

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

**HECI**

**Atenção ao Câncer**

LANNA MOUTA CESTARI EVANGELISTA

**CUIDADO PALIATIVO EM ONCOLOGIA: A PERSPECTIVA  
DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES

JANEIRO/2023

EVANGELISTA, Lanna Mouta Cestari<sup>1</sup>

RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira<sup>2</sup>

TEIXEIRA, Kathia Braga da Silva<sup>3</sup>

## RESUMO

O Cuidado paliativo apresenta uma filosofia do cuidado que contrapõe a visão médico - curativa, prioriza o bem-estar subjetivo do sujeito portador de doença sem possibilidade terapêutica modificadora de doença, no qual abarcam todas as suas dimensões seja ela física, psíquica, social ou espiritual. Atualmente, existem inúmeros estudos acerca da percepção do paciente sobre a paliatividade, no entanto as pesquisas sobre a visão dos profissionais de saúde permanecem em expressão menor. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho consiste em analisar a concepção, os sentimentos e subjetividades dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes com impossibilidade de cura, em um hospital filantrópico especializado em oncologia na região sul capixaba. Nesse sentido, a pesquisa realizada, exploratória descritiva, com análise qualitativa dos dados obtidos. Foi embasada na observação participante, a partir de um questionário, ao qual se abordou sobre a concepção, impasses e recursos de enfrentamento da equipe multiprofissional, atrelado à vivência na assistência à pacientes com impossibilidade de cura, na enfermaria oncológica do hospital em questão. A discussão do trabalho se apoiou na abordagem psicanalítica, na psicologia hospitalar e autores clássicos que versam sobre o tema. Em suma, pressupõe-se por meio que presente pesquisa, instigue o levantamento de discussões e colaboração com o processo de desmistificação sobre o assunto, bem como, entender sobre essa realidade poderá contribuir para aprimoramentos no campo da assistência .

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Equipe Multiprofissional; Percepção;

---

<sup>1</sup> Lanna Mouta Cestari Evangelista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em (Atenção ao câncer) do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, lannacestari@psigmail.com.

<sup>2</sup> Orientador: Me. Administração de empresas Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavozigoni@psigmail.com.

<sup>3</sup> Co-Orientador: Me. Kathia Braga da Silva Teixeira, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, kathiabraga@hotmail.com.

## **ABSTRACT**

Palliative care presents a philosophy of care that opposes the medical - curative view, prioritizes the subjective well-being of the subject with a disease without the possibility of modifying the disease, in which all its dimensions are covered, whether physical, psychological, social or spiritual. Currently, there are numerous studies on the patient's perception of palliative care, however research on the view of health professionals remains in smaller expression (BONAMIGO; SILVA; DALLACOSTA, 2018). In this context, the objective of this work is to analyze the conception, feelings and subjectivities of health professionals involved in the care of patients with impossible cure, in a philanthropic hospital specialized in oncology in the southern region of Espírito Santo. descriptive exploratory, with qualitative analysis of the data obtained. It was based on participant observation, based on a questionnaire, which addressed the conception, impasses and coping resources of the multidisciplinary team, linked to the experience in assisting patients with impossibility of cure, in the oncological ward of the hospital in question. The discussion of the work was based on the psychoanalytic approach, hospital psychology and classic authors who deal with the subject. In short, it is assumed that this research instigates the raising of discussions and collaboration with the demystification process on the subject, as well as understanding this reality can contribute to improvements in the field of care .

Keywords: Palliative Care; multidisciplinary team; Perception.

## **INTRODUÇÃO**

A partir dos avanços biotecnológicos e biomédicos, o perfil populacional de adoecimento sofreu mudanças, o que antes se tinha predominância de características agudas, passou-se a ter prevalência de características crônicas (SILVA, 2014). Nesse sentido, as Doenças Crônicas Não -Transmissíveis (DCNT), isto é, um conjunto de doenças que tem como característica, múltiplos fatores de risco e origem desconhecida (CAMPOSA; NETO, 2009), algumas delas podendo levar a incapacidade e diminuição da funcionalidade (GOUVEA, 2019), correspondem no mundo, a maior causa de morbimortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil em 2019, as DCNT's foram a principal causa de óbito na faixa etária acima de 50 anos, com destaque para doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas e as doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2021). No estado do Espírito Santo, a realidade se assemelha com a do resto do país, bem como, observa-se similaridade na distribuição das DCNTs entre as regiões do estado (ES, 2016).

Com Base no Boletim Epidemiológico de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT's), verificou-se que no estado do Espírito Santo, entre os anos 2006 a 2016, a mortalidade por neoplasias aparece em praticamente todas as faixas etárias, exceto na população menor que 01 ano (ES, 2016). A partir disso, entende-se a importância na discussão do tema, em vista que o câncer é uma DCNT, que normalmente impacta sobremaneira a qualidade de vida do adoentado e sua família.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020), câncer é o nome dado a mais de 100 tipos diferentes de doenças malignas, caracterizadas por um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo difundir-se para outras partes do corpo.

Nessa perspectiva, ao considerar a magnitude das Doenças crônicas no mundo, como o caso das neoplasias malignas, compreende-se também a ampliação da população idosa e o declínio da qualidade de vida, decorrente dos efeitos incapacitantes gerados pelo adoecimento crônico (BRASIL, 2021), impondo desafio à ciência de se pensar sobre a qualidade vida para além da quantidade de vida (SILVA, 2014).

Nessa perspectiva, cabe salientar que os avanços tecnológicos no ambiente hospitalar, proporcionou o aumento do fenômeno da despersonalização das pessoas, principalmente relacionados aos doentes em final de vida, em vista que, o sujeito adoecido deixa de ser o centro do cuidado e, passa a ser um instrumento passivo à tecnociência. O cuidado oferecido passa a ter ausência de carinho e calor humano e o foco dos profissionais de saúde é de tratar veementemente a doença, esquecendo-se de cuidar do sofrimento do paciente e seus familiares (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Desse modo, surge o Cuidado paliativo (CP), com uma filosofia do cuidado que contrapõe a visão médico - curativa, prioriza o bem-estar subjetivo do sujeito portador de doença sem possibilidade terapêutica modificadora de doença, no qual abarcam todas as suas dimensões seja ela física, psíquica, social ou espiritual, estendendo-se a família, assistidos por uma equipe multiprofissional, a fim de garantir o alívio do sofrimento e um percurso digno e vivo (ANCP, 2017).

O Cuidado Paliativo baseia-se em princípios que consideram os conhecimentos, as intervenções clínicas e terapêuticas das diversas áreas do conhecimento da saúde. Têm como princípios: aliviar a dor e os sintomas que trazem desconforto ao paciente; considerar a morte como curso natural da vida; não adiar nem acelerar a morte; abranger os aspectos psicológicos e espirituais na assistência ao paciente; possibilitar ao paciente suporte que o permita viver de forma ativa até a sua morte; viabilizar suporte aos familiares no decorrer do adoecimento do paciente, bem como no processo de enlutamento; disponibilizar apoio de uma equipe multiprofissional a fim de atender as necessidades dos pacientes e familiares, inclusive acompanhamento do luto; melhorar a qualidade de vida e intervir de forma positiva no decorrer da doença; ser inserido o mais precocemente possível (MATSUMOTO, 2012).

Em vista disso, atualmente, existem inúmeros estudos acerca da percepção do paciente sobre a paliatividade, no entanto as pesquisas sobre a visão dos profissionais de saúde permanecem em expressão menor (BONAMIGO; SILVA; DALLACOSTA, 2018). Entende-se como de extrema relevância no campo da assistência ao CP, a participação de uma equipe multiprofissional, geralmente composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e assistente social. Ademais, conceber a percepção da equipe sobre o assunto nos pressupõe como se dá a relação representativa desses profissionais com o objeto o estudado, em vista que essas refletem em seus comportamentos no âmbito da assistência, revelando um indicativo de suas ações (LIMA; VALE, et.al, 2017).

Nesse sentido, de acordo com Dejours (1992), em seu estudo sobre a psicodinâmica do trabalho, a intersubjetividade do colaborador tem grande influência

na construção das relações de trabalho, o que interfere na atitude científica (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

O ambiente hospitalar por si só, remete a sentimentos de iminência, desamparo, finitude e respostas apressadas a demanda orgânica, com a finalidade de resolução eficaz. No setor de cuidados paliativos, percebe-se o adoecimento como fator limitante e a intensificação da proximidade da morte, que são despertadores de angústia nos envolvidos, o que inclui a equipe (RIBEIRO;SCHNEIDER; CORRÊA, 2021).

Em vista disso, observa-se por parte da equipe de saúde, ao defender um saber padronizado e racional , uma certa angústia, frustração e dificuldade ao lidar com pacientes em cuidado paliativo, já que a lógica curativa a qualquer custo é contrariada e temas como a morte surgem de forma potencializada nesse contexto (CLAVREUL,1983;RIBEIRO; SCHNEIDER;CORRÊA, 2021).

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho consiste em analisar a concepção, sentimentos e subjetividades dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes fora das possibilidades de cura, portadores de neoplasia maligna, em um hospital filantrópico especializado em oncologia na região sul capixaba.

Sendo assim, a discussão da pesquisa será realizada em categorias, ao qual inclui a concepção da equipe sobre a descrição e conceito de CP, Impasses na atuação junto aos pacientes em Palição e Recursos de enfrentamento para atuar na clínica de CP.. Desse modo, a discussão do trabalho se apoiará na abordagem psicanalítica, na psicologia hospitalar e autores clássicos que versam sobre a temática.

Em suma, espera-se por meio da futura pesquisa, o levantamento de discussões e, colaboração com o processo de desmistificação sobre o assunto, uma vez que, a realidade laboral pode ser modificada pela representação individual subjetiva do objeto, bem como, entender sobre essa realidade poderá contribuir para aprimoramentos no campo da assistência .

## **METODOLOGIA**

A pesquisa, teve por finalidade compreender acerca da perspectiva da equipe multiprofissional na prática de cuidados paliativos em oncologia, num hospital filantrópico na região sul do Estado do Espírito Santo.

Nesse sentido, a pesquisa realizada, exploratória descritiva, com análise qualitativa dos dados obtidos. Foi embasada na observação participante, ao qual o pesquisador interage com os pesquisados em seu próprio espaço, em vista que a partir dessa interação o observador poderá se utilizar do contexto e de detalhes presenciados durante a pesquisa, bem como, essa abordagem permite que os entrevistados consigam se expressar de forma mais autêntica a respeito da temática proposta (MARIETTO;SANCHES,2013).

No que concerne ao estudo exploratório descritivo, consta-se o aprimoramento e/ou novas descobertas acerca do fenômeno, a partir do levantamento de hipóteses, em busca de uma melhor compreensão sobre os elementos pesquisados, bem como, inclui a descrição das características do objeto e/ou a associação entre variáveis e/ou ainda, o estudo da natureza dessas relações (GIL, 2008). No que se refere a análise qualitativa dos dados, entende-se que o objetivo exclui a obtenção de produtos estatísticos, uma vez que o propósito compete a concepção sobre subjetividade, o que envolve a interpretação e atribuição de significados ao fenômeno estudado (MORESI,2003).

Nesse contexto, esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Previamente a aplicação do instrumento, foi realizada a seleção do participantes a partir dos critérios de inclusão e exclusão expostos no decorrer desse tópico. Em seguida, entregue a cada voluntário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme exigido na resolução CNS n. 466/12, que trata da regulamentação sobre pesquisas que envolvem seres humano, em que se têm o intuito de evidenciar sobre objetivos do estudo e, esclarecer acerca sobre possíveis riscos e benefícios ao convidado. Sendo assim, a partir da adequação nos critérios

propostos e aceite do convite, se deu prosseguimento à pesquisa. Dessa forma, para o auxílio da obtenção de dados, se utilizou um gravador durante a entrevista, ao qual posteriormente, se transcreveu as respostas obtidas.

A coleta de dados qualitativos deu-se por meio da aplicação de entrevista semiestruturada, composta por oito perguntas abertas, que contém questões sobre a prática profissional em CP.

Nessa perspectiva, com base na literatura sobre a temática, teve-se a expectativa de se encontrar estigmas, medos e dificuldades por parte dos profissionais envolvidos na prática em cuidados paliativos. Assim como, a partir da atuação enquanto psicóloga residente no eixo atenção ao câncer, na instituição, observou-se sobre o desconhecimento e angústia da equipe de saúde na assistência perante a temática, o que despertou o desejo pela busca de conhecer sobre as origens de um cuidado que parece despertar sensações tão intensas, a ponto da equipe sentir “não estar fazendo nada”, tal como, busca-se aqui, entender as implicações disso na prática laborativa e no suporte ao paciente e familiares em Paliatividades, bem como na fomentação futuros estudos científicos na área. Ao final, o trabalho será submetido a avaliação da banca examinadora, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Residência (TCR), no HECI. Nesse sentido, se aprovado o trabalho, têm-se a pretensão de submetê-lo em congressos, eventos e revistas científicas.

## LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no setor da Enfermagem oncológica, localizado no segundo andar do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - ES. O setor é exclusivo para internação de pacientes oncológicos ou em investigação de doenças. Encontra-se no local desde o paciente com suspeita de neoplasia maligna, pacientes internados para tratamento oncológico, cirurgias, a doentes em estágio de terminalidade.

O espaço físico possui quatro quartos de enfermagem, com seis leitos cada um e dois quartos de isolamento, totalizando um total de vinte e seis leitos. Quanto a



equipe, atualmente o quadro de profissionais conta com psicólogo, enfermeiro, médicos, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e técnicos de enfermagem. Os residentes de várias áreas profissionais também compõe a equipe multiprofissional, prestando assistência junto aos demais colaboradores.

Cabe ressaltar que o Hospital em questão é referência em oncologia, no entanto não é referência em cuidado paliativo, apesar de prestar assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas modificadoras de doença.

## **PARTICIPANTES**

A partir da seleção baseada nos critérios de inclusão e exclusão e aceite do convite, foram entrevistados um total de 21 profissionais, dentre eles: 03 enfermeiros, 07 Técnicos de enfermagem, 04 médicos oncologistas, 01 cirurgião oncológico, 02 psicólogos, 01 assistente social e 01 nutricionista.

### **Critérios de inclusão:**

Foram convidados a integrar a pesquisa, os profissionais formados ou em processo de formação, seja de nível superior ou nível técnico, que trabalhem na enfermaria oncológica, no plantão diurno e que tenham no mínimo 6 meses de experiência em oncologia.

### **Critérios de exclusão:**

Foram excluídos os profissionais que não cumpriram os critérios de inclusão e que não apresentem qualquer experiência na assistência à pacientes sem possibilidades de tratamento curativo ou que recusaram o convite.

## **INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO:**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa. Posteriormente, convidou-se os membros da equipe multiprofissional que se encaixem nos critérios desse estudo.

O instrumento da pesquisa se baseou em entrevista semiestruturada, a partir de oito perguntas norteadoras que deram espaço para a expressão dos sujeitos sobre sua prática profissional que envolvam o cuidado com os pacientes fora das possibilidades de tratamento curativo . Os dados sociodemográficos dos pesquisados (sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de atuação e setor) fizeram parte da coleta para melhor avaliação do discurso, o que auxiliou na compreensão sobre o contexto pessoal e social do sujeito, no entanto houve a garantia de preservação do anonimato, uma vez que utilizou-se nomes de borboletas para identificá-los. Optou-se pelo nome de borboletas por ser o símbolo do CP.

O questionário foi desenvolvido a partir dos objetivos desse trabalho, ao qual consiste em analisar como a equipe encara a concepção de cuidados paliativos, em que envolve conhecer os impasses e modos de enfrentamento nessa clínica.

## ANÁLISE DE DADOS

Os discursos dos participantes foram transcritos. Após, se fez a análise da coleta de dados a organização dos dados foi feita a partir do grifo de frases ou termos chaves que respondessem ao questionamento proposto. Após a seleção, para melhor visualização das respostas, transferiu as informações para planilha no excel correspondente a cada pergunta. Desse modo, os discursos, termos ou sentimentos mais emergentes nas falas, foram elencados como temáticas de análise, assim como incluída nas categorias a seguir: 1. Descrição e Conceito;2. Impasses na atuação junto aos pacientes em Palição;2. 1. - A prática nos cuidados paliativos : A dor do OUTRO que dói no EU; 2.2 A negação da morte como impasse;3. Recursos de enfrentamento para atuar na clínica de CP.

Sendo assim, se concebeu a avaliação das respostas, a partir da Análise dos Discursos (AD), em busca pela construção de sentidos. Na AD, se visa para além da interpretação da fala e do contexto, mas o fazer compreender como se dá a produção de sentidos pelos objetos simbólicos, averiguando os mecanismos de interpretação, em vista que esses interferem no sentido real (ORLANDI, 2007).

Dessa forma, a pesquisa se apoiou nos estudos psicanalíticos, da psicologia hospitalar e autores clássicos que versam sobre a temática, para a discussão e análise das respostas.

## **DESENVOLVIMENTO**

Segundo informações da Secretaria de saúde do Estado do Espírito Santo, que consta no Boletim epidemiológico (2017), as neoplasias aparecem como segunda maior causa de óbitos para as mulheres e terceira causa de óbitos para os homens. No estado, a região Sul indica o segundo maior número de casos de óbito por câncer, no período do ano de 2012 a 2016, ficando atrás apenas da região Metropolitana, ao qual compreende cerca de 50% da população do Espírito Santo (ES,2017).

Nesse sentido, observa-se que as neoplasias ganham relevância no cenário epidemiológico no estado do Espírito Santo, o que inclui a região Sul como uma das áreas prioritárias na atenção à saúde. Em vista disso, a assistência às neoplasias no estado, é guiada por um plano de atenção oncológica, em que divide-se por regiões, ao qual o hospital de referência fica responsável pela região designada no mapa da rede de atenção ao câncer (ES,2017).

Sendo assim, a região sul capixaba, no que tange a assistência especializada de alta complexidade, fica sob a responsabilidade do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, em que ocorreu a presente pesquisa (ES,2017). Cabe ressaltar, que a instituição compreende o atendimento desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, acompanhamento, até os pacientes em fase final de vida, o que inclui os doentes fora de possibilidades terapêuticas modificadoras de doença, apesar da entidade não ser referência em cuidados paliativos.

Desse modo, para além dos números de casos de câncer, se faz importante a discussão sobre o impacto das neoplasias na qualidade de vida global do sujeito acometido, uma vez que o câncer constitui-se uma doença complexa e ameaçadora da vida, em vista que mesmo com os avanços da biotecnologia, o prognóstico

poderá avançar de tal forma que se esgotem os recursos terapêuticos de cura (ES, 2017; PRADO, et al. 2020).

Nessa perspectiva, o paciente passa a vivenciar um processo que o aproxima de sentimentos relacionados a sua morte, uma vez que qualquer método curativo nesse contexto é visto como fútil e desnecessário, portanto não modificará o curso natural da doença, em que a trajetória para morte passa a ser uma realidade iminente (PRADO, et al. 2020).

Em oncologia, entende-se como incurabilidade, quando a doença se espalha do sítio de origem para outros órgãos e tecidos vitais. Nesse contexto, observa-se que a finitude fomenta medos e angústias que se intensificam no enfrentamento de uma doença crônica ou incurável, como o câncer (PRADO, et al. 2020).

Ao longo da história social do câncer, esse foi concebido de diversas maneiras, desde um tumor maligno e incurável, catástrofe particular ou até mesmo como problema de saúde pública (TEIXEIRA E FONSECA, 2007). Atualmente, esse é considerado como “Flagelo da modernidade”, em que relaciona-se com a ideia sobre sua resistência a cura e imprevisibilidade, em que no social o câncer ganha a qualificação de “doença traiçoeira”, uma vez que, como pontua Teixeira e Fonseca (2007) mesmo com o alto investimento em tecnologia, ainda encontra-se dificuldade no manejo do câncer, que depende de inúmeras variáveis, incluindo a resposta individual no organismo a que se destina o tratamento. Nessa perspectiva, quanto maior o avanço da tecnociência, o temor social parece aumentar em igual proporção. Esse pavor, está relacionado pelo medo do sofrimento e padecimento, ao qual demonstra ser quase como um “destino” ao instaurar da “tal doença” (TEIXEIRA E FONSECA, 2007).

Dessa forma, ao ser considerado o “mal” para modernidade, a ênfase que antes era o sujeito adoecido, passa a ser o câncer, reputado como uma questão coletiva, envolvendo a saúde pública, visto que os esforços científicos em busca da cura ao longo do tempo fracassaram, o que reafirma a crença social sobre a malignidade e a perversidade da doença (BARBOSA, 2015).

Nesse sentido, pensar em qualidade de vida no âmbito da oncologia, se faz complexo, em vista que deve-se levar em consideração questionamentos em

relação a dogmas, filosofias, posturas éticas, que por diversas vezes o profissional de saúde decrebiliza, ao qual implica diretamente na atenuação da qualidade de vida do doente.

A escolha por trabalhar na oncologia, assemelha-se às razões que pesquisas têm apontado da opção pela medicina: “a negação da dependência, a procura de onipotência, a defesa contra a doença, o sofrimento e a morte. Essas razões inconscientes fazem com que o médico, sem se dar conta, vá em busca daquilo que tanto teme” (Meleiro,1999,p.31). Na área oncológica, a onipotência pode ser experimentada facilmente, uma vez que a figura do profissional de saúde nesse contexto geralmente é divinizada, devido à toda fantasia inconsciente envolvida em relação ao enfrentamento do câncer, em que coloca esse profissional na posição de ilusória de “herói” e o câncer como seu maior inimigo.

Nessa perspectiva, a constatação da incurabilidade, sem a possibilidade oferecer “a salvação”, estabelece a concretização da impotência desse profissional perante ao real da doença, tal como, esse é transferido de um lugar de onipotência, para ocupar um lugar negligenciado em sua formação: a de cuidador. Mediante a isso, verifica-se que pela dificuldade desses profissionais lidarem com a impotência, alguns assumem uma postura ríspida, autoritária, distanciada e até mesmo negligente no cuidado e na comunicação com esse paciente (OLIVEIRA,2005).

Sendo assim, nesse cenário, fazendo um paralelo com as noções expostas acima, sobre o imaginário social a respeito do câncer, verifica-se que os cuidados paliativos ao serem assimilados como o esgotamento das possibilidades de “se fazer alguma coisa” pelo doente e apenas “esperar a morte”, subtende-se que essa abordagem terapêutica seria a corporificação da própria Insuficiência. Para Ferrão (2016), esse desejo incontável pela cura e de controle sobre a morte, seria um dos impasses na atuação médica, o que inclui a equipe de saúde.

Dessa maneira, pensar sobre a palição coloca indagações e dilemas à Medicina, no que refere a morte e finitude, bem como quebra de expectativas frente a ilusão de poder sobre o controle de uma doença, que pode ser gerador de sentimentos de frustração e angústia. (ANCP,2012;RIBEIRO,SCHNEIDER,CORRÊA,2021).

Nesse sentido, a seguinte pesquisa expõe a análise sobre a concepção da equipe multiprofissional, em relação ao conceito, impasses e recursos de enfrentamento na clínica de cuidados paliativos oncológicos, à luz da psicanálise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1- Descrição e Conceito

Ao solicitar que evocassem palavras que remetessem ao Cuidado paliativo, os termos que aparecem nos discursos dos participantes, inicialmente se relacionam a uma ação 'piedosa ou sensível', um quantum de amor, de atenção e de compaixão. Esses representam 21,15% do total das evocações, seguidos pela palavra conforto (17,30%), depois morte(11,54%) e família (11,54%). As palavras relacionadas, com um certo desconforto, ocasionado pela prática, como: medo, angústia, tristeza e impotência comparecem nos discursos e representam 9,64% das respostas recorrentes.

Nesse sentido, observa-se uma mudança de comportamento perante os pacientes em palição, ou seja, o fato dos recursos, modificadores do curso da doença, terem se esgotado, parece alterar o modo de olhar da equipe, como demonstra essas falas:

*“Em questão de cuidados paliativos, é um momento de **carinho pro paciente**” (Borboleta 88).*

*“A partir do momento que define, a gente **muda o nosso olhar**, a gente já **passa a atuar com mais empatia**, mais cautela com mais cuidado mesmo, a **nossa atenção muda um pouco**, vai mais para a questão do conforto (Borboleta-do-manacá)”.*

Essas falas lembram a ideia de um cuidado que parece ser independente de um conhecimento teórico-técnico. Isso nos remete à idade média, quando existiam os *hospices*<sup>4</sup> (hospedarias), que abrigavam moribundos, doentes pobres, mulheres prestes a parir, famintos e pessoas necessitadas. Nesse espaço a oferta era de um cuidado pautado no afeto e carinho, sem vínculo com a ideia de cura, como a conhecemos na atualidade, eles aconteciam nas igrejas, nos monastérios, como uma forma de caridade e auxílio aos precisados (FOUCAULT, 1979; ANCP,2023). Talvez possamos entender que, diante da sensação de impotência, “no caso, não existir mais algo que pode ser feito a mais” (Borboleta transparente), os profissionais julguem que o que acontece é apenas uma ação humanitária.

No entanto, uma conduta respeitosa e humanizada deve acontecer em todos os contextos de cuidado, independente da patologia e/ou condição clínica do paciente. A clínica de CP vai além de uma assistência baseada em afeto ou boas intenções, ela se fundamenta na cientificidade na prestação de cuidados, com objetivo de oferecer alívio do sofrimento. Considera-se a biotecnologia, na modalidade de tratamento, leva em conta os avanços da farmacologia e possibilidades de intervenções cujo objetivo é oferecer uma qualidade de vida, a partir do alívio de sintomas.

Desde uma cirurgia paliativa ou outro dispositivo que favoreça o bem-estar exclui medidas fúteis de prolongamento da vida. O conhecimento técnico é tão importante quanto a competência humanitária, pois para paliar é necessário um amadurecimento profissional para conhecer as demandas do pacientes, ter aprimoradas as habilidades de comunicação, conhecimento aprofundado sobre as doenças em questão, no contexto e história de vida do paciente e um bom manejo das demandas farmacológicas ou não.

Nessa perspectiva, percebe-se, a partir das evocações elencadas pelos participantes sobre a representação de paliatividade, que esses passam a expor uma experiência pessoal de cuidado, distante de um respaldo acadêmico, 100% dos

---

<sup>4</sup> Hospices: Segundo o dicionário traduzido do inglês para o português, Hospice, significa casa de repouso. O termo faz menção ao movimento iniciado na década de 60, por Cicely Saunders, que defendia cuidados dignos para doentes terminais. Posteriormente, em 1967 inaugurou o St Christopher Hospice, na Inglaterra, que destinava-se ao cuidado de pessoas portadoras de doenças ameaçadoras da vida.

entrevistados afirmaram não ter tido contato, durante a graduação ou ensino técnico, com a temática de cuidados paliativos. Isto revela a ausência de um preparo técnico e teórico dos princípios dos CP e pode submeter os profissionais envolvidos à uma situação de vulnerabilidade emocional. Assim, o que resta são recursos pessoais para lidar com uma prática exaustiva, o que é diferente de ser sensível ao contexto e necessidades do paciente. Dessa forma, parecem ser despertados os sentimentos de angústia, desamparo, frustração e sobrecarga emocional, como comparece nos discursos de alguns entrevistados:

*“Então, eu cuido dele **como se fosse o amor da minha vida**. Então, aquilo que ele precisa e eu posso disponibilizar, eu estou disponibilizando (Borboleta 88).”*

*“O que mais **me dói**, é cuidar sabendo que não vai melhorar e, vê aquele paciente com tanta fé, com tanta convicção de que vai melhorar (Borboleta-de-quatro-olhos)”*

As falas acima ratificam o impacto emocional que parece recair sobre os profissionais. Isso se confirma ao longo do nosso trabalho quando pedimos aos entrevistados relacionassem os sentimentos ao trabalho do cuidado paliativo, esses mesmos termos retornam nas palavras como sentimentos. O que parece demonstrar há aí uma preocupação. Podemos pensar que essa repetição, fala de quanto esses profissionais são tomados pelo seu trabalho e se relacionam com ele de uma forma pessoal, em função talvez, do pouco conhecimento sobre os princípios dos cuidados paliativos, queria dizer que isso pode preocupar, deixa o profissional muito vulnerável às situações extremas que ele vivencia na sua atividade laborativa.

Ainda sobre a evocação dos termos, em relação a ordem, pediu-se para que listassem as palavras as mais importantes primeiro e as menos importantes por último e, verificou-se em relação a ordem de evocação, que o termos relacionados ao afeto e conforto aparecem como termos citados primeiro, portanto considerados



mais importantes e, termos como a morte e tristeza, evocados por último, como termos menos importantes.

No entanto isso se explica, a partir dos discursos de alguns participantes que ao justificar sua fala, se referem ao afeto como primordial para fazer algo pelo paciente, como definições aceitas socialmente. O que é explicitado através da fala de uma das participantes: “Eu tô muito..., eu **sou muito feliz** de trabalhar ali. De poder **ajudar o máximo** que eu puder. **Fazer o melhor** para quem está com um pouquinho de vida, mas o restante, né? Dói muito, testemunhar, é muito forte”. (Canela-estriada).

Em seguida, as palavras como morte e tristeza aparecem como último, por serem vistos como algo negativo e, socialmente visto como tabu. Assim como relatado por uma das pesquisadas que ao responder sobre as palavras que relacionava-se com o CP, afirmou que a morte é uma palavra que tem forte ligação com o conceito, no entanto não queria citá-la como item na resposta: “( ...)mas eu **não queria botar a morte como uma coisa positiva.**(...) Eu pelo menos **não gosto de pensar assim, em morte**(...)Borboleta Rabo de Andorinha”.

Observa-se ainda que ao se referir conceitualmente sobre o tratamento paliativo, esse é definido com maior frequência relacionado a morte ou terminalidade (29% das respostas), seguido por incurabilidade (24%). Contudo, os discursos divergem dos princípios que fundamentam os CP, já citados nesse estudo. Em vista que, o ponto central dessa abordagem terapêutica é a qualidade de vida, enquanto houver vida, independente do momento. Inclusive recomendado pela OMS (1990/2002) que seja iniciado de forma mais precoce possível, desde o momento da identificação do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida. No entanto, pensar a aplicação dos cuidados paliativos de forma precoce, se esbarra em alguns impasses como o estigma relacionado ao fim de vida, uma vez que, enquanto se mantiver a cultura de encaminhamento tardio, essa assimilação entre os ambos será inevitável (Santana, Santos, Jesus, Oliveira, Farre e Rocha, 2022).

Dessa forma, quando falamos de impasse, percebe-se ainda a angústia e sensação de desamparo na fala dos participantes ao descreverem suas experiências ao lidar com pacientes portadores de doenças incuráveis e mediante a negação da morte, o

que interfere diretamente na realidade da assistência prestada, cabendo aqui a seguinte reflexão: Porque lidar com o fim da vida é um limite? No que isso implica?

## 2. Impasses na atuação junto aos pacientes em Palição

O vocábulo impasse, segundo o dicionário, está ligado ao fato ou objeto que impede, dificulta uma determinada ação, ato. Pela perspectiva da Psicanálise o termo pode estar atrelado à visão biomédica pelo desejo de cura, uma certeza de eliminar de vez o que provoque dor ou algo que gere estados mentais desagradáveis, deve ser eliminada, seja por uma “força maior” ou pela ciência (Ferrão, 2016, p.94).

Na área da saúde se propaga a ideia de controle sobre a vida e a morte, uma busca constante pela vitória sobre a doença, conforme discorre um dos participantes:

***“Eu luto contra doenças, eu luto contra a dor, eu luto contra a dispneia, eu luto contra o sofrimento que aquele paciente está vivendo, não luto contra morte.” (Almirante-vermelho-europeu).***

A concepção de que a atenção a ser dada relaciona-se com uma batalha a ser travada contra uma doença. Ainda que o entrevistado acima tenha afirmado que a morte não seja o inimigo, por qual motivo permanecer em uma “luta” para tentar evitar o progresso de uma doença? O termo luta remete a um combate corpo-a-corpo, aqui pode ser uma metáfora que toma o hospital como um campo de batalha (SONTAG, 1984), nele há um guerreiro a lutar pela vida de alguém, mas de qual guerra estamos falando? Doença é para ser cuidada ou guerreada? Para quem realmente é o mérito desse suposto cuidado?

Portanto, verifica-se que o suposto controle sobre o conhecimento sobre a vida e morte e o desejo de prolongamento da vida a qualquer custo, ainda se faz impasse. Contudo, durante a história da medicina, nem sempre foi assim, tendo em vista que para Barièty (apud CLAVREUL, 1983) a mesma teriam raízes no “instinto de cuidar,” define-se como ações que visam a cura ou alívio do sofrimento, uma

vez que nos primórdios, a medicina era pautada no cuidado intuitivo e no desejo de saber e curar, sem qualquer base racional.

Segundo Queiroz (1986), da antiguidade grega à contemporaneidade a concepção sobre saúde e doença passaram por diversas transformações. Na Grécia antiga, a saúde era considerada como modos de governança da vida, como cada ser humano iria desfrutar dela, bem como os instrumentos para lidar com a manutenção da saúde eram advindos de meios ecológicos como o clima, o ar e os alimentos. Na idade média, a saúde era entendida a partir de dogmas religiosos e baseada na linha do pensamento. A noção sobre doença perpassava pela interação do organismo com o físico e o social. Na revolução industrial, o corpo passa a ser dessacralizado, ou seja, na era Moderna, esse viés sobre o corpo é impulsionado e, passa a ser visto como uma máquina e a doença como desajuste, em que a medicina a partir de suas intervenções passa a deter as soluções de “manutenção /conserto” desse corpo-máquina.

Logo, com os avanços tecnológicos, o espaço de cuidador ocupado pelo médico nos primórdios é deixado, para dar espaço a racionalização e padronização de condutas relacionadas às práticas de saúde. A subjetividade nesse processo, passa a ser excluída, tanto nas intervenções médicas, quanto priorização das necessidades do doente, uma vez que a doença passa a ser o principal alvo dos esforços (CLAVREUL, 1983). Pode-se observar isso, na fala de uma das participantes que expressa a ideia implícita, que somente a partir da transição da terapia curativa para paliativa, o paciente passa a ser o centro dos cuidados, o que emerge na crença inconsciente da passividade do adoentado em seu processo de tratamento, a seguir: “Hoje, eu entendo o cuidado paliativo na proposta de ter o paciente como centro do seu tratamento (Mariposa-atlas-gigante).”

De acordo com Simonetti (2015, p.32):

[...] o afastamento da subjetividade da cena hospitalar não é acidental, não é uma ignorância, não é um desconhecimento do tipo não preciso saber, e também não se deve à personalidade do médico, ele é expressamente requerido pelo método

científico, ou seja, ele é estrutural, e por isso mesmo não se resolve com conselhos moralistas do tipo 'seja humano' endereçados aos membros da equipe (...) [a medicina] exige de seus praticantes a máxima objetividade possível, oferecendo em troca a eficácia e um conhecimento supostamente mais próximo da verdade.”

Cabe salientar, a partir da contribuição de Lacan (1970/1998) sobre a verdade e o saber, para o autor, uma não complementa a outra, e nem constitui um todo, afinal o todo não existe, referindo-se apenas como uma partícula do conhecimento. As declarações indicam que a sabedoria da ciência determina as respostas sobre o tratamento e a morte do doente, portanto, supostamente, sempre sabem o que fazer. Quando se chega a dizer, que a universidade não dá conta sobre o que fazer naquele contexto, prevalece a sensação de impotência e angústia perante um choque gerado pelo contato com o real. Sendo assim, a frase “não há o que fazer”, parece expressar nos cenários de paliatividade revelada para o eu, como: O que esse outro quer de mim? (BANDEIRA,2020).

O ponto da questão não é sobre o esgotamento de recursos de cura, mas sobre as faltas do Eu, sobre os poucos recursos internos para lidar com a situação.

## 2. 1. - A prática nos cuidados paliativos : A dor do OUTRO que dói no EU.

Ao longo da pesquisa, abriu-se espaço para que os participantes dissertassem sobre a experiência em trabalhar no contexto de CP, ao qual expuseram casos e sentimentos envolvidos com a atividade. As falas, em sua maioria, evidenciaram a frustração e uma angústia pessoal, tal como, a identificação com os casos relatados, seja por alguma vivência individual ou familiar, com semelhanças como: idade, característica física, localidade e/ou espiritualidade. Abaixo algumas exposições dos discursos:

*“Que era até um paciente que eu conheci, que **morava na mesma cidade** que eu e ele foi definido como paliativo. **Foi bem difícil pra mim ver ele naquela situação lá (Borboleta transparente).**”*

*“**Principalmente quando o paciente é novo. Quando o paciente é novo, da mesma idade** que um técnico novato, que está entrando em seus vinte poucos anos, a gente acaba criando uma certa amizade e, isso machuca muito porque, **a gente pensa, será como que seria se fosse com a gente (Borboleta 88, 25 anos).**”*

Para Freud, a identificação é a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva. O nosso Eu, se origina a partir do laço identificatório inconsciente com o outro, por meio da relação afetiva estabelecida. O Outro primevo, segundo Lacan (1955-56), representado pela figura materna, seria a ‘grande’ figura identificatória que funda o “eu”, sendo a partir da relação mãe-bebê que surgem os primeiros fragmentos de se pensar enquanto sujeito. Portanto, as nossas identificações evidenciam como as atitudes do outro nos afetam, o que pode se revelar a partir da introjeção (trazer para si) ou por meio da projeção (expulsar de si) elementos que geram repulsa ou prazer. Como demonstrado nos discursos anteriores, que remetem a uma projeção do próprio sentimento de impotência, perante uma situação, que na verdade, é o outro, como semelhante, que vive, nesse caso o paciente. O que concerne à ideia de pena de si mesmo e autoconservação mediante a situações geradoras de angústia. Elucidados nessas afirmações:

*“**Dá uma tristeza né, dá uma tristeza no coração quando a gente vê o paciente decaindo.**” (Borboleta Azul).*

*“Vou no banheiro, **choro, choro, choro**, chego em casa, **choro**, mas eu falo assim, não! Eu vejo como uma missão, eu não estou aqui por um acaso” (Borboleta quatro olhos).”*

“Eu sempre falo, é **muito difícil não se apegar**. Dói muito, né”.  
(Borboleta zebra).

“Fico **muito triste**, sim, mas assim de ficar expressando, de **chorar, não mais** (Borboleta Rabo de Andorinha).”

As falas remetem ao conceito freudiano de narcisismo (1914), o autor nos ensina que em um tempo de nossa construção subjetiva, a energia libidinal se volta para o Eu, sustentada pela pulsão de autopreservação. No entanto, com o tempo essa energia se conecta a situações e objetos e, em determinados momentos podemos reatualizar nossas vivências primevas, quando diante de impasses, podemos nos voltar a ficar submersos em nós mesmos. Se nos preocupamos com alguém, em geral ficamos preocupados conosco, Aristóteles escreveu: “Sorte é quando o sujeito ao seu lado, é atingido pela flecha.” Os discursos colocados não são de lamento pelo outro, mas lamento por si mesmo, daquilo que nomeio como o fracasso. Assim como expresso por um dos participantes:

*“Ver aquele ser indo embora, a cada segundo e, a gente fazendo tudo e o tudo não sendo nada ao mesmo tempo. É **uma impotência** misturada com alguma outra coisa, né? Que eu não sei dizer, mas eu **me sinto muito fraca**” (Canela-estriada).*

Na infância, segundo Freud, vemos a mais pura e espontânea expressão do narcisismo, quando as crianças ilusoriamente acreditam que o mundo gira em torno de seus desejos, sem medo de reivindicá-los. Quando não atendidas, inconformadas, tendem a descarregar sua indignação, por ainda não possuírem mecanismos de defesa para lidar com a frustração. O que explica o princípio do

narcisismo presente em todos nós, no entanto, na fase adulta reprimido pelo senso moral.

Nesse contexto, observa-se no cotidiano da assistência algumas vezes o afastamento do cuidado desse outro em contexto de paliatividade, quando em falas como: “Aí eu não tenho coragem de ir falar com o paciente naquele estado” ou “Vou torcer para aquele paciente não estar no meu plantão”, aparecem na tentativa de poupar a si mesmo. Portanto surge o questionamento: De quem de fato seria o sofrimento? Em vista que novamente, a preservação do eu sobrepõe-se ao sofrimento de quem realmente sofre, nesse caso o doente, que em sua experiência de adoecimento, deveria contar com o cuidado desses profissionais.

Desse modo, fica evidente nessa pesquisa desde a primeira indagação, que lidar com a morte se faz impasse, uma vez que, conceitualmente os cuidados paliativos aqui são confundidos com o fim de vida, assim como nos discursos sobre atividade laborativa, transparece o sentimento de perda e desamparo perante à assistência em CP.

## 2.2 A negação da morte como impasse

No decorrer do estudo, perguntou-se aos participantes sobre o significado de morte e sobre como lidam com o fim de uma existência, em sua prática laboral.

*“Eu acho que a única coisa que a gente **não pode fugir**, né? Não tem nem como fugir, não tem como evitar? Talvez. Mas quando a gente já está muito próximo de um paciente, é muito íntimo, muito amigo. Eh... gente se dói, eh.. é triste” (Borboleta 88).*

*“[...] Mas em relação a mim, ainda estou nesse aprendizado, para ter um coração mais calmo, nessa coisa de morte assim, né? **É difícil**, né? A gente tem que trabalhar com isso, a morte faz parte da vida da gente, né? Todos nós somos finitos, né? Então, eu tento trabalhar isso”. (Borboleta folha).*

“A morte para mim assim **é o fim** infelizmente para o corpo, para o estado físico ali da pessoa, mas eu acredito muito no plano espiritual, né? Então, acredito que foi **uma libertação**”.  
(Borboleta Azul).

As definições acima, aparecem sempre em assimilação com um sentimento pessoal ou uma tentativa de explicação, para dar conta de algo, que ainda se faz um tabu. Freud (1915/2010) aponta sobre a dificuldade do ser humano em lidar com a morte desde sempre, daí uma tentativa de conferir a esta o significado de desintegração pelas perdas que ela causa, subtraindo da morte o seu real objetivo, a abolição da vida.

Apesar de ser algo inevitável e natural, há a evitação de falar sobre o fim da vida, da finitude, esse tema é rejeitado por meio da negação e do silêncio. Pensar sobre a morte de uma pessoa amada passa a ser qualificação de ser ruim e frio. Além disso, gera o sentimento de ambiguidade, em vista que inconscientemente se têm a ideia da própria imortalidade. Em contrapartida, a morte do outro, possui dois extremos, um que corrobora com o fim da vida e o outro nega a finitude, estabelecendo um conflito.

Ao longo da história da evolução humana, vêm-se buscando explicar e simbolizar a morte, que apesar de negada, segundo Kovács (1992), essa sempre esteve presente como remontam registros em cavernas, mitos e lendas, representadas como sinônimo de perda e desintegração, mas também aparece, como simbolismo de fascínio, sedução e mistério. Por mais que na cultura, a morte apareça como um tabu, psicologicamente essa sempre esteve presente, na busca humana incessante por tentar explicá-la ou vencê-la, através das religiões,, da filosofia, da ciência.

Ernest Becker(1973), em sua obra, menciona sobre o fascínio social perante ao desafio à morte, seja pela prática de esportes radicais ou até mesmo na religião, em que a maior figura cultuada no Catolicismo, ‘venceu a morte’. O que assemelha-se com o pensamento em que se têm sobre a medicina e todo o



endeusamento em torno, principalmente na área da oncologia, em que a ideia de 'enfrentamento da morte', permeia o imaginário coletivo .

Para Maranhão (1985), nos últimos 50 anos o comportamento humano no ocidente, frente à morte têm- se modificado. Tendo em vista que inicialmente a morte era doméstica, rodeada de familiares e, atualmente essa acontecem em sua maioria nos hospitais, o que o autor define como hospitalização da morte. O luto e a tristeza diante a morte, algumas vezes se torna motivo de vergonha e a dor ocultada perante o social. Para o autor, isso suscita o distanciamento da morte, originando-se o tabu, bem como colocando-se impasses na elaboração e ritualização perante o processo de perda.

Ariés (2012), descreve que até o século XVIII, no ocidente, a morte dos moribundos era em suas residências cercada de seus familiares. Elias (2001), relata que mesmo a morte em casa, pairava o medo entre a família, ainda que a presença desses oferecesse conforto. O distanciamento social e silenciamento frente ao processo de fim da vida, suscita o que o autor nomeia de recalçamento da morte, tanto no nível individual, quanto coletivo.

Em vista disso, Kubler Ross (2008), explica que em resposta à tentativa de evitação da morte pela sociedade, há surgimento de defesas emocionais para dar conta do medo crescente e falta de controle sobre a mesma. A aceitação dos números de mortos, sejam em guerras ou pandemias, reforçam a crença inconsciente da própria imortalidade e aceitação da morte do outro.

Para além do sentimento de identificação com a sua própria finitude, os relatos dos participantes desta pesquisa, ao mencionarem sobre as perdas de seus pacientes, parecem expressar também um sentimento de desamparo perante o real da morte, uma vez que há ruptura da ilusão sobre a própria imortalidade, estabelecendo um conflito interior, como abaixo:

*“Eu sei que eu vou morrer. Tudo bem, a gente sabe, mas querendo ou não, estamos aqui, **é difícil processar que amanhã você talvez não esteja aqui.**” (Borboleta Zebra).*

Ademais, os entrevistados ao relatarem sobre a experiência de perdas de seus pacientes, evidenciam na verdade a angústia perante a própria morte a partir do processo de identificação (projeção). Em vista que os participantes, com frequência afirmam que esses sentimentos acontecem em casos específicos

*“(...)o que **eu mais sofro** é que tem muitas pessoas que falecem numa fase que ainda tinha muita coisa para fazer ou às vezes é um neto que não nasceu e não vai ver, um filho que vai se formar e não vai ver, **eu acho bem sofrido**. Faz parte, a gente tem que assimilar isso, crescer e **aproveitar a vida**, porque é só uma”* (Borboleta folha).

“Aí você começa a pensar: Poxa, **poderia ser eu...**enfim (Borboleta-amarela).”

O sentimento de desamparo, presente nos discursos expostos, Freud descreve como uma condição subjetiva humana, diante da incapacidade de satisfação pulsional, ao qual o sujeito experimenta o sentimento de perda e angústia. Para a psicanálise, na infância, se vivencia as primeiras experiências de desamparo, vinculado à separação materna, em que experimenta-se as primeiras mortes simbólicas. A perda do outro simboliza o medo do abandono, separação e desintegração. Já pensar sobre sua própria morte, incita a aproximação da consciência de sua finitude e fantasias sobre o tempo de vida e como isso acontecerá, o que faz do medo a resposta mais comum (Bandeira, 2020).

Logo, percebe-se que o temor da morte paira desde a primeira pergunta, o que nos coloca a seguinte indagação: Como será a prestação desse cuidado?

### **3. Estratégias de enfrentamento para atuar na clínica de CP**

No decurso da entrevista os membros da equipe descrevem o clima de trabalho em alguns momentos como “pesado” ou “triste”, principalmente no

momento da transição do paciente de tratamento curativo para paliativo, em que expressam ser um momento de “baixo astral”, assim como elucida essa fala:

“[...] acho que esse momento, é o momento que tende a **todo mundo ficar com ânimos mais baixos** [...] é um momento difícil para o médico e para toda a equipe que cuida, porque dali em diante a perspectiva é de finitude real [...]”. Borboleta Morfo-azul.

A fala ratifica, mais uma vez, a dificuldade desses profissionais em lidar com o fenômeno morte, assim como essa prevalece, nesse cenário, assimilada ao tratamento paliativo, o que parece tão angustiante, a ponto do ambiente de trabalho algumas vezes ser tomado por tal clima. Em vista disso, essa atmosfera no ambiente laboral, influencia diretamente na produção de cuidado, favorecendo também a repercussão de prejuízos à saúde mental desse trabalhador.

Para Dejours (2008), em sua contribuição sobre o sofrimento no trabalho, afirma que o sofrimento no meio laboral tem diversos sentidos, pode se configurar tanto como criativo, como patogênico e, o que irá diferenciá-los, será o espaço que sujeito têm para exercer sua *inteligência prática ou criadora*, que surgem como ponto de partida para novas construções, ao qual são essenciais para a manutenção da saúde mental. Portanto, quando não há a valorização desses esforços, no ambiente, encontra-se impasses para que esse processo ocorra, o sofrimento passa a se caracterizar como patogênico (Fonseca,2014)

Sendo assim, os recursos médicos e psicoterápicos não são capazes de abranger em sua totalidade, o sofrimento no trabalho, uma vez que este envolve o contato do sujeito com o real do trabalho e como se dá a organização dos processos laborativos no contexto em questão, portanto as experiências no ambiente laboral tem seu viés individual e coletivo, que precisam ser considerados. Dessa maneira, os trabalhadores, na tentativa de lidar com situações, consideradas dolorosas e angustiantes, são propícios à utilizar-se de recursos ou estratégias, a fim de minimizar o seu sofrimento (Fonseca,2014).

A estratégia defensiva surge a partir dos estudos freudianos, que verifica um conflito entre psiquismo e a intimidação perante moralidade social, ao qual o psiquismo busca alternativas de evitar o sofrimento e obter prazer. (Fonseca,2014). No entanto, esse conceito se diferencia dos mecanismos de defesa do Ego, descrito por Freud, em vista que os mesmos se aplicam, como forma de proteção do EU, perante a angústia gerada pelos conflitos intrapsíquicos. Já as estratégias defensivas, tem por finalidade proteger a saúde mental dos trabalhadores, ao qual se utiliza de meios para minimizar a percepção das fontes de sofrimento (Moraes, 2013).

Segundo Fornazari e Ferreira (2010), os autores Folkman, Lazarus, Gruen e De Longis (1986), apontaram a definição dos mecanismos de enfrentamentos como: “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais” (p. 1).

Na pesquisa identificou-se que para lidar com situações intitulada pelos membros da equipe como “tristes” e “frustrantes”, esses mencionam, em sua maioria, possuir mecanismos de enfrentamento, que funcionam como “válvulas de escape”. Nessa perspectiva, os recursos de enfrentamento que aparecem frequentemente são relacionados ao desenvolvimento de hobbies, o uso da espiritualidade, fazer psicoterapia e a prática de uma atividade física. Essas aparecem como respostas gerais do evidenciado nas entrevistas, entretanto, não se aplicam a todos os participantes e, nem expressa que esses pratiquem todas as estratégias listadas. Relatam ainda, que esses recursos podem variar com o momento, como a busca por ajuda de um profissional de saúde mental num contexto mais conturbado. Além disso, mais da metade dos participantes relatam ter apenas um recurso de enfrentamento e, cerca de 10% disseram não se utilizar de nenhum.

Dentre os recursos listados, a espiritualidade aparece como recurso mais frequente, ao qual alguns dos pesquisados revelam se utilizar dela como refúgio durante o plantão, seja por meio de uma oração ou elevação de seus pensamentos, assim como demonstra os discursos a seguir:

*“Cara, em todos esses momentos assim, momentos que já passei muito muito difíceis de ver, muito sofrimento, de ver muita, eu sempre busco **sair assim de perto, respirar e orar é o que eu faço**”. (Borboleta-zebra).*

*“Eu uso a **minha fé em Deus**, o acreditar em Deus como um **suporte para mim**”. (Borboleta Azul).*

*“Eu tento me apegar muito, né? Nessa questão da **espiritualidade**. Pra tentar **entender o porquê**. Porque, por mais que eu estude, por mais que eu busque, **eu nunca vou saber de tudo**. Só o dia que eu fizer passagem também, né?”. (Borboleta-de-quatro-olhos).*

Desse modo, verifica-se a espiritualidade bem presente em vários momentos dessa pesquisa, seja como pergunta que envolva a evocação direta da temática ou como justificativa de alguma outra indagação. Para Souza e Lima (2017), a incerteza da morte frente ao sentimento de desamparo, faz da religião concessionária de sentidos para o preencher a sensação de vazio estabelecido pelo contato com o real da morte. Portanto, a espiritualidade é considerada uma estratégia de enfrentamento recorrentemente utilizada, que contribui no reequilíbrio dos conflitos psíquicos.

Nesse sentido, Magalhães e Melo (2015), ressaltam sobre a importância de se atentar à saúde psíquica da equipe no âmbito da saúde, em vista que a exposição pessoal a essas temáticas, como a negação da morte, ainda se faz um impasse e podem repercutir em prejuízos emocionais. Por isso, a promoção de espaços em que esses profissionais possam conversar sobre a morte com naturalidade, impactará na maneira lidam e dispõe o suporte aos pacientes e familiares que enfrentam uma doença incurável ou em fase final de vida, como também poderá favorecer a criação de novos recursos que auxiliem na proteção e prevenção do esgotamento psíquico .

## CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

O presente estudo incitou uma série de reflexões, que levam a confirmar a necessidade de preparo técnico dos profissionais envolvidos no cuidado aos doentes e familiares que lidam com uma doença incurável. A falta de recursos teórico-técnicos, expõe o sujeito à vulnerabilidade emocional na sua atividade laboral, nisto suas questões de vida e opiniões pessoais são projetadas no seu modo de cuidado e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada.

Diante desse contexto, confirmou-se a hipótese prevista na literatura, sobre o estigma atrelado ao CP, ou seja, ele aparece relacionado ao fim da vida e ao sentimento de impotência da equipe, impulsionado pela ideia, observada como central nesse estudo, de uma cultura da negação da morte, bem como a valorização da soberania do saber médico, que nutre em si a ilusão de poder sobre o controle da previsibilidade de cura, no qual a morte passa ser vista como “inimiga”.

Conseqüentemente, nota-se que os esforços voltam-se para os recursos de prolongamento da vida a qualquer custo, o que sugere uma tentativa de amenizar a angústia perante ao vazio de ocupar o lugar do “não saber”, da impotência. Isso pode reverberar em atitudes negligentes, agressivas e de repulsa no contexto de paliatividade. No cotidiano de trabalho desses profissionais, estes apresentam dificuldades para se comunicar claramente, com o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico, bem como em fornecer suporte para o doente e sua família na fase final.

Outro fator importante observado nos enunciados, é que o paciente não aparece como ator dos sentimentos e escolhas perante a experiência de adoecimento. O foco nos discursos é sobre a dor dos próprios profissionais e as suas dificuldades em lidar com o contexto vivenciado pelo doente. Sendo assim, a equipe passa a ocupar o lugar do sofrimento, remetendo à ideia de que precisam

assumir total responsabilidade e controle sobre a situação. E o sujeito adoecido, parece passar a ser esquecido em suas necessidades.

Verificou-se ainda, o pensamento equivocado em relação ao tratamento paliativo que na "falta do que fazer", o paciente segue em cuidados paliativos, assim como sobre a cultura de encaminhamento tardio como reforçador do estigma relacionado ao CP com o fim da vida. Ademais, aparece também uma distorção, ou seja, a palição como um cuidado caridoso e intuitivo como foco central, sem considerar a base científica e investimento de recursos intervencionistas e biotecnológicos. Esses pensamentos ainda se fazem como impasse na assistência aos doentes fora de possibilidades terapêuticas modificadoras de doença.

Entretanto, ao se pensar nas grandes mudanças no cenário dos cuidados paliativos, acredita-se que o ponto de partida seria a abordagem de temáticas que são as fontes de influência desses comportamentos. Discutir no coletivo e no individual sobre os nossos limites na atuação, vão ao encontro com as possibilidades de resposta à primeira indagação desse estudo: Porque lidar com o fim da vida é um limite?

Para além da falta de preparo técnico, nota-se a falta de lugar para a morte e para os moribundos na sociedade, em que evidencia-se nas afirmações a emergência do sujeito mediante ao desamparo frente ao real da finitude. Essas reflexões e espaços para se discutir os nossos limites são fundamentais, e funcionam como um "pontapé" no rompimento dessas barreiras e na construção de novas possibilidades e aprimoramento de atuação nessa clínica.

Em suma, espera-se que essa pesquisa possa contribuir para futuros estudos no campo e na ampliação do olhar acerca da valorização de se ocupar o lugar de "cuidador", em qualquer contexto e momento da vida do sujeito, pois o cuidado está inserido no exposto por Hipócrates (470-360 A.C.): "Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre."

## REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativosANCP.pdf>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). História dos Cuidados Paliativos, 2023. Disponível em : <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos>
- Aparecida & FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/Espiritualidade em BONAMIGO, J. T., SILVA, L. I. C. da, e DALLACOSTA, F. M.. Cuidados paliativos: a visão da equipe multiprofissional. **Anais Da Semana Acadêmica E Mostra Científica De Enfermagem**, 2018. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisamcenf/article/view/16229>
- ARIËS, P. História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Saraiva, 2012.
- BANDEIRA, S.de M. Cuidados Paliativos e morte: uma análise psicanalítica de discurso, Juazeiro do Norte, 2020.
- BARBOSA, C. F. Tecendo narrativas : Reflexões sobre o “ser médico”, as notícias difíceis e o encontro com a oncologia, INCA, Rio de Janeiro, 2015.
- BECKER, E. A negação da morte: uma abordagem psicológica da finitude humana. Rio de Janeiro: Record, 2007, 363 págs.
- BURLÁ, C.; PY, L.. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 1139-1141, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qk78VZJ3PtXbq8FZGjPJbZD/?lang=pt#>
- CAMPOSA, M.O; NETO, J. F. R. Doenças crônicas não transmissíveis: Fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Rev. Baiana de saúde pública**,v.33, n.4, p.561-581, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a006.pdf>
- CLAVREUL, J. A. A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DEJOURS, C. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: Lancman, S. & Sznclzar, L. I (orgs). Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília, Ed. Paralelo 15, 2008 a.
- ELIAS, Norbert. A Solidão dos Moribundos. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 107 p., Edição do Kindle.
- FOLKMAN; LAZARUS; GRUEN e DE LONGINS (1986) apud FORNAZARI, Silvia FONSECA, M. L. G. (2014). Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia (Doctoral dissertation).
- FOUCAULT, M. microfísica do poder. Rio de Janeiro, 1979.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- FREUD, S. Introdução ao Narcisismo (1914). In: Freud, S. Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos; tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, S. Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915). In: Freud, S. Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos; tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.



- FREUD, S. A Transitoriedade (1916). In: Freud, S. Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos; tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B.. Cuidados Paliativos, 2016, São Paulo. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155HYPERLINK> "[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci\\_arttex](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_arttex)"&HYPERLINK"[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci\\_arttex](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_arttex)"script=sci\_arttex
- GOUVEA, M. da P. G. A necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt\\_1809-9823-rbgg22-05-e190085.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg22-05-e190085.pdf)
- INCA, Espírito Santo e Vitória - estimativa dos casos novos, em 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/espírito-santo-vitoria>.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios pacientes; tradução Paulo Menezes. 9 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.
- LACAN, Jacques. Radiofonia (1970). In: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, Jacques (1956) O Seminário, Livro 4: A relação de objeto. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995.
- LIMA, S. F. et al. Representações sociais sobre o cuidado paliativo entre profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1980-1988, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23351/18965>
- MAGALHÃES, M. V., e Assunção Melo, S. C. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em debate*, 1(1), 65-77.
- MARANHÃO, José Luiz Souza. O que é morte (Primeiros Passos) (1985). Brasiliense. Edição do Kindle.
- MARIETTO M. L., e SANCHES, C. Estratégia como prática: um estudo das práticas da ação estratégica no cluster de lojas comerciais da rua das noivas em São Paulo. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v.7, n.3, p.38- disponível em : <https://periodicos.uff.br/pca/article/view/11136/7931>
- MATSUMOTO, D. Y.. *Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios*. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30. disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- MELEIRO, A.M.A.da S.(1999) O Médico Como Paciente. São Paulo:Lemos
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Distrito Federal, Brasil, 2021. Disponível em [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/#:~:text=O%20Plano%20de%20Enfrentamento%20das,sa%C3%BAde%20voltados%20%C3%A0s%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/#:~:text=O%20Plano%20de%20Enfrentamento%20das,sa%C3%BAde%20voltados%20%C3%A0s%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas)
- MORAES, R.D. Estratégias Defensivas. In: VIEIRA, F.O; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho. Curitiba, Editora Juruá, 2013.

- MORESI, E. et al. Metodologia da pesquisa. **Brasília: Universidade Católica de Brasília**, v. 108, n. 24, p. 5, 2003. disponível em : <http://www.inf.ufes.br/~pdcosta/ensino/2010-2-metodologia-de-pesquisa/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>.
- OLIVEIRA, L. L. D. (2005). As mortes e a morte em oncologia. *Sociedade Brasileira de Psico-oncologia*. Disponível: [http://sbpo.org.br/\\_img/trabalhos/21/1.pdf](http://sbpo.org.br/_img/trabalhos/21/1.pdf).
- ORLANDI, E. P. Análise de discurso. 7º ed. Campinas: Pontes, 2007.
- Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde, Brasília, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722010000200008&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722010000200008&script=sci_abstract&lng=pt)
- QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde públ. São Paulo*, n. 20, p. 309-17, 1986.
- RIBEIRO, C. C. SCHNEIDER, V. S. CORREA, A. C. Impasses da Subjetividade nos Cuidados Paliativos: um Estudo Psicanalítico. **Rev. SBPH**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 119-131, dez. 2021 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582021000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200010&lng=pt&nrm=iso)
- SA, C. P. de. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 4, n. 3, p. 19-33, dez. 1996 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X199600030002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X199600030002&lng=pt&nrm=iso)
- SANTANA, M. A. G. et al. Implantação precoce dos cuidados paliativos no pronto-socorro: revisão integrativa. **Conjecturas**, v. 22, n. 7, p. 245-264, 2022. Disponível em : <https://doi.org/10.53660/CONJ-S35-1162>
- SECRETARIA DE SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas Para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Espírito Santo. Vitória-ES, 2016. Disponível em : <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/Plano%20DANT%C2%B4s%20p%20p%C3%A1gina%2020%2012%202017.pdf>
- SILVA, M. M. Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos: Análise comparativa da percepção dos doentes, cuidadores e profissionais. Coimbra, Portugal, 2014. Disponível em: [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/27622/1/Mario\\_silva\\_Qualidade\\_vida\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/27622/1/Mario_silva_Qualidade_vida_cuidados_paliativos.pdf)
- SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O.. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 7-16, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wsKqjvzv5dxSpZtGJTcHRn/?lang=pt>
- SIMONETTI, A. (2015). Psicologia hospitalar e Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- SOUZA, Leonardo Barros de; LIMA, Maria Celina Peixoto. O vivo, o morto e o morto-vivo: vida e morte entre o discurso médico e as narrativas zumbi. In: Pinheiro, Rafael Lobato; Costa, Raul Max Lucas da (Org.). A psicanálise no laço social: ciência, capitalismo e mal estar na contemporaneidade. Curitiba: CRV, 2017, p.57-78.
- TEIXEIRA, A.; FONSECA, C. O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO) Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva,2011. WHO, Disponível em:  
[.https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.p](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.p)

## **APÊNDICE A:**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa como voluntário. Após os esclarecimentos quanto às informações a seguir e caso deseje participar desse estudo, assine ao final do documento que está em duas vias. Uma via é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse a participar, não será prejudicado (a) de maneira alguma e caso aceite a qualquer momento você pode solicitar sair da pesquisa. Se surgir dúvida, poderá solicitar esclarecimentos ao pesquisador a qualquer momento. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Lanna Mouta Cestari Evangelista pelo telefone (28) 3526.6166 ou pelo e-mail [heci@heci.com.br](mailto:heci@heci.com.br) ou no endereço Rua Manoel Braga Machado, 02, Ferroviários, Cachoeiro de Itapemirim/ES, CEP: 29308-065, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Unimed Vitória, no telefone (27) 31341505 ou (27) 33355348 ou pelo e-mail [cepe@unimedvx.com.br](mailto:cepe@unimedvx.com.br) ou no endereço do Comitê de Ética em Pesquisa – R. Marins Alvarino, 290 - Itararé, Vitória - ES, 29047-660, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade São Camilo, CoEP, pelo e-mail [coep@saocamilo-sp.br](mailto:coep@saocamilo-sp.br) - telefone (11)3465-2654, Horário de atendimento de segunda a sexta-feira, 7h–16h

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do Projeto de Pesquisa: CUIDADO PALIATIVO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA**

**Instituição: Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim. Telefone:(28) 3526.6166**

**Pesquisadora responsável:** Lanna Mouta Cestari Evangelista. Endereço: Rua Manoel Braga Machado, 02, Ferroviários, Cachoeiro de Itapemirim/ES, CEP: 29308-065 Telefone: (28) 3526.6166

**Assinatura do Participante:** \_\_\_\_\_ **Data:**

**Assinatura do Pesquisador:** \_\_\_\_\_ **Data:**

**Objetivos da pesquisa:** O presente trabalho apresenta como objetivo principal: Analisar, por meio do discurso dos participantes da pesquisa, a concepção, sentimentos e subjetividades destes, acerca do cuidado paliativo na prática cotidiana em oncologia, no hospital filantrópico da região sul capixaba.

No presente estudo, são considerados os seguintes objetivos específicos: Analisar discurso e descritores elencados pelos pesquisados relacionados ao Tratamento Paliativo;

Entender sobre os mecanismos de interpretação que dão sentido à fala dos participantes em relação à temática, utilizando-se como embasamento a psicanálise, psicologia hospitalar e autores clássicos que versam sobre o assunto.

**Procedimentos:** A entrevista será individual, com auxílio do pesquisador. Será realizada a partir do roteiro de entrevista elaborado pelo pesquisador. As aplicações ocorrerão durante o plantão diurno (07h00 às 19h00) de segunda a sexta, e terão duração entre 20 a 50 minutos para aplicação, de acordo com a disponibilidade do pesquisado.

**Riscos e desconfortos:** Os riscos possíveis a esta pesquisa estão ligados a quebra de sigilo e confidencialidade, essa pesquisa apresenta riscos mínimos devido à metodologia de não realizar qualquer intervenção, mas, é possível gerar desconforto ao entrevistado. Para minimizar constrangimentos serão realizadas orientações e avisos da total proteção e confidencialidade das informações e o pesquisador se

compromete a esclarecer qualquer questão que fique em dúvida. O apoio psicológico será oferecido a qualquer momento caso o participante necessite.

O participante que solicitar a assistência psicológica, será encaminhado para o ambulatório III, pertencente ao Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, para o agendamento do dia e horário de sua preferência, ao qual o pesquisador orientará quanto a localização e contato telefônico do local indicado

**Assinatura do Participante:** \_\_\_\_\_ **Data:**

**Assinatura do Pesquisador:** \_\_\_\_\_ **Data:**

O pesquisador garante este sigilo através do termo de responsabilidade apresentado ao CEP, o pesquisador realizará a guarda adequada dos documentos impedindo que outras pessoas além do pesquisador tenha acesso, não será realizada a identificação com o nome dos participantes e da instituição em nenhum momento da pesquisa nos relatórios gerados, os documentos serão armazenados por 5 anos e depois desfragmentados e descartados. Fica aqui orientado também que o entrevistado tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

**Benefícios:** A partir do estudo, poderá se fomentar reflexões sobre a prática da equipe multiprofissional pesquisada, o que propiciará benefícios para equipe, no que concerne ao auxílio à conscientização e desconstrução de estigmas, que refletem na assistência prestada e conseqüentemente afetam a qualidade da prática junto aos pacientes portadores de doença incurável. Sendo assim, considera-se que a partir do estudo se poderá elencar apontamentos sobre pontos de melhoria na assistência à saúde, que resultará em futuros benefícios à população abrangida. Desse modo, acredita-se ainda que a pesquisa contribuirá para o avanço do campo científico, tendo em vista os poucos estudos em relação ao olhar do profissional de saúde na prática em Cuidado Paliativo.

Divulgação dos resultados da pesquisa: Cabe ressaltar o compromisso de acesso aos resultados da pesquisa pelos participantes, uma vez que serão divulgados via email ou em formato impresso, caso o pesquisado não possua acesso ao email.

Direito em caso de dano atrelada a participação da pesquisa: Na ocorrência de qualquer dano ao pesquisado relacionado à participação na pesquisa, o mesmo tem o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais. (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 19).

**Custo/Reembolso para o pesquisado:** Não haverá custos.

**Assinatura do Participante:** \_\_\_\_\_ **Data:**

**Assinatura do Pesquisador:** \_\_\_\_\_ **Data:**

**Confidencialidade:** Todas as informações serão mantidas em sigilo pelo pesquisador. As vias da assinatura do TCLE serão arquivadas pelo pesquisador.

**Assinatura do Participante:** \_\_\_\_\_ **Data:**

**Assinatura do Pesquisador:** \_\_\_\_\_ **Data:**

## APÊNDICE B

<b>Entrevista</b>		
<b>Identificação</b>		
Nome:		
Idade:	Sexo:	Profissão:
Escolaridade:	Tempo de atuação:	Setor de atuação:
<b>Questionário</b>		
Cite, 5 palavras, termos, frases ou expressões que você mais ouve e/ou assimila à temática de Cuidado paliativo, em ordem, da mais importante para menos importante.		
O que você entende por Cuidado paliativo?		

Durante sua formação e/ ou atuação, teve algum tipo de contato ou treinamento sobre Cuidado Paliativo? Se sim, qual o tipo de contato e há quanto tempo? Se não, porque nunca buscou estudar sobre o assunto?

Como se sente quando um paciente que está cuidando passa a receber o tratamento paliativo de forma exclusiva ? Como é cuidar dele? Já teve alguma experiência específica que te marcou? Se sim, como foi e se sentiu?

Se pudesse resumir em um sentimento sobre o trabalho com paciente em paliatividade, qual seria?

A morte é um tema bem presente, quando falamos em cuidado paliativo, como é para você lidar com a morte de alguém que está cuidando em serviço? O que a morte representa para você?

Quando um paciente que é acompanhado pela equipe há algum tempo e, a assistência ao mesmo é definida como cuidado paliativo, como percebe o clima entre os membros da equipe no momento?

Nos momentos difíceis na assistência aos adoentados em paliatividade você se utiliza de algum meio ou válvula de escape para lidar com a situação? Se sim, pode me contar qual?