surgiu na Inglaterra, ainda na década de 50, pela sua precursora, Cicely Saunders. Somente trinta anos depois, suas ideias chegaram ao Brasil. Desde então, há uma crescente expansão dos serviços no país, porém ainda insuficiente devido ao aumento da expectativa de vida, das doenças crônicas e do envelhecimento populacional⁴.

O alívio do sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, e a melhoria da qualidade de vida são os objetivos dos CP. A abordagem pode acontecer de forma concomitante ao tratamento curativo, sendo constante o acompanhamento para checar a proporcionalidade dos tratamentos e medidas propostas⁵.

O *Atlas de Cuidados Paliativos*, publicado em 2022, aponta que há 234 serviços de CP no Brasil, sendo 128 serviços novos. No Ceará, foram identificados 18 serviços e a existência de 88 leitos próprios de CP em unidades hospitalares. O aumento da quantidade de serviços representa um progresso significativo e uma maior capacidade de assistência às pessoas que necessitam⁶. Apesar dos avanços citados, percebe-se ainda o desconhecimento e o preconceito envoltos nas práticas dos CP⁷.

Um serviço de CP é composto por uma equipe interprofissional, com composição mínima de profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, que pode atuar em modalidades

distintas, como: enfermagem, interconsulta, ambulatório, assistência domiciliar e *hospice*⁸. Na prática, os profissionais buscam alinhar conhecimentos teóricos e a subjetividade de cada paciente, focando na assistência mais adequada para cada paciente e seus familiares⁹.

Dentre as diversas intervenções possíveis na prática do psicólogo no contexto dos CP, apresentaremos a atuação em torno da comunicação e das conferências familiares. A comunicação faz parte do cuidado ao paciente, à medida que, empregar estratégias de comunicação é estabelecer e manter conexão com as pessoas, sendo um pilar do profissional paliativista¹⁰. Nesse sentido, uma das principais atividades em CP que envolvem o comunicar-se é a prática de conferências familiares, na qual há a possibilidade de reunir equipe, paciente e família com um objetivo previamente estabelecido¹¹.

A partir da experiência na equipe de CP de um hospital terciário, percebeu-se a necessidade da escrita de um artigo que possa contribuir com o cenário de construção de referências acerca do tema. Portanto, o objetivo deste artigo é relatar a experiência da autora a partir de sua atuação no serviço de CP de um hospital terciário em Fortaleza, apresentando o serviço, a atuação do psicólogo, as especificidades da atuação com os pacientes e familiares durante a internação em enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, na modalidade de relato de experiência, com descrição das vivências da autora enquanto psicóloga de um serviço de CP pelo período de dois anos. Para a construção deste relato de experiência, foram consideradas as intervenções psicológicas realizadas com pacientes hospitalizados e seus familiares no período de abril de 2022 a novembro de 2023. Foi utilizado diário de campo para registro de observações e revisão de literatura sobre as temáticas.

O hospital terciário mencionado neste trabalho está localizado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará. A instituição atende diversas especialidades

como, neurologia, neurocirurgia, oncologia, nefrologia, cirurgia vascular e outros, a nível hospitalar e ambulatorial, além de um público de todo o estado do Ceará e até de outras grandes regiões do Brasil. O serviço de CP foi criado em 2014, contando com duas profissionais, uma médica e uma psicóloga, e sua ampliação aconteceu apenas no ano de 2019. Atualmente, 16 profissionais compõem as equipes CP, sendo 7 médicos, 2 psicólogas, 3 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 1 fonoaudióloga e 1 fisioterapeuta, com carga horária média de 20 horas por profissional. O serviço atua na modalidade consultiva e responde a pareceres solicitados pelo profissional médico da equipe assistencial.

Pelo caráter consultivo, a equipe assistencial se mantém como principal responsável pelos cuidados, cabendo à equipe CP prestar suporte sequencial ao paciente e à família em ocasiões necessárias até o desfecho final – alta, óbito ou seguimento ambulatorial, assim como auxiliar a equipe assistencial a promover ações de cuidado ancoradas na filosofia e ciência paliativista.

RESULTADOS

O serviço de Cuidados Paliativos

O serviço de CP, localizado em um hospital terciário, faz parte dos 18 serviços identificados no estado do Ceará. A equipe atua na modalidade consultiva, onde não há leitos exclusivos ao CP, os profissionais paliativistas são acionados mediante a percepção do médico assistente. Dessa forma, a equipe consultiva não assume os cuidados com o paciente e atua em conjunto com as demais equipes clínicas, orientando condutas.

A chegada do paciente ao serviço de CP ocorre a partir da solicitação da equipe médica assistente, durante a internação, através de interconsulta direcionada para a equipe especializada em CP. Quanto ao diagnóstico, a maioria dos pacientes acompanhados pela equipe CP no referido hospital estão internados devido ao câncer em diferentes órgãos ou por Acidente Vascular Cerebral (AVC), sejam do tipo hemorrágico ou isquêmico. Em menor fre-

quência, aparecem outros adoecimentos neurológicos, vasculares, renais e hepáticos.

As demandas que geram uma solicitação podem variar entre o pedido para auxílio no manejo de sintomas (principalmente dor e dispneia), na comunicação com paciente e/ou familiares, no estabelecimento do plano de cuidados, na avaliação de prognóstico para a realização de reuniões familiares e para a construção de diretivas antecipadas de vontade, na indicação ou contra-indicação de procedimentos invasivos, no suporte frente a dilemas bioéticos, dentre outros. O atendimento é ofertado em leitos de enfermaria ou de unidades fechadas e poderá seguir com atendimento ambulatorial em casos de alta hospitalar.

O primeiro contato com o paciente e a família é feito por um profissional da medicina, acompanhado ou não de um ou mais membros da equipe multiprofissional. Nesse primeiro momento, à beira do leito, prioriza-se conhecer a história de vida e de doença desse paciente. Além disso, é importante identificar as possíveis causas de sofrimento, os sintomas existentes, a percepção do paciente e dos familiares sobre sua condição de adoecimento, as dúvidas que possam existir, os eventuais dificultadores de qualidade de vida e a existência de rede de apoio.

A resposta do parecer à equipe assistente segue acompanhada de um plano de cuidados estabelecido, levando em consideração a história de vida e de adoecimento do paciente, o atual momento clínico, a condição prognóstica, os fatores psicossociais, além de sugestões de condutas e encaminhamentos, caso haja a necessidade. Após o primeiro contato, o paciente elegível ao acompanhamento em CP é inserido em um banco de dados para melhor organização do serviço, juntamente com suas informações mais importantes e necessidades mais urgentes, sejam elas físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais.

O paciente é reavaliado pela equipe ao menos uma vez por semana, por pelo menos um profissional da equipe de CP e, a depender da complexidade de suas demandas, podem ser realizadas mais visitas à beira leito, não havendo um número máximo estipulado. Em meio a esse processo, também é

necessário investir na comunicação com os demais profissionais que assistem o paciente, a fim de compartilhar análises e informações pertinentes para o manejo do caso, sanar dúvidas, alinhar condutas e acolher emocionalmente as equipes, sobretudo em casos de maior complexidade.

Por conseguinte, ocorrem momentos de reuniões da equipe de CP uma vez por semana, com quatro horas de duração e participação de toda a equipe multiprofissional. As reuniões têm como objetivo discutir o plano de cuidados dos pacientes, alinhar condutas, compartilhar impressões, esclarecer dúvidas, promover suporte mútuo, bem como resolver as questões burocráticas do serviço.

O paciente elegível ao acompanhamento com a equipe de CP recebe a assistência durante toda a sua internação hospitalar e sua saída do serviço pode ocorrer devido à alta hospitalar, à elegibilidade para seguimento em ambulatório, ao óbito do paciente ou em casos em que há recusa de acompanhamento por parte do próprio paciente.

Em casos de recusa, observa-se a vigência de crenças distorcidas e estigmas por parte de pacientes e/ou familiares de que os CP estariam estritamente ligados a pessoas em fim da vida ou processo de morte. Nesse caso, surge a necessidade de psicoeducação, no sentido de desmistificar e orientar quanto aos reais propósitos de cuidado ao paciente e sua rede de apoio. Ainda nos dias atuais, a associação do cuidado paliativo ao fim de vida não é percebida apenas em pacientes ou familiares, mas principalmente em outros profissionais de saúde. O reflexo disso é a percepção de encaminhamentos tardios, quando realmente observam não haver mais possibilidades de terapias modificadoras de doenças, ditando por vezes que “não há mais nada a fazer pelo paciente” e a morte é o único caminho possível.

A psicologia no contexto do Cuidado Paliativo

Os atendimentos psicológicos realizados no serviço de CP acontecem ao lado do leito na enfermaria e, eventualmente, nos espaços externos, a depender da funcionalidade e quadro clínico do paciente. Nor-

malmente, esses espaços não são isentos de interrupções e barulhos externos, com chance de haver algum nível de comprometimento do sigilo devido ao trânsito de pessoas nos espaços hospitalares.

O meio de chegada da psicologia até o paciente pode ser por busca ativa dentro da listagem de pareceres respondidos ou por solicitação de outros profissionais, seja da equipe de CP ou da equipe assistente. O atendimento pode ser realizado de forma individual, na presença do acompanhante/familiar ou dos próprios membros da equipe multiprofissional.

As intervenções psicológicas realizadas com maior frequência durante os períodos de atendimentos da autora foram: acolhimento e escuta compassiva a pacientes e familiares, fortalecimento de recursos de enfrentamento, manejo de ansiedade, psicoeducação sobre os CP, facilitação de elaboração do processo de adoecimento, apoio durante e após comunicações difíceis, suporte emocional ao luto antecipatório, atendimento no pós-óbito imediato, elaboração de diretivas antecipadas de vontade e participação em conferências familiares.

Além do paciente, o atendimento psicológico também pode ser direcionado aos familiares ou outros acompanhantes que compõem a rede de apoio social. A assistência se estende a esses devido principalmente à compreensão da vivência de sofrimento estendida aos familiares, à mudança de rotina e de papéis familiares, às alterações de humor e à sobrecarga física e mental desses familiares. A rotina da Psicologia nesse cenário é preenchida por atendimentos individuais a pacientes/familiares, bem como pela leitura de prontuários, evoluções psicológicas, estudos teóricos sobre o caso, discussões com a equipe, resolução de questões burocráticas e administrativas, reuniões da equipe e conferências familiares.

A experiência de ser psicóloga em um serviço de cuidados paliativos

A experiência de ser psicóloga em um serviço de CP ensina que cuidar é sempre uma possibilidade. Dentre os diversos sofrimentos possíveis, sempre haverá muito o que fazer. Nesse sentido, a filosofia

dos CP ensina que o fazer se concentra não apenas em cuidar da doença, mas em cuidar da pessoa que está doente⁹.

As principais experiências vivenciadas e mais comuns foram diante do paciente sem proposta curativa, em comunicações e conferências familiares. Apesar da proposta dos CP ser atuar desde o diagnóstico do paciente, muitas vezes, conhecemos esse paciente apenas quando sua doença se agrava e/ou quando seu fim de vida se aproxima. Isso acontece devido à confusão que envolve “estar em cuidados paliativos”, entendido por profissionais de saúde, gestores e pela própria comunidade de forma errônea.

Nesse contexto, a aproximação do paciente à equipe de CP acontece muitas vezes quando esse está há muitas semanas hospitalizado, em estágio avançado, com muitos sintomas a controlar e com outras demandas que podem surgir durante a internação, como estresse devido à rotina, conflitos com a equipe, dentre outros. As intervenções da equipe, que poderiam ser iniciadas precocemente, são iniciadas já no contexto de estresse aumentado por parte de paciente/familiares, o que dificulta a efetividade do trabalho, o manejo dos sintomas e limita o tempo de intervenção com a díade paciente e família.

Ao adentrar em uma ala do hospital, fica evidente que o paciente com indicação de CP é frequentemente destinado ao não fazer. Pois, muitas vezes, a equipe assistente compreende que, por estar sendo acompanhado pela equipe de CP, não há indicação de iniciar novos tratamentos, de ser submetido a procedimentos invasivos e modificadores da doença. Diante disso, são realizados esclarecimentos acerca do cuidado paliativo sobre o seu conceito, as indicações e desmistificando os estigmas envolvidos. Afinal, promover CP implica curar tudo o que for curável, proteger, acolher, minimizar danos - quando não puderem ser curados - e realizar intervenções participadas com a díade e centradas no melhor benefício ao paciente.

A experiência no serviço resulta na compreensão de que estar ao lado do paciente hospitalizado por doença ameaçadora da vida é um lugar potente e muitas vezes difícil de ocupar. É estar em con-

tato com o ser humano no momento que pode ser o mais vulnerável de sua vida. É atuar com pessoas em sofrimentos intensos e com danos muitas vezes irreparáveis. É acompanhar a vivência de múltiplas perdas e se permitir ser apoio para pacientes e familiares, auxiliando-os a ressignificar suas experiências.

Dentre isso, aponto a comunicação como uma habilidade aprimorada a partir da vivência no serviço. Assim, a boa comunicação, aliada à assistência adequada, possibilita que pacientes e familiares tenham uma experiência mais digna e humanizada. Nessa perspectiva, identifico que famílias com queixas relacionadas à comunicação com a equipe, apresentam menor satisfação quanto ao cuidado oferecido ao paciente, maior insegurança nas práticas realizadas, ocasionando em maior sofrimento psicológico.

Por entender a importância da comunicação no processo de adoecimento, faz-se necessário partilhar também de notícias difíceis, como evolução de doenças, tratamento paliativo pleno, transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), suspensão de alta hospitalar, limitações terapêuticas ou a própria morte. Essa comunicação é realizada normalmente pela equipe médica, juntamente do psicólogo, para o paciente e família.

A comunicação assertiva e continuada, quando feita com uso de linguagem acessível à população atendida, se torna fundamental para que haja alinhamento de expectativas quanto ao cenário presente e futuro do paciente, acarretando em melhores condições para que os envolvidos tenham a oportunidade de organizar-se psicologicamente e manter protagonismo e autonomia sobre as escolhas feitas durante a trajetória de cuidado.

O psicólogo pode atuar antes, durante e após a comunicação difícil. Dessa forma, poderá mediar a comunicação e o entendimento, realizar acolhimento, favorecer a elaboração das informações repassadas e fortalecer estratégias de enfrentamento. Após o momento de comunicação, pode ser necessário realizar atendimento individual com o paciente ou com os familiares, a partir das percepções obtidas e das necessidades individuais.

Em alguns casos, é indicado o agendamento de uma conferência familiar para comunicar más notícias, alinhar as condutas, construir vínculo, conversar sobre o plano terapêutico, resgatar biografia e valores do paciente e construir diretivas antecipadas de vontade (caso não tido a oportunidade e o paciente esteja inconsciente ou desorientado), sanar dúvidas, acolher os familiares e favorecer a elaboração do luto antecipatório.

A conferência familiar acontece com dia e hora previamente marcados, com todos os participantes em círculo, em uma sala livre de interrupções, com uso de linguagem de fácil entendimento e utilizando dos passos recomendados pelo protocolo Spikes¹². O tempo destinado à reunião deve ser concentrado na interação e no contato visual com os participantes, de forma a evitar distrações, conversas paralelas, uso do celular e anotações. É preferível que todos os presentes na reunião sejam vinculados ao paciente e presentes no cuidado diário. O paciente também pode participar, caso queira e haja condições físicas para isso. Caso não participe, as informações discutidas em reunião são partilhadas em momento posterior. Há diferentes objetivos para o agendamento de uma reunião familiar, que serão discutidos no tópico a seguir.

A equipe mínima presente na reunião familiar é composta por médico, psicólogo e assistente social. Podem ser convidados também outros profissionais que façam parte do cuidado ao paciente. Quanto à atuação do psicólogo, esta pode se concentrar em acolher os presentes, favorecer a expressão verbal, entender a dinâmica familiar e organização do cuidado, mediar conflitos familiares, facilitar a elaboração das informações repassadas, checar o entendimento dos participantes, compreender o sofrimento expresso e o não dito, dentre outros.

A partir desta prática, evidencia-se que a conferência familiar pode ser uma variável decisiva no cuidado ao paciente. Uma reunião bem sucedida pode fortalecer os vínculos, alinhar as expectativas, reduzir a ansiedade e aumentar a segurança nas condutas da equipe. No entanto, para que isso de fato aconteça, é importante checar a efetividade da comunicação realizada, a partir de perguntas como: “O que vocês entenderam sobre as infor-

mações que foram ditas?”; “Essa conversa está fazendo sentido para vocês?”; “Como você contaria para outra pessoa sobre as informações que foram repassadas agora?”.

Pensando na filosofia dos CP, compreendo o quanto a comunicação afetiva e efetiva condiz com o que é proposto pela abordagem. Não há como prestar um bom cuidado sem partilhar toda a construção do enredo com o dono da própria história. Negligenciar a comunicação seria excluí-lo do lugar de protagonista.

DISCUSSÃO

Neste relato, detectou-se que a experiência no serviço de CP do referido hospital corrobora com os achados na literatura científica. A partir disso, discutiremos o conceito de CP, o funcionamento da equipe na modalidade consultiva e a atuação da psicologia junto ao serviço, especialmente em torno das comunicações e conferências familiares.

Os CP visam atuar junto ao paciente desde o momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, podendo agir de forma concomitante aos tratamentos curativos⁹. O foco da atenção está em “prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, correta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais”³.

A abordagem dos CP preconiza que o objetivo não está na cura a qualquer custo, mas no cuidado ao indivíduo em consideração à sua subjetividade, personalizando intervenções. Entende-se o sujeito como um ser biográfico, com direito à informação, autonomia e participação nas decisões de seu corpo e sua vida⁹. As singularidades de cada paciente são consideradas, ancorando-se em princípios e premissas norteadoras das estratégias de cuidado, não cabendo assim enrijecer a assistência prestada com protocolos.

A partir dos achados na literatura, percebe-se que ainda existe demasiadamente a escassez de conhecimento de profissionais de saúde, gestores e da comunidade quanto aos objetivos dos CP e às intervenções propostas⁷.

Ao contrário do que ainda hoje é compreendido culturalmente, o cuidado paliativo não está relacionado a limitar terapêuticas e a realizar cuidados somente no fim de vida. O seu estigma provém do termo “paliativo”, entendido e utilizado popularmente como “remendo”, que significa tentar reparar algo que não tem conserto. Contudo, na realidade, o termo paliativo deriva do latim *pallium*, nome dado ao manto dos cavaleiros que os protegiam das tempestades. Paliar significa proteger. Dessa forma, a abordagem visa a proteção e cuidado integral ao paciente e à sua família, contrapondo-se ao que nossa cultura por vezes valoriza, a manutenção da vida a qualquer custo, ainda que com falência irreversível do corpo¹³.

O serviço em que cito neste trabalho atua na modalidade de interconsulta e ambulatorio, sendo esse último uma extensão do cuidado após a alta hospitalar. A resposta de uma interconsulta é o principal meio de chegada ao paciente que se beneficia da assistência paliativista. A partir dessa prática, é possível prestar cuidado e suporte em vários espaços do mesmo hospital, sejam enfermarias ou unidades fechadas¹⁴. Isso possibilita uma maior disseminação da filosofia devido ao contato frequente com outros profissionais. Em contrapartida, coloca o serviço à mercê de atuar com equipes despreparadas, que podem ter dificuldade em aderir às condutas propostas.

A avaliação inicial é realizada por uma equipe multiprofissional que pode ser uma equipe básica ou estendida. Uma equipe básica de CP é composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Quando há a presença de fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e farmacêutico, configura-se uma equipe estendida. As equipes, quando inseridas no contexto hospitalar, podem atuar a partir de solicitação de interconsulta, enfermaria e ambulatorio⁸.

A avaliação objetiva responder os seguintes questionamentos: Quem é o paciente? Qual é a sua funcionalidade atual? Qual é o seu diagnóstico? Qual é a fase da sua doença? É importante observar que a pergunta sobre a história de vida do paciente antecede a pergunta sobre seu diagnóstico clínico, pois entende-se que, para uma avaliação adequa-

da é importante principalmente entender o sujeito como agente de sua história¹⁵. É necessário haver o resgate da história de vida, particularidades, valores, experiências vividas e subjetividades. Nesse sentido, Carvalho⁹ aponta que não é possível cuidar bem de alguém que não se conhece.

No contexto do relato acima, e em consonância com a literatura, a equipe acessa o paciente com o adoecimento em estágio avançado, quando o paciente se ausenta de seu espaço domiciliar para ocupar um leito hospitalar. Diante disso, o contato com a realidade da própria morte pode se tornar mais agudo¹⁶. Isso implica em, muitas vezes, abrir espaço para que estes falem sobre o que sentem necessidade, seja o medo da morte, a preocupação com os familiares, suas finanças ou até mesmo suas pendências em vida¹⁷.

O atendimento psicológico busca avaliar o estado emocional do paciente, seus recursos de enfrentamento, o conhecimento acerca do diagnóstico e prognóstico, suas principais preocupações e causas de sofrimento, expectativas quanto ao tratamento, percepção de finitude e identificação de conflitos psíquicos que causem sofrimento¹⁶. Não é raro encontrar pacientes e familiares que estão alheios ao processo de adoecimento, com desconhecimento total ou parcial sobre diagnóstico e prognóstico, devido ao descuido da equipe em manter uma boa comunicação.

Em consonância com o exposto nos resultados, apontamos a comunicação como uma habilidade imprescindível a ser desenvolvida na prática profissional, especialmente quando se trata de comunicar más notícias. Quanto a isso, mais do que transmitir as informações, é desejável que o profissional se prepare para o momento, mostre empatia, tenha atenção à comunicação não verbal e transmita a informação de forma gradual, percebendo as condições emocionais de quem as recebe¹⁰.

A comunicação faz parte integralmente da rotina de qualquer profissional da saúde, embora não lhe seja dada a devida importância, e, para que seja efetiva, é necessário que seja bidirecional. Ou seja, quem comunica precisa obter resposta e validação das mensagens realizadas. Apenas a partir de uma

comunicação efetiva é possível compreender para ajudar o paciente¹⁸.

A má notícia no contexto de saúde-doença tem o poder de mudar drasticamente a vida do paciente e, por isso, há uma certa resistência das equipes assistentes em realizá-la. Essa dificuldade pode estar relacionada à falta de habilidade técnica e ausência de preparo emocional¹⁹. Nessa experiência, pude constatar que há também a dificuldade em lidar com as reações de quem recebe a má notícia e com suas próprias emoções, especialmente o sentimento de impotência. Isso é constatado pelo grande número de pareceres solicitados à equipe de CP com o objetivo de comunicar notícias difíceis aos pacientes e suas famílias.

Crispim e Brandão¹¹ destacam que uma notícia ruim tende a ter um impacto negativo na vida de quem a recebe. No entanto, a longo prazo a maioria estará melhor adaptada por ter recebido a informação, com níveis de angústias e ansiedades reduzidos. Com as devidas informações repassadas, é possível planejar os cuidados de forma compartilhada com o paciente, considerando que não existe decisão sem informação e reflexão.

Para isso, pode-se optar pelo agendamento de uma conferência familiar, que consiste em uma reunião entre familiares presentes no cuidado e membros da equipe com um objetivo em comum: informar prognóstico, discutir plano terapêutico e suas limitações, comunicar piora clínica, educar sobre a doença, identificar necessidades dos cuidadores, discutir desospitalização, identificar familiares com risco elevado de luto prolongado ou complicado e estresse do cuidador, mediação de conflitos, trabalhar conspiração do silêncio (quando a realidade do paciente não está sendo comunicada a alguém), construção de diretivas antecipadas de vontade e outros possíveis desejos de fim de vida¹¹.

Quando não há a possibilidade de reverter o quadro clínico e o fim de vida se aproxima, as visitas são flexibilizadas, o controle aos sintomas precisa de mais atenção e há a concessão para as visitas de crianças. Nesse momento, pode fazer sentido favorecer despedidas, aplicar direcionamentos estabelecidos nas Diretivas Antecipadas de Vontade, possibilitar a resolução de pendências e manter a

comunicação honesta com os familiares sobre o que esperar nos próximos dias e semanas²⁰.

Devido a uma lacuna na formação profissional quanto à comunicação, foram desenvolvidos protocolos para auxiliar a comunicação, sendo o protocolo *spikes* o mais conhecido. Em resumo, o protocolo *spikes* descreve seis passos referentes à/ao: preparação para o encontro, percepção do paciente, convite para o diálogo, transmissão de informações, expressão das emoções, finalizando com estratégia de cuidado e resumo¹⁹.

O pedido de parecer tardio feito pelas equipes assistentes, como mencionado anteriormente, chega como um desafio para a atuação dos paliativistas. Esse fator, para a psicologia, impossibilita muitas vezes um maior tempo com o paciente, limitando também a construção do vínculo, a realização de conversas importantes sobre as diretivas antecipadas de vontade e outras intervenções psicológicas necessárias a toda pessoa que atravessa uma experiência de adoecimento irreversível e potencialmente ameaçadora de vida. No tocante ao fazer do psicólogo em CP, foi percebida a escassez de literatura e a romantização dos textos acerca dessa prática, sendo esse olhar crítico também pouco abordado em discussões pela comunidade científica. O cuidado paliativo é apontado com a única possibilidade de amenizar completamente o sofrimento humano, colocando, assim, todas as expectativas em torno dessa atuação. Na prática, o profissional paliativista é visto como um ser humano evoluído, quase um super herói, que consegue facilmente lidar com as questões que todos os outros evitam: a finitude e o sofrimento escancarado.

Na vida real nos deparamos com diferentes situações que vão muito além do que os livros podem abarcar. O sofrimento humano não cabe nas páginas de um livro ou de um artigo científico. Em muitas situações, o completo alívio do sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, pode não ser possível devido a tantas variáveis individuais que vão além do adoecimento e da hospitalização. Nesse cenário, a prática possibilita aprendizados valiosos e capacitantes acerca das expectativas e possibilidades reais que cada caso permite.

CONCLUSÃO

Este artigo apresentou, a partir de um relato de experiência, a atuação do psicólogo em uma equipe de CP. O cuidado paliativo, conforme discutido, visa cuidar do sujeito em adoecimento de forma integral, considerando a história de vida, o contexto ambiental e subjetividade, e não apenas as manifestações físicas da doença. No entanto, o desconhecimento acerca da atuação do cuidado paliativo no referido hospital impede que o sujeito seja acompanhado por uma equipe especializada que possa atuar de forma precoce nos diversos sofrimentos.

A atuação do profissional psicólogo nesse contexto acontece frequentemente de forma tardia e diante do paciente sem proposta curativa, refusingo o proposto pela abordagem. As intervenções que poderiam ser realizadas desde o diagnóstico, acontecem próximo ao fim de vida, já permeado de sofrimento e esgotamento, o que limita o trabalho não só do psicólogo, mas de toda a equipe. Nesse cenário, apresentou-se a comunicação e as conferências familiares como intervenções fundamentais para uma assistência paliativa efetiva.

Embora seja um assunto de grande importância, foi identificada a escassez de literatura sobre a temática em livros e artigos de periódicos, e a superficialidade ao descrever as intervenções do psicólogo no contexto do cuidado paliativo. Além disso, os estudos encontrados se detêm à atuação do psicólogo na assistência ao paciente no atendimento individual, desconsiderando outros âmbitos da atuação como na comunicação de notícias difíceis, nas conferências familiares, nas práticas com a equipe e em questões burocráticas do serviço. Isso aponta para a necessidade de mais pesquisas, no intuito de fortalecer as práticas e disseminar conhecimentos para outros profissionais.

Considerando também que foram discutidas questões acerca da indicação tardia para a equipe de CP, percebe-se a necessidade de capacitar equipes sobre educação para a morte, abordagens e práticas em CP. Reafirma-se a importância de publicizar informações e conhecimentos sobre o que são os CP para a comunidade, de forma geral, com o intuito de fortalecer processos culturais que consi-

derem a morte como evento pertencente à vida e que mais pessoas com indicação se beneficiem dessa abordagem e cuidado desde os estágios iniciais das doenças.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 2024 mar 3]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>
2. Matsumoto DH. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Grupo MAIS – Premier Hospital, Instituto Paliar; 2012. p. 23-30.
3. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2020 [citado 2024 mar 10]. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
5. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: WHPCA; 2020.
6. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2022 [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: ANCP; 2023 [citado 2024 mar 10]. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>
7. Guerra CC, Lucena JL, Andrade MBS, Alves SSE, Garcia CL. Percepção de profissionais de saúde frente aos cuidados paliativos. Rev Bioét [Internet]. 2024 [citado 2024 out 3];32:e3789PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243789PT>
8. Crispim DH. Organização e gerenciamento de serviços de cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, organizadores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Barueri: Manole; 2022. p. 1-17.
9. Carvalho RT. Cuidados paliativos: conceitos e princípios. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, organizadores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Barueri: Manole; 2022. p. 2-10.
10. Trovo MM, Silva SMA. Competência comunicacional em cuidados paliativos. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 39-42.

11. Crispim DH, Brandão AB. Condução de uma reunião de família em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, organizadores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Barueri: Manole; 2022. p. 621-631.
12. Crispim DH, Bernardes DCR. Comunicação em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, organizadores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Barueri: Manole; 2022. p. 41-55.
13. Lopes FG, Lima MJV, Almeida CBL. Cuidados paliativos: construindo um diálogo sobre o cuidado [recurso eletrônico]. Fortaleza: EdUECE; 2020 [citado 2024 maio 11]. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/Cartilha-Escutha-Cuidados-Paliativos.pdf>
14. Crispim DH. Gestão em cuidados paliativos. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 17-22.
15. Nicodemo IP, Torres SHB. Indicações de cuidado paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, organizadores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Barueri: Manole; 2022. p. 21-36.
16. Brandão AB, Genezini D, Cavalcante LSB, Bernardes DCR. Avaliação e registro da psicologia nos diferentes cenários em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, organizadores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. 2. ed. Barueri: Manole; 2022. p. 712-725.
17. Hoffmann LB, Santos ABB, Carvalho RT. Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. Psicol USP [Internet]. 2021;32:e180037. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180037>
18. Carvalho MCR, Teixeira AL, Santos NV. Reflexões sobre a comunicação em cuidados paliativos oncológicos. Sínteses: Rev Eletr SimTec [Internet]. 2023 maio 3 [citado 2024 out 4];(8.Eixo 4):e0220724. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/17975>
19. Ferraz MAG, Chaves BA, Silva DP, Jordán APW, Barbosa LNF. Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2022;46(2):e076. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210458>
20. Calice GB, Canosa HG, Chiba T. Processo ativo de morte: definição e manejo de sintomas. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 515-519.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: PTXP. Investigação: PTXP. Metodologia: PTXP, JEMS. Tratamento e análise de dados: PTXP, JEMS. Redação: PTXP, JEMS. Revisão: JEMS. Aprovação da versão final: JEMS. Supervisão: JEMS.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

Não se aplica.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Franciéle Marabotti Costa Leite.

Endereço para correspondência

Rua Pedro Wilson, 61, Itaperi, Fortaleza/CE, Brasil, CEP: 60714-273.