



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPOS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA

MYRIAM DE OLIVEIRA MELO

**DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO**

CAMPINA GRANDE, PB

2012

MYRIAM DE OLIVEIRA MELO

**DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Formação e Licenciatura em Psicologia.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Railda Fernandes Alves

CAMPINA GRANDE – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M528d Melo, Myriam de Oliveira.
Desafios da prática de psicólogos nos cuidados paliativos [manuscrito] : contributos para uma sistematização / Myriam de Oliveira Melo. – 2012.
60 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Railda Fernandes Alves, Departamento de Psicologia”.

1. Psicologia hospitalar. 2. Humanização da assistência. 3. Cuidados paliativos. I. Título.

21. ed. CDD 155.91

MYRIAM DE OLIVEIRA MELO

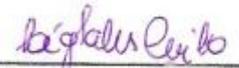
**DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Estadual de Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Formação e Licenciatura em Psicologia.

Aprovada em 27/06/2012.


Profª Drª Raílda Fernandes Alves / UEPB
Orientadora


Profª Drª Maria do Carmo Eulálio / UEPB
Examinadora


MS Livia Sales Cirilo / FIP
Examinadora

DEDICATÓRIA

A minha família, meu namorado e meus
amigos, pelo apoio, companheirismo e
compreensão DEDICO

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a Railda Fernandes Alves por todos os ensinamentos repassados, pela responsabilidade e competência inerentes a sua forma de lidar com o trabalho que venho adquirindo durante três anos de convivência e projetos juntos. Por fazer me apaixonar cada vez mais pelo universo da pesquisa e principalmente pela abertura de uma verdadeira amizade e dedicação a nossa relação.

A minha mãe Lúcia de Fátima Farias Oliveira Melo e ao meu pai Valmir de Oliveira Melo, por todo amor incondicional, dedicação e cuidados que me oferecem em todos os momentos. Além dos valores sólidos e educação transmitidos que carregarei por toda a minha vida.

Ao meu namorado Kledson Joaci de Almeida Mendes, por todo o amor, compreensão e companheirismo durante os momentos fáceis e difíceis que já passei.

Aos professores do Curso de Psicologia que contribuíram ao longo de cinco anos, por meio das disciplinas e debates, para o meu desenvolvimento enquanto profissional.

Aos meus amigos próximos e distantes que de forma direta ou indireta contribuíram para realização desse trabalho e pelos momentos de amizade e apoio vividos que jamais serão esquecidos.

“Quem sabe amar, sabe morrer. Porque amar é dar e dar de si próprio. Morrer é dar tudo, é restituir tudo a este mundo generoso que tudo nos deu. É abrir mão, por fim, completamente. Temos de nos exercitar dando um pouco, um pouco mais, para aprendermos a dar muito e, por fim, a dar tudo e a aceitar perder-nos na morte, como os grandes rios se perdem no mar”.

Charles Baudouin

RESUMO

Este trabalho se propôs estudar os cuidados paliativos e sua relação com as ações do psicólogo na área da saúde. O objetivo foi conhecer o campo de práticas dos psicólogos atuantes no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba, relacionado aos cuidados paliativos. A abordagem foi quanti-qualitativa e os instrumentos foram um questionário sócio demográfico e uma entrevista por pauta. A leitura dos dados orientou-se pela análise da enunciação e pela estatística descritiva. A amostra foi de 21 psicólogos. Os resultados apontam uma amostra essencialmente feminina (90,5%). E 95% confirmaram ter contato com pacientes terminais. A análise dos discursos mostrou que as práticas estão voltadas para técnicas psicológicas, assistências ao paciente a família e equipe. Existem dificuldades no relacionamento com a equipe de saúde. A formação acadêmica é deficitária. A importância da humanização é reconhecida, ainda que não seja praticada como deveria. Foi expressa a necessidade de uma sistematização em cuidados paliativos. Foi construído um esboço de atividades sobre os cuidados paliativos. Este estudo foi relevante por se tratar de uma temática “tabu”, pouco estudada, mas necessária para a diminuição do sofrimento dos pacientes terminais e de suas famílias.

Palavras-chaves: Cuidados paliativos; psicologia hospitalar; pacientes terminais, humanização.

ABSTRACT

This work intended to study palliative care and your relation with the psychologists in health care. The objective was to understand the scope of practice of psychologists working in the Regional Hospital Emergency and Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes and Hospital Care Foundation of Paraiba, related to palliative care. The approach was quantitative and qualitative and the instruments were a socio-demographic questionnaire and an interview by staff. The reading of the data was guided by analysis of enunciation and descriptive statistics. The sample consisted of 21 psychologists. The results show a sample mainly female (90.5%). And 95% confirmed they had contact with terminally patients. The discourse analysis showed that the practices are focused on psychological techniques, assists the patient, the family and the team. There are difficulties in the relationship with the health team. Academic training is deficient. The importance of humanization is recognized, though not practiced as it should. It expresses the need for a systematic in palliative care. We constructed an outline of activities on palliative care. This study was relevant because it is a theme of "taboo", little studied, but need to decrease the suffering of terminal patients and their families.

Keywords: Palliative care, health psychology, terminally patients, humanization.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EXISTENTES NO BRASIL	22
TABELA 02 - CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DOS PSICÓLOGOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
TABELA 03 - ESBOÇO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS	46

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - CONCEPÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS	35
FIGURA 02 - PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS PELO PSICÓLOGO	37
FIGURA 03 - DIFICULDADE EM EXERCER OS CUIDADOS PALIATIVOS	40
FIGURA 04 - HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS	42
FIGURA 05 - SISTEMATIZAÇÃO DE PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS	44

LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AECP	Associação Europeia de Cuidados Paliativos
ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBC	Programa Institucional de Bolça para Iniciação Científica
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIC	Unidade de Cuidado
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO E CONCEPÇÕES	18
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL	21
2.3 INSTRUMENTOS SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS	24
2.3.1 GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS - SEPCAL)	24
2.3.2 MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES COM CÂNCER (UNIDADE DE CUIDADOS - UNIC)	25
2.4 PSICOLOGIA HOSPITALAR	25
2.5 HUMANIZAÇÃO	26
3. METODOLOGIA	28
3.1 ABORDAGEM DE PESQUISA	28
3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	28
3.3 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO À PESQUISA	28
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
3.5.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	29
3.5.2 ENTREVISTA POR PAUTAS	29
3.6 PROCEDIMENTOS DAS COLETAS	29
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	30
3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
4.1 PERFIL DA AMOSTRA	32
4.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS	35
4.3 ESBOÇO COM UMA LISTA DE ATIVIDADES DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA PARA INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	45

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

49

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apêndice B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Apêndice C – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS

Apêndice D - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Apêndice E – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Apêndice F – ENTREVISTA

ANEXOS

Anexo A – FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em uma produção de conclusão de curso que se propõe estudar os cuidados paliativos no momento de grandes evoluções científicas na área da saúde. A partir desses cuidados buscou-se também entender como funciona o processo de humanização tão necessário frente aos pacientes terminais e como a psicologia pode atuar dentro desse contexto de forma a contribuir com o bem estar desses pacientes.

Mesmo com a evolução da ciência, principalmente a partir da segunda metade do século XX e conseqüentemente o prolongamento da longevidade, ainda há um crescente aumento nas doenças crônicas e com isso, um significativo número de doentes fora do alcance terapêutico. Sendo assim, esses pacientes não apresentam tratamentos curativos, mas podem ser assistidos através da prática dos cuidados paliativos. Essa ação não irá trazer a cura para o paciente, mas vai proporcionar-lhe uma maior qualidade de vida.

Dentre as diversas causas de morte no mundo, o câncer é a única que continua a crescer independente do país ou continente, ou seja, há um grande número de pacientes oncológicos que podem não ter cura, mas que precisam de cuidados especiais para poder viver da melhor forma possível. Pessini e Bertachini (2006) respaldam essa idéia quando dizem que se não é possível aumentar os dias de vidas para esses pacientes, então se deve dar vida aos dias que esses pacientes ainda têm.

Nesse contexto o psicólogo desempenha um papel importante. Já que como profissional de saúde, especialista em comportamento, deve incorporar as equipes de saúde em todos os níveis de atenção, a exemplo dos cuidados paliativos. E a sistematização dessa prática pode não só organizar a aplicabilidade desses cuidados, como também garantir sua presença na vida dos pacientes e de seus familiares. Para isso, o psicólogo tem papel fundamental na busca pela qualidade de vida desse sujeito que sofre e da família que o acompanha. Pois, segundo o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), dentro dos Princípios Fundamentais destaca que:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação

de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (p. 7).

A motivação para realizar este estudo surgiu do desejo de querer aprofundar os resultados de uma pesquisa vinculada ao Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC) cota 2011 – 2012, intitulada “A psicologia da saúde como subsídio aos cuidados paliativos”. Através desse estudo foi possível perceber que os profissionais da saúde, de forma geral, não estão preparados para praticar esses cuidados. Fato que compromete as assistências aos pacientes terminais e leva ao aumento de um sofrimento que poderia ser evitado.

O presente trabalho se justifica pela necessidade prática de obter fatores que contribuam com a sistematização dos cuidados paliativos para melhorar a capacitação profissional dos psicólogos, e em consequência disso, buscar uma forma de aliviar a dor e o sofrimento das pessoas que vivem com a não possibilidade de cura, mas com a chance de viver com dignidade.

A pesquisa em questão teve como objetivo geral conhecer o campo das práticas sobre os cuidados paliativos dos psicólogos atuantes no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). Pretendeu especificamente, verificar a existência de práticas de humanização no tratamento com pacientes terminais e qual sua importância; conhecer as dificuldades existentes no exercício desses cuidados; saber quais as práticas que estão sendo aplicadas atualmente e quais as que seriam necessárias aplicar; verificar a percepção sobre a necessidade de sistematizar os cuidados paliativos na área de psicologia e formular um esboço de atividades que procure auxiliar os psicólogos no exercício de suas atuações com o uso dos cuidados paliativos.

Para o desenvolvimento desse trabalho foi produzido no segundo capítulo um percurso histórico sobre os cuidados paliativos no mundo, mostrando desde sua origem, até seu conceito atual, e posteriormente como está sendo seu desenvolvimento no Brasil. Somado a isso, foi feita uma descrição dos instrumentos criados na Europa e no Brasil sobre como a equipe multidisciplinar pode atuar frente ao paciente terminal com o propósito de aliviar sua dor e outros sintomas angustiantes.

Após esse decurso inicial, ainda no segundo capítulo, foi relatado como se configura atualmente a psicologia hospitalar, após tantas mudanças e aberturas para a inserção do psicólogo na saúde pública e como o processo de humanização pode interferir positivamente para a evolução do paciente que se encontra num quadro terminal.

No terceiro capítulo foram expostos métodos e instrumentos utilizados para obtenção e análise dos dados. A abordagem foi quanti-qualitativa e os instrumentos foram um questionário sócio demográfico e uma entrevista por pautas. Para a análise dos dados utilizou-se a análise da enunciação.

Já o quarto capítulo vem trazendo os resultados destacados pelo discurso dos psicólogos entrevistados, dentre eles estão: os conceitos atribuídos por eles sobre o que seriam os cuidados paliativos, as práticas dos cuidados, as dificuldades em exercê-los, a importância da humanização e da sistematização desses cuidados na área de psicologia. E ainda foi proposto um esboço de atividades para auxiliar os psicólogos na atuação com o uso dos cuidados paliativos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO E CONCEPÇÕES

Segundo Pessini e Bertachini (2006), os cuidados paliativos apresentam como base a filosofia do moderno movimento *hospice* (expressão original em inglês, com o significado de acolhida, hospitalidade), inicialmente conhecido como “assistência *hospice*”. Muitos apontam que sua origem está na antiguidade, onde existiam lugares que buscavam o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. Esses lugares foram tomando formas durante as Cruzadas na Idade Média, com a criação de casas para acolher os doentes e moribundos (ANCP, 2011).

Além desse ponto, outros foram de fundamental importância para a solidificação dos cuidados paliativos. Dentre eles encontra-se a participação do padre São Vicente de Paula no século XVII com a fundação da Ordem das Irmãs da Caridade em Paris. Fundação essa que contribuiu significativamente para as ações dos cuidados paliativos. E ainda o considerável empenho da cuidadora, enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders no século XX, através da fundação, em 1967, do St. Christopher’s Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor, até o sofrimento psicológico (ANCP, 2011).

Segundo a Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos (APCP) o movimento moderno dos cuidados paliativos teve sua origem por volta da década de 60 na Inglaterra e foi se expandindo por Canadá, Estados Unidos, até que por volta do final do século XX, foi quando atingiu o restante da Europa. Esse movimento foi dirigido para os doentes incuráveis como uma forma de resposta ativa para o sofrimento dessas pessoas em busca de qualidade de vida (APCP, 2011; FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Hoje, no século XXI, podem-se perceber numerosos desenvolvimentos de cuidados direcionados a pacientes com doenças crônico-degenerativas ou em fase final. Tal avanço é decorrente de uma demanda da sociedade mundial que busca

por dignidade mesmo em condições extremas da falta de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Devido aos avanços dessa filosofia a definição de cuidados paliativos sofreu algumas mudanças a fim de se tornar o mais fiel possível a sua real prática. Paliativo é um termo derivado do latim *pallium*, que significa capa, manto, no qual está relacionado ao casaco de lã usado pelos pastores para enfrentar o clima adverso. Ou seja, a priori esta definição está direcionada ao cuidado e proteção, mas sem ter relação com as medidas para combater a morte (KOVÁCS, 1999).

A sua definição pela Organização Mundial da Saúde (OMS) surgiu primeiramente em 1990 dizendo que o cuidado paliativo além de ser ação ativa aos pacientes com uma assistência global, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, também foca o controle da dor e prioriza os problemas de ordem psicológica, espiritual e social. Porém, o termo “tratamento curativo” foi questionado por existirem pacientes com doenças sem cura, mas com prolongamento de vida (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Somando a esse contexto a OMS em 1998 trouxe outra definição de cuidados paliativos, agora focando as crianças e familiares. Esses cuidados consistem em uma ação total da criança: mente, corpo e espírito, e envolve também o apoio à família. Seu início se dá com a confirmação do diagnóstico, devendo avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança.

E em 2002 a OMS definiu os cuidados paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

Os cuidados paliativos eficazes, segundo essa organização, requerem uma abordagem ampla e multidisciplinar que inclui a família e faz uso de recursos comunitários disponíveis. Podendo ser prestados em instalações de cuidados terciários, em centros comunitários de saúde e até mesmo em lares de crianças.

Hoje os cuidados paliativos são definidos como:

[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento

por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p.16).

Para isso, seus objetivos segundo a OMS (2011) são basicamente proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes, afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural, integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente. Além de oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte, oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença incluindo aconselhamento de luto, melhorar a qualidade de vida, podendo também influenciar positivamente o curso da doença em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluir as investigações necessárias para melhor compreender e gerenciar angustiantes complicações clínicas (OMS, 2011).

Assim, pode-se perceber que os cuidados paliativos estão fundamentados em buscar combater os sintomas estressores e angustiantes que atinjam os pacientes e familiares em confronto com doenças terminais, melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento, para que assim possam ser fornecidos meios para que essas pessoas se considerem mais dignas. Para obter a dignidade desses pacientes torna-se necessário proporcioná-los uma “boa morte”. Ela consiste em uma morte sem dor, com o menor sofrimento possível e principalmente com os desejos dos pacientes sendo respeitados (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Para atender essa e outras demandas que compõem os cuidados paliativos torna-se necessário aceitá-lo dentro de um modelo que apresente cuidados totais, integrais e ativos fornecidos tanto aos pacientes com doenças terminais, como seus familiares. Isso também contribuirá para que o paciente possa morrer com dignidade (SILVA; HORTALE, 2006).

Como a própria definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) definem os cuidados paliativos priorizando também a ordem espiritual do paciente, os profissionais da saúde não podem desconsiderar esse aspecto que está intrínseco na vida do dele. Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) o campo espiritual é multidimensional tendo que valorizar os desafios existenciais de cada sujeito, considerar os valores e atitudes e ainda as questões religiosas, sobre a fé e as crenças (EAPC, 2011).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil, os cuidados paliativos vêm se consolidar por volta de 1980. Neste momento histórico predomina no país um modelo de saúde hospitalocêntrico e curativo. E a formação de profissionais de saúde voltada principalmente à valorização dos aspectos biológicos, além do trabalho do profissional ser predominantemente individual e fragmentado. Os pacientes tinham morte solitária, sem a presença de seus familiares e muitas vezes morriam sem o conhecimento de sua situação clínica (PEIXOTO, 2010; ANCP, 2011).

Essa realidade foi predominante para o alvorecer desses cuidados. Os primeiros serviços voltados a eles no Brasil surgem na Região Sudeste e ao final da década de 80 chega à Região Sul. Alguns avanços devem ser levados em consideração na década de 90, dentre eles está a influência do professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, que instalou os primeiros cursos e atendimentos com a filosofia dos cuidados paliativos na Escola Paulista de Medicina.

O Instituto Nacional do Câncer também foi um projeto pioneiro do Ministério da Saúde, que em 1998 inaugurou o hospital Unidade IV, dedicado exclusivamente aos cuidados paliativos. Sendo apenas em 2004 que aconteceu a inauguração da Hospedaria (hospice) no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

No Brasil, atualmente existem por volta de 88 serviços voltados à prática dos cuidados paliativos, distribuídos em: ambulatoriais (serviços que possui área de assistência ambulatorial em cuidados paliativos, sem internação, realizada por equipe multiprofissional), assistência domiciliar (serviços que mantém equipes multiprofissionais que visitam os pacientes em suas casas) e enfermarias (serviços que mantém uma área específica, com leitos, para internação de pacientes em cuidados paliativos com equipe própria multiprofissional, liderada por médico paliativista). Além da equipe de interconsulta (serviços que possui uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos que atende os pacientes em seus leitos a pedido de outras especialidades), hospedaria (serviços que possui uma casa de internação, na qual realiza assistência em cuidados paliativos), hospital dia (serviços que mantém atendimento em cuidados paliativos de um dia de internação para algum procedimento mais urgente. Está ligado ao ambulatório.) e serviços

especializado (instituição especializada que atende exclusivamente cuidados paliativos) (ANCP, 2011).

Serviços estes inseridos em hospitais públicos e clínicas privadas, que muitas vezes iniciaram suas atividades apenas com o controle da dor, aderindo posteriormente ao cuidado paliativo (PEIXOTO, 2010; ANCP, 2011; RODRIGUES, 2004).

O quadro a seguir mostra como esses serviços estão distribuídos em todo o Brasil.

TABELA 01 – SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EXISTENTES NO BRASIL

TIPO DE SERVIÇO	QUANTIDADE	FORMA DE DISTRIBUIÇÃO POR ESTADOS BRASILEIROS
Ambulatoriais	17	RJ = 5; SP = 4; PE = 2; AC,RS,PR,RN,AM,SC = 1
Assistência domiciliar	22	RJ = 5; SP = 4; PR = 3; ES = 2; GO,AC,BA,PE,CE,SC,MG,AM = 1
Enfermaria	14	SP = 5; PE = 2; AC,SC,CE,AL,RN,PR,RJ = 1
Equipe de interconsulta	21	SP = 7; RJ = 4; PE,PR = 2; AC,RS,ES,SC,MG,AM = 1
Hospedaria	4	SP = 3; RJ = 1
Hospital dia	7	SP,RJ = 2; PE,SC,AM = 1
Hospital especializado	3	PE,AL,RJ = 1
TOTAL		88

Fonte da pesquisa: ANCP (2011)

Pode-se perceber que a maioria dos serviços referentes aos cuidados paliativos está localizada na região sudeste, isso pode ser uma consequência por essa região ter sido o “berço” dos cuidados paliativos no Brasil. Além disso, também é interessante aferir que não há registros de serviços voltados para os cuidados paliativos no estado da Paraíba, apesar de haver considerável necessidade dos mesmos.

A consolidação dessa prática foi se fortalecendo como o passar do tempo através das ações dos profissionais e do surgimento de associações que tiveram por

objetivo concretizar uma prática necessária para a vida do ser humano. São fundadas em 1997 as Associações Brasileiras de Cuidados Paliativos (ABCP) em São Paulo pela Psicóloga Ana Geórgia de Melo; e, em fevereiro de 2005 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), também na cidade de São Paulo. Esta por sua vez, luta, juntamente com a Associação Médica Brasileira (AMB), pela regularização da medicina paliativa como atuação médica (PEIXOTO, 2010; ANCP, 2011).

O Ministério da Saúde está consolidando oficialmente os cuidados paliativos, através de Portarias como a de nº 881, de 19 de julho de 2001, que institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, além de estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes que necessitam de cuidados paliativos; e a de nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, que estabelece o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia, inserindo outras modalidades de assistência como os cuidados paliativos (BRASIL, 2001; RODRIGUES, 2004; PEIXOTO, 2010).

A Portaria de nº 19, de janeiro de 2002, vem ampliar ainda mais a inserção dos cuidados paliativos na saúde, pois com ela se institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos cuidados paliativos. Programa esse que tem como objetivos articular as iniciativas dedicadas ao desenvolvimento de uma cultura de assistência à dor, além da educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a prática dos cuidados paliativos. A criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica se dá com a Portaria de nº1319, de 23 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

2.3 INSTRUMENTOS SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

Na revisão bibliográfica realizada para fundamentar a presente pesquisa foram acessados dois manuais sobre os cuidados paliativos. Um criado pela Sociedade espanhola de cuidados paliativos (Sociedad Española de Cuidados Paliativos – SECPAL, 2011), e o outro Manual de Cuidados Paliativos em pacientes com Câncer (Unidade de Cuidados – UNIC, 2009). Tais manuais pretendem orientar as ações das equipes multidisciplinares de saúde em relação ao que fazer diante da demanda de tais cuidados.

2.3.1 Guía de Cuidados Paliativos (Sociedad Española de Cuidados Paliativos - SECPAL):

Constitui diretrizes criadas pela Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (fundada em janeiro de 1992) que tem como objetivo promover cuidados de boa qualidade para os doentes terminais, a fim de proporcionar conforto para eles e sua família. Para atingir tais objetivos, esse guia fornece ferramentas básicas que servem como orientação, sendo elas: controle dos sintomas, apoio emocional, comunicação honesta entre os pacientes e a equipe de saúde, mudanças nas organizações (quando necessário) e umas equipes interdisciplinares com formação específica em cuidados paliativos.

Isso faz as pessoas que estão em contato com os pacientes terminais poderem exercer a atenção integral ao paciente e a família, exercer também a promoção de autonomia e dignidade aos pacientes e ainda proporcionar um meio ambiente que se torne uma atmosfera de respeito, conforto e apoio.

De forma geral, para atender a esses aspectos supracitados eles priorizam a aplicação de recursos específicos, dentre eles encontra-se uma boa formação profissional da equipe de saúde, a educação da sociedade através da participação voluntária e a melhoria de pontos já existentes, como: cuidados primários, hospitais gerais e centros de longa permanência.

2.3.2 Manual de Cuidados Paliativos em pacientes com câncer (Unidade de Cuidados – UNIC, 2009):

O manual foi criado em 2009 pela equipe constituinte da Unidade de Cuidados do Rio de Janeiro através das técnicas e práticas exercidas, a fim de definir a atuação e a articulação dos profissionais nos cuidados com pessoas doentes e apresentar as condutas para os controles dos sintomas. Ele tem como foco a melhoria da qualidade de vida do paciente e não o seu tempo de vida, mas esse tempo pode ser prolongado em virtude do controle da doença principal.

Dentre as atribuições expostas especificamente para a atuação do psicólogo, encontra-se a utilização da escuta e observação para avaliar o comprometimento emocional e os processos mentais do paciente e seus familiares, ajudando-os na elaboração de sentimentos que levem a desmistificação de medos e angústias que normalmente existem nessas situações. Além disso, há um suporte com o objetivo de minimizar questões e conflitos que são trazidos pelo paciente e também um apoio na comunicação entre os pacientes e familiares com a equipe técnica de saúde. Outros aspectos que também são trabalhados por esse manual são direcionados a sintomas biológicos, como: vômito, diarreia, fadiga, dispneia, radioterapia paliativa, sangramentos, etc. Em fim, eles mostram uma forma ampla, desde como cada profissional tem que atuar, até as formas de controlar sintomas psíquicos e biológicos, em prol da promoção de qualidade de vida do paciente.

2.4 PSICOLOGIA HOSPITALAR

A Psicologia Hospitalar é uma área que está se desenvolvendo de forma contínua e que aos poucos vem assumindo sua identidade, aprofundando seus estudos e expandindo suas possibilidades de atuação, dentre elas, a aplicação dos cuidados paliativos. Essa vertente da Psicologia existe no Brasil desde meados da década de 60 e embora seja um ramo da Psicologia Clínica, precisou assumir um modelo próprio, adaptado à realidade institucional hospitalar para atender às necessidades de pacientes, familiares e das equipes de saúde (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003; TONETTO; GOMES, 2007).

O adoecer e o processo de hospitalização acabam por interromper o curso de uma vida saudável, interferindo tanto físico como emocionalmente no cotidiano do indivíduo. Nesta perspectiva, Simonetti (2004) acredita que a psicologia praticada no âmbito do hospital é responsável pelo entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos que envolvem o processo do adoecimento. Ainda com Simonetti o psicólogo não deve deter-se à doença orgânica do paciente, mas ao que essa doença o faz sentir.

O adoecer, nesta ótica, engloba o ser humano em sua completude, pois atualmente se trabalha com o pressuposto de que o homem adocece na sua totalidade necessitando de cuidados de uma forma integral. Deste modo, segundo Alamy (2003), torna-se essencial intervir na forma como o paciente vivencia e concebe as dificuldades oriundas de sua patologia orgânica, da sua hospitalização, dos seus tratamentos e da sua reabilitação quando possível.

Além de promover a minimização dos efeitos causados pela hospitalização no paciente, o psicólogo deve buscar respaldo na tríade paciente-família-equipe de saúde, que envolve esse sujeito. Este profissional deve desenvolver seu trabalho focalizando o modo como se estabelecem as relações psicológicas entre a respectiva tríade, visto que o contexto social influencia a conduta do paciente. Desta forma, a psicologia hospitalar constitui-se “em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos” (SIMONETTI, 2004, p. 18).

2.5 HUMANIZAÇÃO

O termo “humanização” está sendo usado com maior frequência recentemente, desde a primeira década do século XXI. Isso é decorrente das ações do Ministério da Saúde que propõe uma Política Nacional de Humanização. O que demonstra o direito de todos os cidadãos em ter condição humana ou ser humanamente tratado independente de sua situação clínica (BRASIL, 2006).

Humanizar a saúde compreende o respeito à unicidade de cada pessoa, personalizando a assistência. Relacionando-se também com a competência dos profissionais da saúde e, por fim, com o cuidado do cuidador. Essa assistência

personalizada pode ser praticada através do uso dos cuidados paliativos. (BERMEJO, 2008).

Assim, segundo Borges e Waldow (2011),

Humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis (p. 416).

Ou seja, o cuidado humanizado implica, por parte do cuidador, sendo ele profissional da saúde ou não, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. Por isso a importância de tentar buscar a valorização da vida nos pacientes terminais. Por mais delicado que seja essa busca influencia de forma positiva na qualidade de vida do paciente crônico ou terminal (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A melhor forma de fazer funcionar é através do ato de se preocupar com o outro e se solidarizar. A humanização também está associada à solidariedade e pode ser considerada a força motora para buscar a dignidade dos pacientes. Por isso a preocupação e a boa vontade são fortes armas no combate à discriminação e à desistência de pacientes devido a sua condição clínica (BORGES; WALDOW, 2011).

Com isso, a importância da humanização nos cuidados paliativos se faz essencial, pois esses cuidados se iniciam a partir do entendimento de que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos, cultura e que merecem respeito, como um ser único. Esse respeito inclui proporcionar a melhor assistência dos profissionais da saúde possível, fazendo com que todos tenham a chance de viver com dignidade (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

3. METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM DE PESQUISA

Consistiu em uma abordagem quanti-qualitativa, que é concretizada através do uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa. Esse método além de possibilitar fazer uma investigação do julgamento da aparência do fenômeno avaliado, ele também permite aprofundar a compreensão sobre o que se avalia (TANAKA; MELO, 2004).

Sendo assim, foi escolhida uma abordagem múltipla por acreditar que se têm condições de abordar o fenômeno de forma mais completa. Esse tipo de abordagem, como sugere seu nome, caracteriza-se pela complementaridade entre as duas modalidades, aproveitando-se o que há de melhor em cada uma delas (MINAYO; SANCHES, 1993).

3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi feita entrevistas com os psicólogos do Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes por ter uma grande concentração de profissionais atuantes na área de psicologia hospitalar e a Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, por ser um hospital referência em oncologia na cidade de Campina Grande – PB.

3.3 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta pelos profissionais de psicologia que atuam nos dois hospitais citados (N=21).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais de Psicologia dos hospitais pesquisados, seguindo os critérios de aceitabilidade e disponibilidade.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados questionário sócio demográfico e entrevista por pauta.

3.5.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

O questionário tem por objetivo recolher informações relativas ao perfil sócio demográfico, a fim de ter conhecimento sobre o entrevistado, possibilitando um melhor entendimento do perfil da população no olhar do pesquisador (REA; PARKER, 2000).

3.5.2 ENTREVISTA POR PAUTAS

A entrevista é, segundo Minayo (2007), uma técnica de interação social, que permite obter informações com melhor qualidade e abarca tanto conhecimentos relacionados com o tema proposto, como também a relação que o informante pode ter com o mesmo. A entrevista por pauta é um instrumento de coleta de dados que apresenta certo grau de estruturação, pois se guia por uma relação de pontos que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista (GIL, 1999, p. 117).

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP os dados foram coletados entre janeiro e março de 2012 nos hospitais supracitados por meio de contato individual com cada psicólogo. Para facilitar o armazenamento das informações elas eram gravadas mediante a aceitabilidade dos participantes.

No primeiro momento era lido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no qual aspectos como os objetivos da pesquisa e direitos dos entrevistados eram expostos. Após sua aceitação era aplicado um questionário sócio demográfico para melhor entender o perfil da amostra e por último a entrevista que era mediada através de um diálogo orientado por pautas previamente construídas.

Um fato que dificultou a coleta de dados foi a forma que era distribuída a carga horária dos profissionais do Trauma. Eles exerciam a profissão através dos plantões, havendo mudanças no horário e por muitas vezes troca de plantões entre eles. Esse fato contribuiu para que muitas coletas fossem aplicadas no período noturno e em finais de semana. Além de acontecer alguns desencontros que ocasionaram a não obtenção de entrevistas. E ainda houve psicólogos que se recusaram em participar.

Porém, mesmo com essas dificuldades, as entrevistas foram válidas, pois somada as informações principais sobre a temática, eles relataram experiências de situações vivenciadas nos hospitais que ilustraram e enriqueceram os conteúdos obtidos. Além de mostrar boa receptividade e abertura para a pesquisa, o que contribuiu positivamente para o desenvolvimento do trabalho.

Posterior a esse momento foram feitas as transcrições na íntegra de cada áudio obtido respeitando a coloquialidade do discurso. E com o material final iniciou-se as análises.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os discursos captados nas entrevistas foi utilizada a análise da enunciação proposta por Bardin (1977). E para dar visibilidade aos resultados, as árvores de associação de sentidos, propostas por Spink e Lima (1999). Para o tratamento dos dados quantitativos coletados através do questionário sócio-demográfico, foi utilizado o programa SPSS, a versão (Statistical Package for the Social Sciences), para composição e organização do banco de dados os quais, em seguida, foram analisados mediante o uso da estatística descritiva.

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO

A orientação ética da pesquisa está regulada pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em outubro de 1996.

Para isso, o presente projeto está aportado nos princípios éticos através da utilização do termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A) para formalizar o consentimento dado pelo pesquisado à pesquisadora, tomando-se desta

forma uma postura legal onde não houve nenhum tipo de limitação a influenciar a vontade e a decisão dos sujeitos da pesquisa.

Tais princípios éticos esclarecem o direito dos participantes desistirem da pesquisa na hora que desejarem, garantindo-lhe confidencial identidade, privacidade e proteção de imagem.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PERFIL DA AMOSTRA

No que diz respeito aos aspectos sócio demográficos da amostra, são aqui descritos as categorias correspondentes a idade; o sexo, escolaridade, há quanto tempo exerce a profissão de psicologia, em qual hospital trabalha e se tem contato com paciente terminal. A amostra é composta por 21 participantes, correspondente aos resultados de ambos os hospitais estudados na pesquisa (Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e a Fundação Assistencial da Paraíba – FAP).

TABELA 02: CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DOS PSICÓLOGOS

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	PORCENTAGEM (%)
Idade	20 – 30 anos	11	52,4%
	31 – 40 anos	6	28,6%
	Acima de 40 anos	4	19,0%
Sexo	Feminino	19	90,5%
	Masculino	2	9,5%
Estado Civil	Solteiro (a)	10	47,6%
	Casado (a)	10	47,6%
	Separado (a)/divorciado (a)	1	4,8%
Pós-graduação	Não tem	4	19%
	Especialização	13	61,9%
	Mestrado	3	14,3%
Cursos	Curso de formação	1	4,8%
Há quanto tempo está exercendo a psicologia no hospital	1 -5 anos	10	47,6%
	6 – 10 anos	9	42,9%
	11 – 15 anos	1	1,4%
	Acima de 15 anos	1	1,4%
Qual hospital trabalha	Hospital do Trauma	20	95,5%
	Hospital da FAP	1	4,8%
Tem contato com pessoas em estado terminal	Sim	20	95,2%
	Não	1	4,8%
TOTAL		21	100%

FONTE: Dados da pesquisa

Conforme pode ser visualizado na tabela 01, há uma maior predominância de profissionais com a faixa etária entre 20 e 30 anos, sendo o equivalente ao percentil de 52,4%. O segundo maior percentil foi a faixa etária entre 30 e 40 anos, com 28,6%. Esses dois intervalos de tempo podem ter tido destaque por estarem relacionados aos intervalos em que o ser humano apresenta maior atividade laboral. Mesmo assim, também houve profissionais que se enquadraram na categoria acima de 40 anos, correspondendo a 19% da amostra.

Em relação ao sexo, houve uma maior porcentagem de profissionais femininos, com 90,5% do total. Esse dado entra em consonância com o estudo de Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) que buscou fazer uma caracterização dos psicólogos atuantes nos hospitais do Rio Grande do Norte. Esses autores entrevistaram 59% do universo dos psicólogos vinculados às instituições hospitalares, correspondendo a 25 psicólogos no total, sendo 20 do sexo feminino e apenas 5 do sexo masculino. Podendo ser justificado, porque, segundo Melo, Rodrigues e Schmidt (2009), o papel de cuidar é culturalmente associado às mulheres e somado a isso o fato de também haver uma maior incidência feminina no curso de psicologia.

O estado civil da amostra foi de 47,6% tanto para os solteiros, como para os casados e 4,8% de separados. Já com relação à escolaridade, pode-se perceber que 61,9% correspondem aos profissionais com especialização, 19% têm apenas a graduação em psicologia, 14,3% mestrado e 4,8% curso de formação na área de psicologia hospitalar. Sendo assim, é possível observar que a grande parte da amostra não se restringiu a graduação. Isso corresponde a um ponto positivo pra obtenção de melhor qualidade no desenvolvimento profissional.

Com respeito à experiência profissional em psicologia, foi destacado que 47,6% apresentam entre 1 e 5 anos de prática profissional, 42,9% tem entre 6 e 10 anos e acima de 15 anos de atuação corresponde apenas a 1,4%. Esse dado converge com a pesquisa desenvolvida por Santos e Vieira (2012), sobre a atuação dos psicólogos nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe, no qual foi registrado que 55% dos psicólogos atuantes não tinham mais que cinco anos de experiência, tal dado, segundo as autoras, vem a comprovar que essa área de atuação é recente.

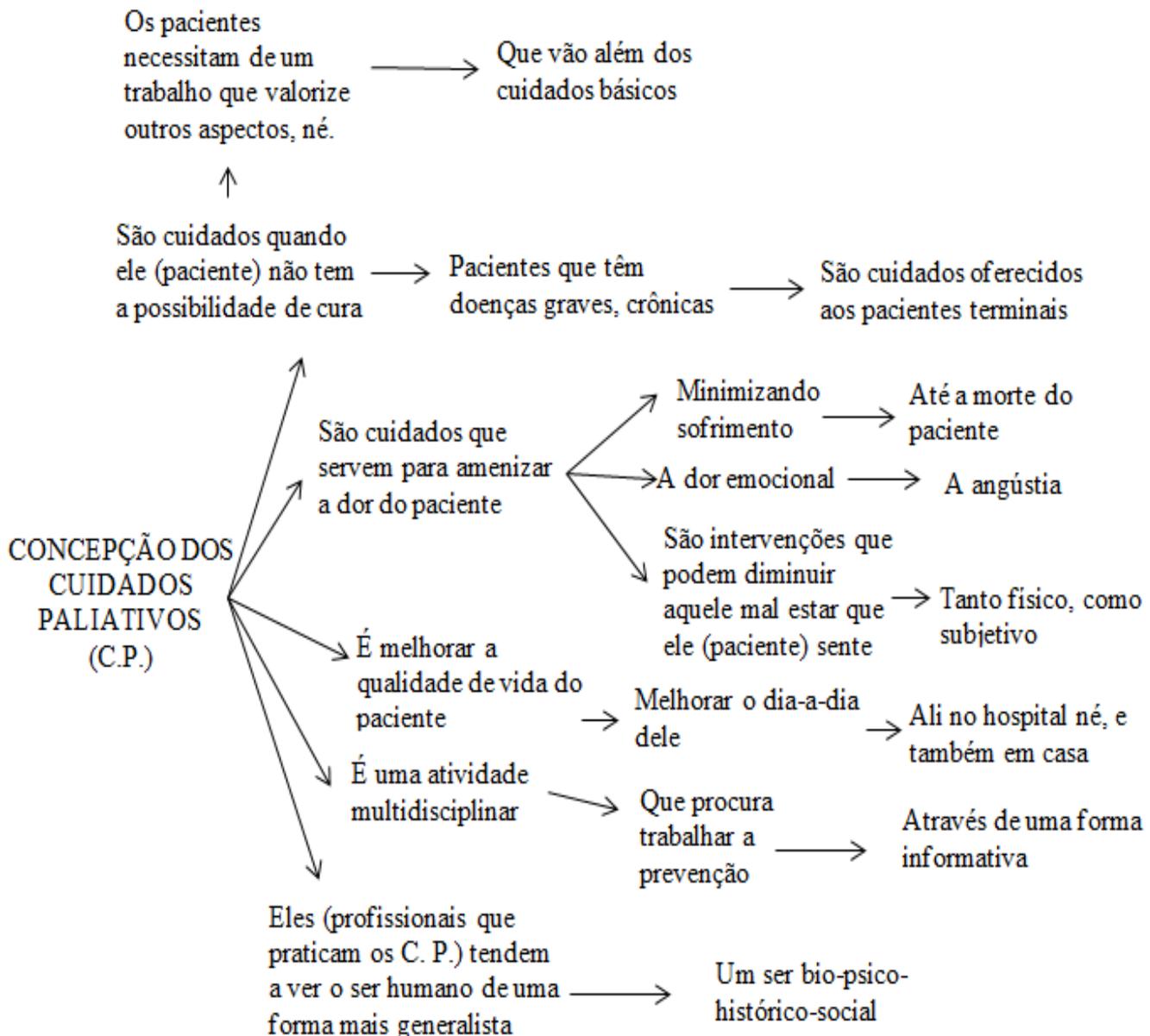
O aumento do quantitativo de psicólogos em hospitais nesses últimos anos pode está relacionado à abertura de novos postos de trabalhos, criados, segundo Alves et al (2011), em razão do caráter abrangente da psicologia que permite múltiplas possibilidades de aplicação em vários setores da saúde, principalmente na saúde pública. O que resulta na valorização da psicologia no setor da saúde.

Da amostra total, 95,5% correspondiam aos psicólogos do Hospital do Trauma e 4,8% aos psicólogos do Hospital da FAP. No Hospital do Trauma foi coletado 83,35% de todos os profissionais de psicologia atuantes, e no hospital da FAP, foram coletados 100% dos profissionais. Já relacionado ao contato que esses profissionais tiveram com os pacientes terminais, foi percebido que 95,2% tinham acesso a esses pacientes. Tal dado é de extrema relevância para o presente projeto, pois aumenta o teor de qualidade das informações obtidas.

4.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

Os dados a seguir se referem às análises de 21 entrevistas que correspondem a 100% da amostra coletada eu quero dizer que todas as entrevistas que foram feitas, também foram analisadas, composta por profissionais de psicologia do Hospital do Trauma e da FAP. Foram definidas 5 categorias para serem demonstradas através das árvores de associação de sentidos. As categorias foram construídas de forma conjunta entre os participantes dos dois hospitais.

FIGURA 01: CONCEPÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS



Conforme pode ser visualizado na FIGURA 01, alguns profissionais de psicologia direcionaram a definição de cuidados paliativos para assistência a pacientes que não apresentam prognóstico de cura, norteados suas ações para outros aspectos do adoecer em prol da obtenção de qualidade de vida para esses pacientes. Tais discursos estão equivalentes com a linha de pensamento de Santos et al (2007) e Pessini (2005), ao afirmarem que os cuidados paliativos são medidas que objetivam o aumento da qualidade de vida de pacientes que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida.

Ao falar da amenização das dores, muitos fizeram referência a dor emocional, a angústia e até mesmo ao mal estar psicológico que o paciente vive. Esses aspectos são argumentados por Pessini e Bertachini (2006) quando expressam que o atendimento não pode se focar apenas no físico, mas também tem que levar em consideração os aspectos psicossociais do indivíduo, além do fator emocional que é uma das grandes questões sentidas pelos pacientes terminais.

Mas para tornar essa assistência mais completa, foi mencionada pelos profissionais que é necessária a existência de uma equipe multidisciplinar. Esse pensamento entra em consonância com o de Castro (2001) quando afirma que a medicina e as demais áreas envolvidas com a saúde devem estar mais preocupadas com o paciente e o alívio do seu sofrimento e menos restritos à doença. O Manual de Cuidados Paliativos para Pacientes com Câncer também enfatiza a fundamental importância de uma equipe completa na prática desses cuidados, a fim de que a pessoa seja vista e tratada numa perspectiva bio-psico-social (UNIC, 2009).

FIGURA 02: PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS PELO PSICÓLOGO



Dentre os resultados apresentados na FIGURA 02, pode-se observar que os profissionais de psicologia direcionam suas práticas a partir de três eixos: para as técnicas que a psicologia oferece, para os aspectos assistenciais ou, para os aspectos relacionados ao fator espiritual e à morte.

No que diz respeito às técnicas, foi percebido uma maior frequência para o apoio psicológico, a escuta e o esclarecimento. O apoio psicológico foi mencionado

com o objetivo de trabalhar o sofrimento, mas precisamente aspectos emocionais. Em consonância com essa afirmação Santana et al (2009) afirmam que o profissional de saúde ao preocupar-se com o lado emocional está agindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família, além de ajudá-lo a suportar possíveis dores e angústias resultantes de um contexto de morte eminente.

A fim de atender a esse apoio, alguns psicólogos citaram como direcionamento o modelo focal, que segundo Braier (2000) consiste em um modelo que procura trabalhar os pontos de urgências, ou seja, o que emergir do paciente naquele momento. Mas para isso, é necessária uma escuta técnica com qualidade. A escuta psicológica serve, não apenas para ouvir, mas para saber direcionar o caminho que minimize o sofrimento. Como o próprio entrevistado disse “A fala é terapêutica” (Participante R.M.P).

Além da fala do paciente, a do psicólogo também é fundamental. Ela é muito usada no esclarecimento de informações ao paciente e seu familiar de assuntos sobre a doença e os procedimentos que estão sendo usados pela equipe. Tal ação fornece ao paciente uma zona de segurança e conforto que também ajuda em seu processo pela busca da qualidade de vida. Essa ação de esclarecimento entre paciente/família e equipe de saúde foi destacada no Manual dos Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer quando direciona ao papel do psicólogo a função de elo. Tal função consiste no apoio estabelecido através do esclarecimento de informações transitadas entre esses dois lados (UNIC, 2009).

Quanto ao eixo assistência para a maioria dos entrevistados a abordagem dos cuidados paliativos inclui a atenção não só aos pacientes, mas também aos seus familiares. O objetivo é tranquilizar a família para que ela possa intervir de forma mais eficaz na busca da qualidade de vida do paciente. Esse fato é citado pela Organização Mundial de saúde e discutido por Pessini e Bertachini (2004), quando dizem que a qualidade de vida precisa ser proporcionada aos pacientes e seus familiares, pois o bem estar de um, influencia o bem estar do outro.

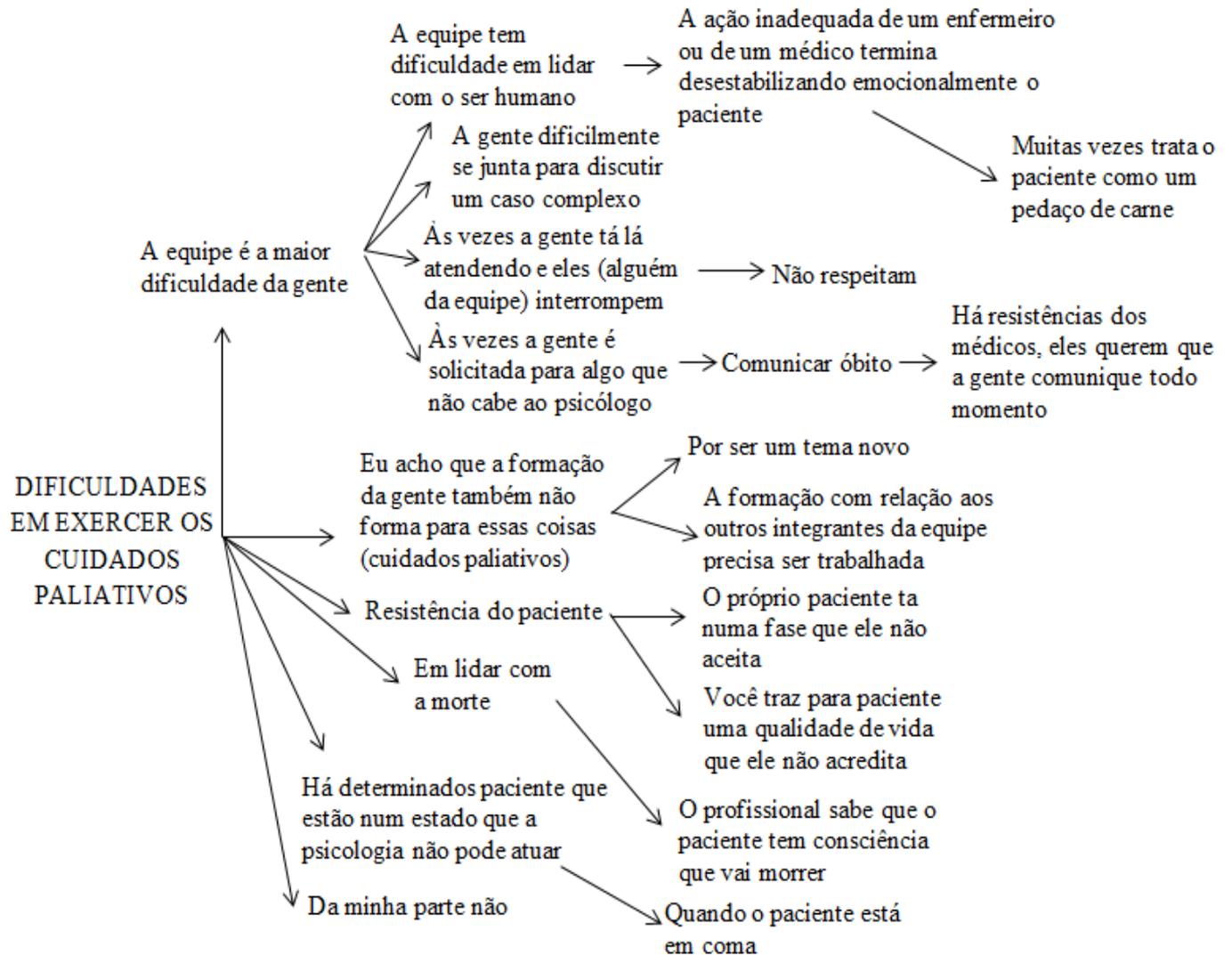
Outra forma de assistência também trazida pelos psicólogos está na prática da sensibilização da equipe, para eles o trabalho funciona quando existe um comprometimento tanto dos psicólogos, como dos outros profissionais da saúde que estão em contato direto com o paciente. A importância de uma equipe

multidisciplinar humanizada é claramente registrada no Guia de Cuidados paliativos desenvolvidos na Espanha disponibilizada no site da Sociedad Española de Cuidados Paliativos - SECPAL (2011).

Além das técnicas e das assistências, os profissionais trabalham as questões espirituais que o próprio paciente expõe ou ainda trabalham o significado da morte. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (AECP) o aspecto espiritual está intrínseco no ser humano e tanto suas atitudes, como seus valores são pontos fundamentais para serem trabalhados dentro dos cuidados paliativos. Esse ponto também é valorizado por Pessini e Bertachini (2004), quando expõem que na atualidade, principalmente no âmbito da saúde, a incidência da fé está cada vez maior no processo de recuperação e busca de bem estar humano para pessoas no final da vida.

Com a valorização do contexto supracitado o profissional pode tentar proporcionar uma “boa morte” para o paciente. Algo que é fundamentalmente procurado dentro do quadro de pacientes que estão fora do alcance terapêutico (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

FIGURA 03: DIFICULDADE EM EXERCER OS CUIDADOS PALIATIVOS



Dentre as respostas mais recorrentes expostas na FIGURA 03, pode-se perceber que o relacionamento do psicólogo com a equipe é uma das dificuldades mais evidentes. A mesma é expressa em muitos relatos que denotam também o desconforto pela falta de uma relação multiprofissional. Essa situação pode estar relacionada com a ausência de conhecimento da equipe de saúde no que concerne à função do psicólogo nos hospitais, uma vez que sua presença nesse meio ainda é considerada recente, apesar de estar em constante desenvolvimento (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003; TONETTO; GOMES, 2007).

Um exemplo trazido pelos participantes que descreve o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a função do psicólogo nesses serviços é a questão deles solicitarem aos psicólogos para informar aos familiares os casos de óbito.

Segundo o Código de Ética Médica art. 36 inciso 2, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos. Sendo necessário permanecer essa assistência até os últimos dias, incluindo a família no momento do óbito. Nessa situação o psicólogo pode contribuir com ações durante o comunicado e principalmente posterior a ele, no sentido de dá apoio à família. Porém, não é de função exclusiva do psicólogo fornecer tal notícia.

Ainda sobre essa relação entre os integrantes da equipe de saúde, foi possível perceber que muito dessa dificuldade também está relacionada com a falta de humanização nesses serviços. Demonstrando não só a falta de sensibilização da equipe com os pacientes, como também entre os próprios colegas de trabalho.

Outra dificuldade exposta pelos participantes está relacionada à sua formação profissional. Segundo eles não se sentem preparados para desenvolver seu trabalho com domínio, pois desde o período de formação acadêmica não são desenvolvidas atividades, nem abordados temas que priorizem essa atuação na área da saúde de forma mais profunda e muito menos sobre os cuidados paliativos.

A dificuldade exposta acima também foi identificada na pesquisa realizada por Avellar (2011), em Vitória – ES, ao propor uma descrição sobre a atuação dos psicólogos nos hospitais dessa região. Segundo ela, os 21 psicólogos participantes de sua pesquisa elencaram como dificuldades em atuar nos hospitais a formação acadêmica insuficiente e a desvalorização ou o desconhecimento do trabalho do psicólogo, pelos demais profissionais. Essa última dificuldade também foi encontrada pela presente pesquisa como foi discutida logo acima.

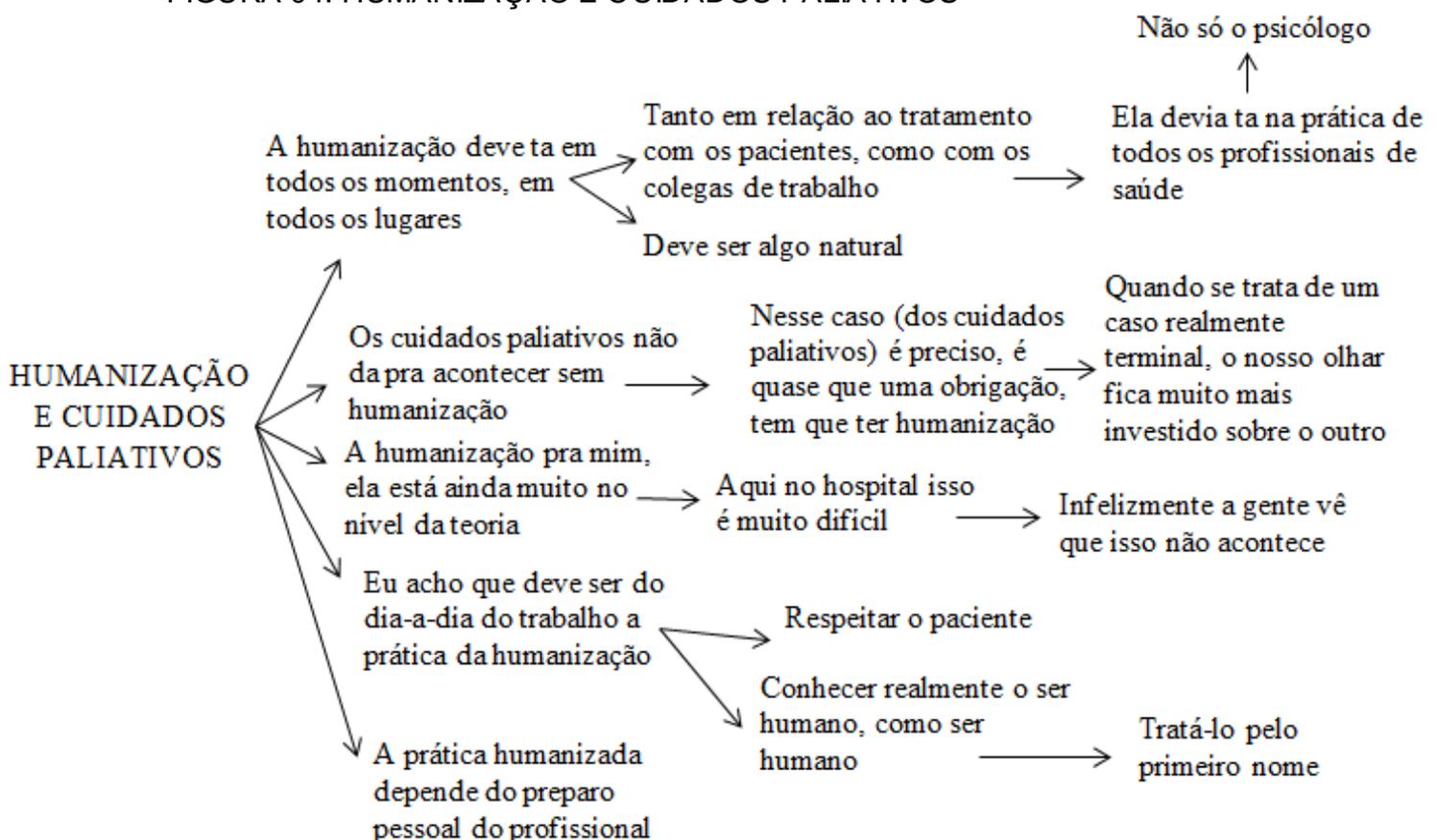
De acordo com Spink (2003), essa dificuldade pode ser consequência das recentes mudanças ocorridas no papel dos psicólogos, pelas novas configurações nos modelos e práticas de saúde, inclusive as práticas do profissional de psicologia no meio hospitalar. Essa falha acaba exigindo que o psicólogo de hoje assuma uma formação profissional permanente, a fim de buscar capacitação sobre os cuidados paliativos para atender a uma demanda pontual, que é a demanda de pacientes fora de alcance terapêutico.

Existe ainda uma dificuldade trazida pelos entrevistados sobre a resistência do próprio paciente em aceitar a assistência psicológica. Segundo eles, muitos

pacientes ficam fechados e resistentes a essa ajuda. Mas essa situação pode estar relacionada ao fato do paciente ainda não ter aceitado seu diagnóstico, estando ele vivenciando o estágio de negação proposto por Kübler Ross (1985) em seu livro intitulado “Sobre a morte e o morrer”. Esse estágio consiste no momento em que o paciente se depara com o diagnóstico, mas não o aceita como forma de tentar evitar do sofrimento.

Finalmente, alguns dos psicólogos disseram não ter dificuldade. Tal hesitação pode estar relacionada à naturalidade que vem se tornando para os profissionais o contato em seu dia-a-dia com pacientes que estão em situações ameaçadoras de vida, não havendo dificuldades relevantes para serem citadas (KÓVACS, 1999).

FIGURA 04: HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS

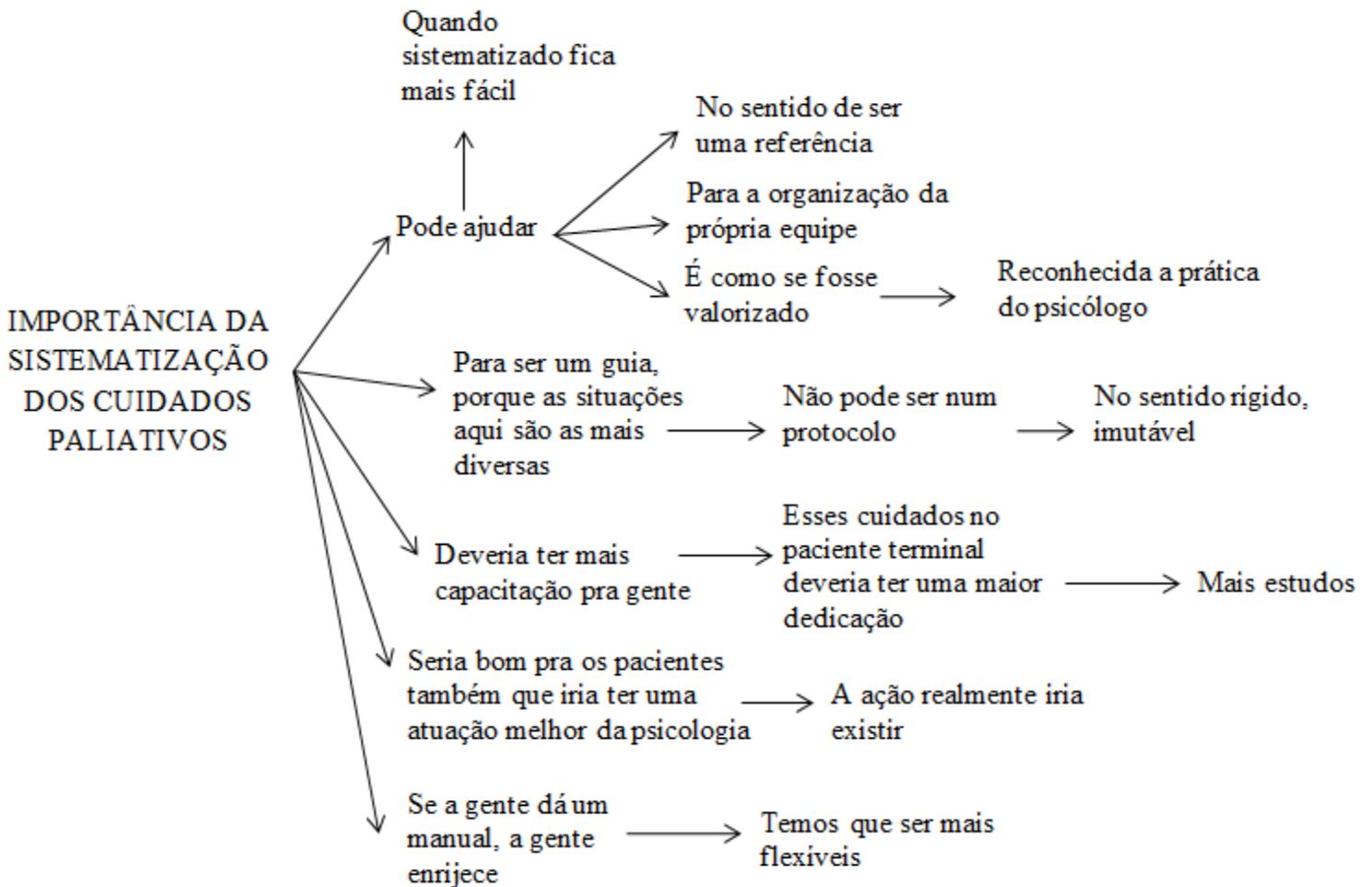


Conforme pode ser visualizado na FIGURA 04 os entrevistados explicitaram não só a necessidade de existir a humanização em todos os lugares, como também a falta dessa existência nas ações dos profissionais da saúde. Tal fato é preocupante, porque essa realidade vai contra o que Bermejo (2008) diz. De acordo

com ele, a humanização está direcionada à competência dos profissionais de saúde em tratar o ser humano com respeito à unicidade de cada pessoa, personalizando assim a assistência. Ou seja, na maior parte do tempo a forma de pensar sobre a humanização fica apenas na teoria, como foi retratado na fala de um dos entrevistados.

Os entrevistados afirmaram que em face da necessidade de aplicar os cuidados paliativos a humanização cumpre um papel diferenciado, pois com pacientes fora do alcance terapêutico a assistência humanizada deve existir de forma mais efetiva. Floriani e Schramm (2008) dizem que esses pacientes apresentam sintomas angustiantes e estressantes de forma mais aguda em função do estado de sofrimento em que estão. Esses sintomas decorrem da vivência relacionada com a proximidade da morte. Sendo assim, os entrevistados dizem que para praticar a humanização, primeiro tem que dá início a preparação pessoal do profissional através de conhecer-se a si mesmo. Só assim é que sua assistência poderá se ampliar ao outro mediante uma atenção mais integral ao paciente e à sua família (Guía de Cuidados Paliativos desenvolvido pela Sociedade Espanhola em Cuidados Paliativos, 2011). Porém, para o profissional praticar uma assistência humanizada, é necessário estar respaldado pela ética e acima de tudo desenvolver atitude de empatia para com o outro.

FIGURA 05: SISTEMATIZAÇÃO DE PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS



Na FIGURA 05 estão expressos os resultados sobre a necessidade da existência de uma sistematização na atuação do psicólogo com os cuidados paliativos. Através dessa figura pode ser observado que os profissionais necessitam da sistematização como forma de guiá-los nas suas atuações com pacientes que estão fora do alcance terapêutico. Isso porque não há um preparo específico para trabalhar com essas questões. Tal déficit também foi encontrado no trabalho que Silva e Moreira (2010) desenvolveram sobre os desafios da sistematização na área de enfermagem, quando perceberam que os profissionais não têm total domínio da temática sobre os cuidados paliativos. Isso não só confirma a falta de preparo de outros profissionais da saúde, como também amplia a necessidade de buscarem capacitações para melhor praticarem os cuidados paliativos. Tema esse, pouco trabalhado, mas com enorme necessidade de ser praticado.

Sendo assim, segundo os entrevistados, tal instrumento servirá não só para facilitar e melhorar a conduta dos profissionais, como também ajudará para a valorização e o reconhecimento da profissão de psicologia. Pois, segundo eles, quando os instrumentos são produzidos percebe-se que é uma forma de consolidar a atuação dos profissionais em uma determinada instituição.

Porém, da mesma forma que eles deixaram claro a necessidade de apoio para melhorar a formação profissional, também expressaram algumas características que esse instrumento deveria ter. Eles disseram que o instrumento não pode ser algo rígido e imutável, pois cada paciente é um mundo e as condutas do psicólogo dependem do andamento dos atendimentos e devem ser adaptadas a cada caso.

Portanto, essa sistematização tem que ser construída com o real objetivo de orientar e não de ditar as situações que devem ser realizadas. Assim, é possível perceber com clareza a necessidade dos psicólogos em ter esse suporte durante suas atuações nos hospitais.

4.3 ESBOÇO COM UMA LISTA DE ATIVIDADES DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA PARA INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Através dos resultados obtidos mediante a análise das entrevistas, bem como das leituras realizadas sobre o tema, foi elaborado um esboço (exibido na página 43) contendo sugestão de atividades para o psicólogo em sua intervenção nos cuidados paliativos. Sem a pretensão de ser um protocolo, por não apresentar suficiente consistência técnica, representa uma contribuição inicial para auxiliar os profissionais de psicologia na assistência aos pacientes fora do alcance terapêutico.

TABELA 3: ESBOÇO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

ATIVIDADES DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA PARA INTERVENÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Amenizar o sofrimento do paciente até sua morte;
- Melhorar a qualidade de vida do paciente, tanto no hospital, como em casa quando possível (FLORIANI; SCHRAMM, 2008);
- Disponibilizar total assistência à família do paciente;
- Trabalhar a dor emocional dos pacientes e familiares;
- Proporcionar a busca de sua autonomia para a obtenção da dignidade do paciente;
- Atender ao desejo do paciente, quando possível;
- Entender o histórico do paciente;
- Desenvolver o apoio psicológico para a busca do bem estar do paciente;
- Exercer as atividades em equipe multidisciplinar;
- Procurar sensibilizar a equipe de saúde que está em contato direto com o paciente fora do alcance terapêutico;
- Fazer escuta psicológica;
- Usar técnicas de esclarecimento;
- Ser o elo entre paciente/família com a equipe de saúde;
- Procurar trabalhar os processos de morrer, desde a conceituação, para melhorar a assistência aos pacientes com doenças ameaçadoras de vida (PESSINI; BERTACHINI, 2004);
- Em caso de óbito, acompanhar o médico no ato da comunicação do mesmo e assistir aos familiares;
- Trabalhar questões espirituais, quando trazidas pelo paciente;
- Fazer um trabalho pessoal para obter uma prática humanizada;
- Buscar uma formação contínua sobre os cuidados paliativos com especializações e capacitações, para acompanhar a evolução da ciência.

O esboço exposto na TABELA 3 está em consonância com alguns pontos presentes no Manual de Cuidados Paliativo em Paciente com Câncer (UNIC, 2009) e também com o Guia de Cuidados Paliativos, criado pela Sociedade Espanhola em Cuidados Paliativos.

Tanto o guia como o manual já existentes são genéricos, ou seja, expõe questões sobre os cuidados paliativos direcionadas a todos os profissionais da saúde. Esse esboço foi construído com a função de auxiliar as intervenções específicas dos profissionais de psicologia em relação ao uso dos cuidados paliativos.

O Manual possui, na constituição do seu texto, um capítulo que fala das ações de cada profissional da saúde, incluindo as ações dos psicólogos. Nesse capítulo foram destacadas as técnicas de escuta psicológica, esclarecimentos de informações entre os pacientes e a equipe e o trabalho com o sofrimento do paciente a fim de minimizar a angústia e o medo que ele sente. No esboço acima, tais características foram contempladas e o trabalho com o sofrimento do paciente é colocado além do objetivo de minimizar a dor emocional, a busca pelo bem estar do paciente por meio também do apoio psicológico.

Já o Guia proposto pela sociedade espanhola não especifica as ações direcionadas para cada profissão, mas fala de diretrizes focadas nos cuidados paliativos que todos os profissionais precisam seguir. Dentre elas está a busca da autonomia do paciente, e a priorização de uma boa formação da equipe de saúde. Na tabela 2 também foi colocada a importância da autonomia, a fim de buscar a dignidade do paciente, mesmo que em condições pouco confortáveis. E também foi priorizada a importância da formação profissional, alertando que tal preparação dever ser continuada, ou seja, não pode haver profissionais em contato com pacientes fora do alcance terapêutico sem está atualizado com os novos e melhores métodos para proporcionar resultados mais eficazes.

De forma geral, tanto o manual, como o guia e a presente esboço, buscam orientar os profissionais a fim de desenvolver cuidados específicos e de boa qualidade para os pacientes em estágio terminal. E através disso proporcionar conforto tanto para eles como para seus familiares. Dessa forma, o tempo de vida pode ser prolongado em virtude do controle da doença principal. E o mais

importante, esse tempo poderá ser vivido pelas pessoas envolvidas com máximo de dignidade possível.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente o mundo está vivenciando uma época de consideráveis avanços científicos na área da saúde. Esse fato converge com a necessidade dos profissionais de saúde buscar capacitações de modo a acompanhar essa evolução e a partir disso dar uma assistência que atenda a uma demanda cada vez mais diferenciada, como os pacientes terminais. Diante desse contexto, a Psicologia da Saúde também vem ampliando seus espaços de atuação e os psicólogos estão cada vez mais presentes nos serviços de saúde.

Frente a essa realidade, os psicólogos atuantes no hospital do Trauma e da FAP que participaram desse estudo reconheceram sua importância. Porque ele tem dentre seus propósitos: o de contribuir para melhorar a qualificação da assistência psicológica com os pacientes fora do alcance terapêutico e produzir reflexões sobre a formação profissional.

Ao longo dessa pesquisa foi possível perceber que os psicólogos apresentaram três eixos para direcionar essa assistência frente ao paciente fora do alcance terapêutico. Sendo eles: o uso das técnicas psicológicas, como a escuta e o esclarecimento; as assistências que são prestadas por eles, não só ao paciente, mas também ao familiar e ainda a própria equipe de saúde que precisa ser sensibilizada para trabalhar com essa demanda. Além da prática direcionada a dicotomia vida/morte e a espiritualidade.

Porém, eles se deparam com algumas dificuldades para colocar em prática as ações supracitadas. Elas estão relacionadas muitas vezes, com o elo existente entre eles e a equipe de saúde. Segundo os entrevistados, não há por parte da equipe um reconhecimento e valorização da atuação do psicólogo, dificultando assim o desenvolvimento do trabalho do setor de psicologia. Além dessa dificuldade, eles também expressaram a falta de preparação na formação acadêmica sobre a atuação dos psicólogos nos serviços de saúde e mais especificamente, o despreparo sobre os cuidados paliativos. Falaram ainda sobre a resistência do paciente em aceitar esses serviços e alguns disseram não ter dificuldades.

Esses fatos resultam em uma discordância entre o que é falado e o que está em prática. Pois fica percebida a ausência da ação humanizada com os pacientes em estado terminal e em relação à própria equipe, apesar de ser unânime a

importância dessa ação no discurso dos entrevistados. Ou seja, eles falam que é fundamental a existência da humanização, mas não conseguem vê-la na prática.

Diante do exposto, fica visível a necessidade de formular uma sistematização em prol de uma melhor assistência de psicologia através dos cuidados paliativos. Tal fato é pertinente, porque foi percebido que os profissionais em muitos momentos não estão preparados para lidar com pacientes que vivem em situações ameaçadoras de vida. Esse despreparo pode ser justificado pela formação acadêmica deficitária e também em consequência dos cuidados paliativos serem um tema ainda pouco estudado pela ciência. Mas não há justificativa para permanecer sem capacitação. Os profissionais precisam de uma formação continuada para que, através da evolução científica, eles possam melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

O esboço construído nesse trabalho, sem a pretensão de ser uma sistematização dos cuidados paliativos para atuação dos psicólogos, foi utilizado como forma de auxiliar esses profissionais a refletirem suas práticas relativas a esses cuidados. Tal esboço é resultado de um esforço inicial para somar-se a outras iniciativas e futuros investimentos. A intenção é dar continuidade, em nível de pós-graduação, ao trabalho aqui iniciado e, assim, poder contribuir para a capacitação de psicólogos em suas intervenções nessa especialidade à medida que o conhecimento produzido agregue qualidade à atuação dos profissionais de psicologia. Tendo como horizonte otimizar as assistências em saúde e conseqüentemente trazer mais dignidade ao ser humano que adoece.

REFERÊNCIAS

ALAMY, S. **Ensaio da psicologia hospitalar – a ausculta a alma**. Belo Horizonte: Edição independente, 2003.

ALVES, R. F. **Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal**. Granada: 2008.

ALVES, R. F. *et al.* **Psicologia da Saúde: uma abrangência e diversidade teórica. Mudanças-Psicologia da Saúde**. Instituto Metodista de Ensino Superior, jan-jun, 2011.

ANCP. **Associação Nacional de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados>> Acesso em: 28 out. 2011.

APCP. **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>> Acesso em: 12 nov. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERMEJO, J. C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

BORGES, R. F. ; WALDOW, Vera Regina. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-8, jan. 2011.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 3.535**, Brasília, set. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 881**, Brasília, jun. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no.19**, Brasília, jan. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1.319**, Brasília, jul. 2002.

CASTRO, D. A. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001.

Código de Ética Profissional do Psicólogo. IIIV Plenário do Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2005.

EAPC. **Associação Europeia de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/Themes/Ethics/PCeuthanasiataskforce/tabid/232/Default.aspx>> Acesso em: 12 nov. 2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 11-19, jun. 2003.

Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Disponível em: <<http://www.secpal.com/index.php>> Acesso em: 23 nov. 2011.

KOVÁCS, M. J. **Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte**. In: Dor: um estudo multidisciplinar. Carvalho MMJ, (Org.). . 2 ed. São Paulo: Summus, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

MELO, T. M.; RODRIGUES, I. G.; SCHMIDT, D. R. C. Caracterização dos cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos no domicílio. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 365-374, jun. 2009.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul-set. 1993.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PEIXOTO, A. P. A. F. **Cuidados Paliativos: Generalidades**. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=44>. Acesso em: 12 abr. 2010.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo-Edições Loyola, 2004.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos**. São Paulo: Paulus, 2006.

REA, I. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos: análise de conceito**. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/img2/mestrado.pdf>> Acesso em: 10 de abr. de 2011.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **BioÉticos**- Centro Universitário São Camilo, v. 3, n.1, p. 77-86, mar. 2009.

SANTOS, M. C. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; FERNANDES, A. F. C. Cuidados Paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 350-354, mar-abr. 2007.

SANTOS, L. J; VIEIRA, M. J. Atuação do psicólogo nos hospitais e maternidades do estado de Sergipe. **Ciências e Saúde Coletiva**. Aracajú: Artigo Article, 2012.

SECPAL. **Sociedad Española de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.secpal.com/biblioteca/index.php>> Acesso em: 27 nov. 2011.

SILVA R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, out. 2006.

SILVA, M.; MOREIRA, M. C. **Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade**. Rio de Janeiro, 2010.

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

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Cortez, 1999.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M. ; MERCADO, F. J. (orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 121- 136. 2004.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, jan-mar. 2007.

World Health Organization. Disponível em: <
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> Acesso em: 28 out. 2011.

UNIC. **Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer**. Rio de Janeiro: UnATI, 2009.

VILLAR, L. Z. Atuação do psicólogo nos hospitais da grande Vitória/ES: uma descrição. **Atuação dos psicólogos em hospitais**. p. 491 – 499, 2011.

YAMAMOTO, O. H; TRINDADE L. C. B. O; OLIVEIRA, T. F. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicol. USP**. São Paulo, 2002.

APÊNDICES

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC/CNPq/UEPB**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu,
_____, RG _____

cidadão brasileiro, em pleno exercício dos meus direitos disponho a participar da Pesquisa **“DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO”**, que está sendo desenvolvida pela aluna: Myriam de Oliveira Melo, do Curso de Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob a orientação da Prof^a. Dra. Railda Fernandes Alves.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada que:

1. Conhecer o campo de práticas dos psicólogos atuantes no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), relacionado aos cuidados paliativos.
2. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de penalização;
3. Será garantido meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
4. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora;
5. A pesquisa não apresenta nenhum risco para o participante, mas beneficiará no sentido de promover o conhecimento sobre a temática abordada.
6. Autorizo a pesquisadora a apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica.
7. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar a equipe científica através da orientadora Dr^a. Railda Fernandes Alves no número (83) 33153318 ou pelo email railda@uepb.edu.br

Campina Grande, _____ de _____ 2012.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC/CNPq/UEPB**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientandos da pesquisa instalada, **“DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/ CONSEP/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer evento modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Autor (a) da pesquisa

Orientanda

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC/CNPq/UEPB**

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

**Pesquisa: DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS
PALIATIVOS: CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO**

Eu, **RAILDA FERNANDES ALVES**, professora do curso de Psicologia e diretora adjunta do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG:469.624 SSP/PB, e CPF: 203143374/15 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Assim como me comprometo a entregar quando do término do estudo um exemplar do relatório final da pesquisa à instituição concedente.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

ORIENTADORA

Campina Grande, 02 de dezembro de 2011

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC/CNPq/UEPB**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTOS PARA UMA SISTEMATIZAÇÃO

Eu, **RAILDA FERNANDES ALVES**, professora do curso de Psicologia e diretora adjunta do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, professora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 469.624 SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientanda

Campina Grande, 02 de dezembro de 2011

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC/CNPq/UEPB**

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

- Idade: _____
- Data de nascimento: _____
- Estado civil:
 - () solteiro
 - () casado
 - () viúvo
 - () separado/divorciado
 - () convivendo com outra pessoa
- Escolaridade
 - () Pós-graduado: _____
- Número de filhos: _____
- Com quem vive:
 - () Sozinha (o)
 - () Com a família
 - () Com os filhos
 - () Com uma/um companheira (o)
 - () Outros _____
- Há quanto tempo a está exercendo a Psicologia? _____
- Há quanto tempo trabalha neste Hospital? _____
- Qual a sua renda média mensal? _____
- Você tem contato com pessoas em estado terminal? _____

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC/CNPq/UEPB**

ENTREVISTA

1. O que você entende por Cuidados Paliativos?
2. Você pratica esses cuidados?
3. Você encontra alguma dificuldade em exercer esses cuidados?
4. O que mais o psicólogo poderia fazer para o paciente terminal ter uma assistência completa dentro dos limites que perpassa a psicologia?
5. O processo de humanização deve ter uma atenção especial, ou ele acontece no desenvolvimento dos trabalhos diários?
6. Você acha que é importante construir uma sistematização sobre esses cuidados dentro do setor de psicologia?

ANEXO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: FR 486236 CAAE 0754.0.133.000-11

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: Sistematização da assistência de psicologia nos cuidados paliativos

PESQUISADOR(A): Railda Fernandes Alves

PARECER: Ao reavaliarmos o presente projeto, verificamos que foram realizados os devidos ajustes solicitados na primeira apreciação ética deste projeto de pesquisa. Assim sendo, fundamentando-se na Resolução 196/96 do CNS/MS, que disciplina a matéria em análise; como também a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendo pela aprovação deste protocolo de pesquisa.

Diante do exposto, o parecer é projeto APROVADO. salvo melhor juízo.

Campina Grande, 08 de março de 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa