



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

VICENTE MATHEUS SAMPAIO SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS E PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE UM PSICÓLOGO RESIDENTE**

MACEIÓ-AL
FEVEREIRO DE 2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

RESIDENTE: VICENTE MATHEUS SAMPAIO SILVA
ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARÍLIA SILVEIRA (INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP)

CUIDADOS PALIATIVOS E PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PSICÓLOGO RESIDENTE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado para a Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (COREMU) da Universidade Federal de Alagoas com a finalidade de obtenção do título de Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso.

MACEIÓ-AL
FEVEREIRO DE 2022

Catálogo na Fonte
Biblioteca Virtual da Unidade de E-Saúde/Gerência de Ensino e Pesquisa
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
Universidade Federal de Alagoas – Empresa de Serviços Hospitalares – EBSEH
Bibliotecária Responsável: Maria Isabel Fernandes Calheiros CRB4 – 1530

S586c Silva, Vicente Matheus Sampaio.
 Cuidados paliativos e pandemia de covid-19: relato de experiência de um
 psicólogo residente / Vicente Matheus Sampaio Silva. – 2022.
 23 f.

Orientadora: Marília Silveira.

Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em
Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Programa em Residência
Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, Hospital Universitário
Professor Alberto Antunes, Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 20-22.

1. Cuidados paliativos . 2. Covid-19. 3. Residência Multiprofissional.
I. Título.

CDU 612.3:378

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ÁREA DO ADULTO E
DO IDOSO

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO DO TCR

Aos 24 dias do mês de fevereiro de 2022, às 10:00h, realizou-se na Sala do Meet: <https://meet.google.com/ayofxa-zuw>, a sessão pública da apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado **CUIDADOS PALIATIVOS E PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PSICÓLOGO RESIDENTE**, apresentado por Vicente Matheus Sampaio.

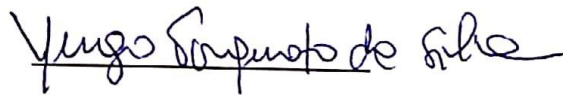
A comissão examinadora foi constituída pelos/as seguintes membros: Me. Yugo Torquato e Dra. Ana Rosa Almeida Alves.

Em razão do exposto, a comissão conferiu ao/à candidato/a, nota 10 (dez).

Maceió, AL, 24 de fevereiro de 2022.

Documento assinado digitalmente
gov.br ANA ROSA ALMEIDA ALVES
Data: 24/02/2022 12:05:51-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Dra. Ana Alves



Me. Yugo Torquato

Presidente/a da banca – Dra. Marília Silveira - orientador/a

Me. Mariana Tavares – co-orientadora

CUIDADOS PALIATIVOS E PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PSICÓLOGO RESIDENTE

Vicente Matheus Sampaio Silva¹

Marília Silveira²

RESUMO: Este relato de experiência é fruto das afetações, encontros e desencontros percorridos durante os primeiros seis meses de atuação em uma residência multiprofissional, em um hospital do nordeste brasileiro. O presente busca conceituar os cuidados paliativos e narrar histórias vivenciadas com usuários/as eletivas para este cuidado, que é multiprofissional por princípio. O período foi marcado pela transição para o estado de pandemia de COVID-19, o que acarretou em mudanças que amplificou os sentimentos já suscitados pela hospitalização, como o medo e a ansiedade. Este novo cenário pedia novas formas de se relacionar e de viver a assistência, o adoecimento e a hospitalização.

Palavras-chave: Residência multiprofissional; cuidados paliativos; pandemia de COVID-19

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência é fruto das afetações, encontros e desencontros percorridos durante os primeiros seis meses de atuação em uma residência multiprofissional, em um hospital do nordeste brasileiro.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, instituída pela lei nº 11.129/05. A modalidade é voltada para a educação em serviço, oportunizando a vivência profissional na área da saúde, preferencialmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). Estes programas agregam as diversas profissões da área da saúde, com exceção da médica.

A residência da qual fiz parte foi composta pelos cenários: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro de Alta Complexidade em Oncologia, Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Estratégia de Saúde da Família inserida em uma Unidade Docente-Assistencial (UDA), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e Serviço de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, sempre em equipe multiprofissional, formada por psicóloga (o), nutricionista, assistente social, enfermeira (o) e farmacêutica (o). A carga horária total do programa de residência é de 5.760 horas, sendo 80% de formação em serviço e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas, perfazendo 60 horas semanais de dedicação exclusiva.

Este relato compreende o período dos primeiros seis meses, englobando a atuação no cenário Clínica Médica, me atentando à experiência de assistência à pessoas em Cuidados

¹ Graduado em psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

² Professora visitante no Instituto de Psicologia da UFAL.

Paliativos, considerando o período de pandemia de COVID-19 e suas implicações nesse cuidado.

Segundo a Resolução nº41/2018 do Ministério da Saúde, os Cuidados Paliativos consistem na assistência, por equipe multiprofissional, que objetivam a melhoria na qualidade de vida de usuários e familiares, diante de uma doença que ameace a continuidade da vida. Essa assistência se dá em todos os níveis de atenção, de forma integral, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, do tratamento de dor e dos demais sintomas físicos, psicológicos e espirituais. Esta resolução é um marco importante para a história dos Cuidados Paliativos no Brasil, inserindo-o dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e designando o hospital como um ponto de atenção voltado para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência (MS, 2018).

O percurso metodológico é norteado pela pesquisa-experiência, proposta por Hüning e Gomes (2019), por meio do qual:

"A pesquisa-experiência se faz, primeiro pela inserção de quem pesquisa no território, pela atenção ao percurso, ao caminhar e aos afetos desencadeados nesse ato de colocar-se como corpo singular e sensível na pesquisa" (p. 108).

Para a autora e o autor, experienciar é o ponto de partida para um segundo momento no qual será possível transportar essa experiência para o território acadêmico, se utilizando das ferramentas teórico-políticas para colocar em análise a relação entre territórios e subjetividades, tentando, a partir disso, produzir um conhecimento do espaço urbano através de quem transita por ele (HUNING & GOMES, 2019, p. 108).

Através da minha inserção em um hospital do nordeste, a assistência à pacientes em Cuidados Paliativos movimentou diversos afetos durante o percurso e, nesse texto, busco produzir reflexões e problematizações acerca do que me passou durante esse caminhar que proporcionou encontros modificadores do olhar, do falar, do ouvir, do fazer e do saber.

Em contato com esta metodologia, é levado em consideração a instituição Hospital enquanto um espaço urbano, que será caracterizado ao longo deste relato, a partir de um diálogo entre experiência e literatura, partindo do ponto de que as práticas são potentes modificadoras das teorias, aproximando-as dos contextos locais.

CHEGANDO AO HOSPITAL

O relato desta experiência inicia no primeiro dia enquanto psicólogo residente, chegando em uma clínica de internamento hospitalar; o dia em que as expectativas estavam a

mil, borbulhando dentro do meu estômago, por que, embora enquanto estudante de pós-graduação, também estaria em meu primeiro dia enquanto profissional formado e registrado em conselho de classe profissional. Ainda era estranho me colocar no lugar de "psicólogo" e de "residente", mas a partir deste dia eu falaria essas palavras até haver costume.

Chegando naquela primeira manhã me deparo com aqueles corredores longos, pálidos e gélidos. "O hospital é um lugar de estranhamento radical" (CREPOP, 2019, p.29), e era mesmo! Durante as manhãs, o ambiente é tomado por grande movimento de pessoas, entrando e saindo dos quartos e circulando pela clínica. Há entrega das refeições para pessoas usuárias e acompanhantes, administração de medicamentos, troca de curativos, banhos, visita de diferentes profissionais, pessoas sendo levadas pelos maqueiros para realização de exames, telefones tocando, papéis sendo impressos, pessoas nos computadores ajustando doses de medicamentos e realizando solicitações das mais diversas. Sem contar os televisores, ventiladores, livros, bíblias, terços e telefones celulares dentro dos quartos. Pessoas internadas com ou sem acompanhantes. Profissionais seguindo o ritmo frenético das manhãs hospitalares de segunda-feira. Eu não conhecia aquele ambiente. Não me era familiar aquela movimentação. Mas ali, eu sabia, eu teria que passar longas horas durante a semana, realizando atividades que, também, não me eram familiares, mas que aceitei desempenhar no momento em que realizei minha matrícula na residência.

A Clínica Médica é uma unidade de internamento hospitalar para pessoas com condições clínicas, agudas ou crônicas, que necessitam de tratamento não-cirúrgico. Alguns exemplos de doenças acompanhadas nessa clínica são: doenças renais, doenças hepáticas, doenças do sistema respiratório, aids, doenças cardiovasculares, doenças intestinais, entre outras. Também é realizada a investigação diagnóstica, onde é comum serem diagnosticados casos de doenças oncológicas.

Eu lembro que sentia uma ansiedade por desbravar aquele lugar: conhecer as pessoas, ouvir as histórias de quem circulava por ali e, também, realizar atividades em equipe multiprofissional. Era algo muito discutido durante minha graduação a potência de se trabalhar em equipe multiprofissional e eu tinha esse desejo de experimentar essa sensação desde que soube que ela aconteceria, ainda na semana de acolhimento.

Essa semana de acolhimento aconteceu nos primeiros dias de março, e nela foi realizado o sorteio das equipes multi, com cinco pessoas, uma de cada profissão participante do programa: psicologia, nutrição, farmácia, enfermagem e serviço social. Na semana seguinte, no dia 09/03, segundo meu caderno de bolso em que realizava as anotações do dia, cheguei à clínica médica. Lembrando que estava chegando nesse ambiente movimentado que

citei anteriormente. Senti realmente como em um primeiro dia de aula ou de trabalho, perdido, sem saber em qual sala entrar, a quem me dirigir... preferi esperar nas cadeiras em frente ao elevador enquanto minha equipe chegava, como que para me sentir amparado ao circular pelo local.

Durante a espera, não pude deixar de observar o ambiente. Olhando aquela movimentação de profissionais do setor, residentes e acadêmicos, pensei como era esquisito ver pessoas tão acostumadas àquela rotina. Entravam e saíam nas enfermarias, na sala de prescrição, no posto de enfermagem, segurando seus papéis e equipamentos, se dirigindo às pessoas usuárias, e eu ali, sentado, esperando para ser acompanhado dentro do ambiente. Nesse momento, me passou pela cabeça o quanto as graduações médicas e de enfermagem devem frequentar aquele ambiente, ou similares, durante seu percurso formativo. Somente esse contato prévio poderia permitir aquela movimentação tão acostumada ao lugar.

Enquanto era levado por esse pensamento, os rostos conhecidos começam a aparecer e percebo o alívio mútuo que sentimos por nos reunirmos antes de ir a qualquer lugar. Conversamos brevemente sobre como estamos nos sentindo, repassamos o número das enfermarias que somos responsáveis e damos uma lida no roteiro da visita multiprofissional para ficarmos alinhados. Marchamos, então, juntos rumo às enfermarias. Dava para sentir o magnetismo que nos envolvia e nos mantinha perto uns dos outros enquanto caminhávamos naquele corredor.

Ainda me sentia perdido, mas, pelo menos, não estava sozinho nessa.

A primeira enfermaria, como as outras, era um vão quadrado ocupado por 5 leitos. As demais eram iluminadas naturalmente durante o dia pelas janelas de vidro que permitiam a entrada da luz do sol, mas essa, por ser do lado poente, ficava exposta ao sol mais forte e tinha as janelas de vidro cobertas com uma espécie de cartolina âmbar, o que deixava o ambiente menos iluminado e um tanto melancólico. Eu sentia um clima tenso no ar, os olhares que nos fitavam me mostravam uma mistura de cansaço, curiosidade e indiferença.

Foi adentrando essa primeira enfermaria que percebi que toda a preparação durante a semana de acolhimento foi importante para saber o que esperar daquele lugar, para conhecer o perfil das pessoas internadas. Mas nenhuma preparação é suficiente para delinear as sensações que perpassaram meu corpo quando estive diante daqueles diferentes tipos de adoecimento. Nesse primeiro lampejo do olhar, eu vi as doenças, os corpos emagrecidos, edemaciados, com suportes invasivos e aquilo me chocou. Entrar em contato com doenças que ameaçavam a vida me colocava, também, em contato com minha própria finitude e as de quem eu amo e

colocava em xeque o desejo de sempre curar ou sempre aliviar os sofrimentos (CARVALHO, 2019).

Ainda me sentindo inseguro, me vi observando as/os colegas realizando as abordagens iniciais, fui sentindo as respostas das pessoas usuárias, tateando algumas perguntas e ouvindo o efeito nas respostas. O nosso roteiro, já havíamos acordado, não precisaria ser seguido rigidamente, funcionava mais como um sinalizador do que como um protocolo, e foi crucial para termos mais interação e ampliar o nosso olhar perante nossa oferta de cuidado.

Conforme passávamos nos leitos, o olhar sobre as doenças ia dando espaço para o olhar sobre as pessoas do processo de adoecimento. Para Czeresnia e Freitas (2003), há diferenças entre a doença e o adoecer, e eram essas diferenças que se tornavam reais nesse encontro. A autora destaca a doença enquanto uma construção (principalmente dos saberes biomédicos), e o adoecimento como uma experiência de vida, e que não são sinônimos, já que a dimensão do adoecimento é singular e subjetiva, devendo ser levada em consideração ao abordar a pessoa doente, principalmente na hospitalização, que é um momento de fragilidade, marcada por rupturas no cotidiano e na autonomia sobre a própria vida (CREPOP, 2019).

Um exemplo de como o adoecimento é singular foi uma usuária de 16 anos que conheci nessa primeira visita. Ela nos observava enquanto passávamos nos outros leitos, aguardando o momento em que chegaríamos até ela. Sua cama era a última, e chegamos nela mais rápido, pois uma usuária estava no banho. Estava internada há um mês e aquela era mais uma das várias internações devido ao quadro de lúpus sistêmico que vivenciava. Nem bem nos aproximamos quando ela já inicia sua fala dizendo que não gostava de perguntas.

O fato de não gostar de perguntas era um tanto óbvio. Após tantas internações já não aguentava as repetições das "mesmas perguntas", já devolvendo as respostas antes mesmo de serem perguntadas: "sim, fiz xixi três vezes ontem. Cocô também, uma vez. Estou comendo bem...". Como não sabíamos como reagir, nos apresentamos novamente, informando que era nosso primeiro dia, mas que ficaríamos por um longo período e seríamos a equipe de referência ali dentro. Ela nos respondeu que conhecia residentes, pois, em suas várias internações, já havia passado por algumas turmas e sabia que iríamos passar todas as manhãs com aquelas mesmas perguntas.

Aquilo me levou a refletir sobre "as mesmas perguntas" e como elas levavam as "mesmas respostas" da usuária, cansada e entediada daqueles "mesmos dias" no hospital. Adiantando um pouco da história, levou um tempo para conseguirmos criar um vínculo com ela, porque ela nos desafiava com suas esquivas. Tentamos criar uma estratégia de não perguntá-la "as mesmas coisas", mas de saber sobre o que ela queria falar. Por exemplo, ao

invés de chegarmos perguntando como tinha se alimentado, como estava se sentindo e coisas do tipo, perguntávamos o que ela queria nos dizer naquele dia, e ainda, se queria dizer algo ou não. Alguns dias haviam respostas, outros não. Quando havia, geralmente era para nos falar sobre sua grande vontade de voltar para casa. Era importante saber que ela estava ali antes de mim, que seu espaço precisava ser respeitado. Assim, abrindo esse espaço, ela nos deixou saber que seu adoecimento atrapalhava sua vida escolar e sua criação de vínculos de amizade, o que causava muita tristeza, mas, também, que em uma dessas internações, se apaixonou pelo filho de uma usuária que era companheira de quarto e agora estava namorando. O hospital era tão presente em sua narrativa, que parte da sua vida social era desenrolada dentro desse lugar.

Esse encontro aponta para um dos lugares que o hospital assume que é o de concentrar boa parte das vivências de pessoas com adoecimentos graves. É no hospital que ficam mais evidentes as situações que indicam vitórias e/ou fragilização dos tratamentos e onde a doença se faz notável acima de qualquer negação. É nesse ambiente em que se consolidam as principais frustrações em relação ao adoecimento, só que, ao mesmo tempo, é nele também que se apresentam os espaços de cuidado, de acolhimento, sendo urgente a necessidade de significar esse lugar com o seu real papel funcional que é o de suporte e de humanização (YOUSSEF & COSTA, 2019).

Quando saí dessa primeira enfermaria, aquela ansiedade inicial, sentida como uma tentativa de antecipar o porvir das coisas, deu lugar a uma experiência concreta, e eu havia sobrevivido! Paramos no corredor em frente, nos entreolhando, e compartilhamos como foi esse primeiro contato em grupo. Acho que todos concordamos que foi diferente das abordagens que já havíamos experienciado em estágios e trabalhos e eu senti que, se tivesse que fazer aquela primeira visita sozinho, eu não conseguiria abarcar aquelas pessoas da forma que fizemos em conjunto. Essa experiência possibilitou, na prática, a real construção de uma percepção ainda mais ampliada sobre o processo saúde-doença, já que foi possível entrar em contato com as diferentes dimensões que compõem a vida das usuárias, para além do que eu conseguiria com uma anamnese psicológica, como, por exemplo, abordar o uso de medicamentos, sua alimentação, os programas e ações socioassistenciais que pode ser inserida, suas questões de dor física e da doença que a trouxe para o internamento (REIS & FARO, 2016). Esses diferentes olhares foram construindo, já nesse primeiro momento, a forma que eu circularia nesse espaço.

Continuamos a visita em direção a nossa segunda enfermaria. Essa estava sendo ocupada por quatro homens e as pessoas acompanhantes. Após ter passado pela primeira

experiência e tendo o momento de compartilhar no corredor, já me sentia um pouco menos inseguro e seguíamos quase num mesmo ritmo. As pessoas nos contavam sobre seu local de residência, suas atividades, como haviam chegado ao hospital, como faziam para passar o tempo, suas expectativas em relação aos tratamentos, suas saudades fora do hospital... a intenção era realmente possibilitar esse local de fala, de expressão, como também visualizar questões para as nossas intervenções individuais.

Quando nos aproximamos do leito do último usuário, notei que ele era ocupado por um senhor e uma senhora que chamavam a atenção em relação aos demais que víamos ali. Ele, que era o paciente, era alto, emagrecido, com cabelos longos amarrados em rabo de cavalo, estava sentado na cadeira ao lado do leito, em uma posição curvada, que à primeira vista me pareceu bem desconfortável. Ela, a mulher que o acompanhava, era de estatura baixa, com os cabelos brancos e curtos, olhava-o com bastante zelo e se mostrava bastante enérgica. Mais uma vez naquele dia, nos apresentamos, perguntamos seus nomes, e as outras perguntas que iam se tornando conhecidas.

Estava conversando com o sonoplasta de um conhecido teatro da cidade, Senhor Eraldo e sua companheira, Maria, que era professora da rede municipal. Eles nos receberam de uma forma muito afetiva, acho que era a primeira vez naquele dia em que nos perguntavam como estávamos. Compartilhamos sobre ser nosso primeiro dia na enfermaria e me senti acolhido naquela pergunta e naquele ambiente.

Embora não houvesse divisões entre os leitos, era comum eu sentir como que uma parede imaginária sendo levantada sempre que estava ali, presente. Quase dava para esquecer que tinha tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo dentro daqueles quartos e fossemos envolvidas em uma certa atmosfera, como se fosse possível criar minutos de privacidade dentro daquele ambiente totalmente aberto e movimentado.

Senhor Eraldo falava pouco, mas interagia bastante. Essa dificuldade em falar se devia a vários fatores. Ele convivia com neuralgia do trigêmeo, uma doença que causa dor no nervo responsável pela sensibilidade da face, conhecida por ser uma dor muito intensa. Como estava em crise da neuralgia, não conseguia realizar sua higiene oral, o que causou uma infecção bacteriana na garganta. Além da dificuldade na higienização, não conseguia se alimentar, o que estava, também, contribuindo no emagrecimento. A posição curvada na cadeira era proposital, já que era assim que sentia menos dor na face.

Mas sua internação se deu, principalmente, pelo quadro agravado de uma doença inflamatória intestinal, a Doença de Crohn, que além de dores, causa diarreia, sangramento, o que associado com a impossibilidade de se alimentar por via oral, também o faziam

emagrecer. Portanto, a internação teve como ação inicial pela equipe médica introduzir uma sonda nasoenteral para auxiliar no ganho de peso, assim como o alívio dos sintomas e das dores, e um processo de investigação acerca do estágio da doença.

Ainda assim, se fazia presente com o seu olhar, que nos fitava diretamente dentro dos olhos. Também sorria com o corpo, balançando os braços e os ombros. Quando havia algo que só ele podia responder, arriscava algumas palavras, no que saía uma voz rouca, que, muitas vezes, só Maria entendia. Ela, que se comunicava bastante conosco, nos diz que quando diminuem as dores ele volta a falar mais e contar suas histórias. Quando olhei para sua mesa de cabeceira, entre as caixas de remédio, dava para ver que tinha papel e lápis, inclusive com algumas palavras escritas, indicando que ele utilizava essa estratégia para se comunicar quando estava muito difícil de se fazer entender.

Esse primeiro contato com as pessoas usuárias despertou inúmeras questões em mim, como: como produzir saúde num contexto de adoecimento grave? como manejar? por que era difícil para mim estar ali? Eu suportaria ouvi-las? E ainda, como elas suportavam estar ali? Embora algumas dessas questões parecessem vir de um apelo infantil, de quem não quer lidar com a situação, elas revelavam, mais uma vez, a minha dificuldade em lidar com a ideia da finitude e do sofrimento advindos do processo de adoecimento. Era preciso transformar essas perguntas em potências para tentar encontrar respostas e traçar estratégias, o que, como senhor Eraldo me mostrou com seu lápis e papel, só poderia ser feita de forma compartilhada.

A efetivação do trabalho interdisciplinar da residência se dava através da visita multiprofissional e da reunião para compartilhar as impressões, traçar estratégias e metas, fazer acordos e delegar responsabilidades que aconteciam após as visitas. Essa estratégia é parte do trabalho institucionalizado pela coordenação do programa para proporcionar às/aos residentes a experiência do trabalho interdisciplinar, sendo este um dos principais focos de sua formação e um dos pontos positivos do programa (REIS & FARO, 2016).

Lidar com o adoecimento e o sofrimento implica em processos dolorosos para profissionais de saúde, uma vez que estar sempre em contato com estes aspectos podem gerar sentimentos de impotência, frustração, ansiedade e medo, que, facilmente, pode nos levar a assumir posturas distanciadas e reprimidas, o que impacta diretamente nossa saúde e nossa assistência, por isso, para além da efetivação do trabalho multi/inter, esse espaço de reunião era importante para expressarmos nossas emoções e nos acolhermos enquanto grupo, ainda mais nesse início, marcado por tantas dúvidas e tantos questionamentos (ULRICH & TAVARES, 2019).

TRANSIÇÃO PANDÊMICA

As atividades desenvolvidas na residência envolviam a visita multiprofissional, a admissão multi, o atendimento individual à usuários/as e acompanhantes, realização de interconsultas, a alta multiprofissional, evolução de prontuário eletrônico, os momentos de preceptoria semanal, a participação em projetos desenvolvidos no hospital, como o de contação de histórias e o de convivência do setor de reumatologia, e a realização de grupos com acompanhantes de usuários/as internados/as. Além disso, haviam rotinas no setor que envolviam grande circulação de pessoas, como o horário de visitas de familiares, a visita médica e as visitas religiosas que aconteciam, sendo somadas a toda aquela movimentação relatada no início.

Todas essas atividades e todo o modo de funcionamento descrito até agora foram iniciadas no dia 09 de março, coincidindo com os primeiros casos de COVID-19 diagnosticados no estado. Ainda não havia se concretizado o uso de máscara, álcool em gel e os distanciamentos, mas iniciavam os burburinhos e as expressões de medo por parte de todas as pessoas que se viam ali, dentro do hospital. Nos corredores, na copa, nas enfermarias, na sala de prescrição... havia um ar diferente, aquilo que antes estava distante, restrito às notícias da mídia, agora ia se tornando mais próximo.

E então, aconteceu que, no dia 17 de março, onze dias do início das atividades na clínica, o hospital publicou uma portaria em estado de alerta aos acontecimentos vigentes. Esse documento, entre outras coisas, versava sobre a suspensão das visitas de familiares, das visitas religiosas, das atividades acadêmicas, dos eventos, dos grupos e das atividades de extensão dentro do ambiente hospitalar. Se o hospital já se apresentava como um lugar que demandava sentimentos complexos, agora ele escancarava essa complexidade, pois sabíamos que a qualquer momento iríamos nos deparar com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Desse dia em diante, muitas mudanças institucionais começaram a ocorrer na rotina hospitalar. Pude lembrar deste percurso a partir dos e-mails enviados pela coordenação da residência e tentarei retratá-la brevemente. No dia 18 de março, outra portaria foi publicada pelo hospital, que, dentre outras medidas, suspendeu as visitas em caráter multidisciplinar. Nesse mesmo dia, o Fórum Nacional de Coordenadores de Residência em Saúde em conjunto com o Fórum Nacional de Tutores e Preceptores lançaram o Documento Orientador da Pandemia de COVID-19, que recomendava ações para os programas conduzirem o momento inédito que estávamos vivenciando. Nele era recomendado a suspensão das atividades teóricas presenciais, que poderiam ser substituídas por atividades on-line, suspensão de eventos e

apresentações de trabalhos, a educação dos residentes em relação às informações necessárias sobre contágio, prevenção, planos de contingência do local, uso adequado de EPI, o isolamento para àqueles que viajaram ou que estavam com sintomas gripais, entre outras recomendações. No dia 23 de março, a coordenação adotou uma estratégia para evitar aglomerações, onde entramos em regime de escala. Como éramos 20 residentes, 10 por clínica (médica e cirúrgica), agora haveria revezamento de 10 residentes por dia (05 por clínica), intercalando, uma equipe viria às segundas, quartas e sextas e a outra às terças, quintas e sábados. Essa estratégia foi adotada durante 05 meses, retornando em agosto para o modelo sem revezamento.

Portanto, é interessante ressaltar que o estado de pandemia impôs, e ainda impõe, diversos desafios para a prestação de assistência à saúde, uma vez que se fazem necessárias medidas de isolamento, de distanciamento e o uso de equipamentos de proteção individual. Essas medidas pediam novas formas de socialização de todos os segmentos que constituíam o hospital: profissionais, estudantes, usuárias/os e acompanhantes. Se a internação hospitalar, por si só, traz consigo fragilidades e rupturas com o cotidiano, agora estas eram amplificadas devido ao cenário pandêmico que se instaurava.

OS CUIDADOS PALIATIVOS

Um lugar bastante estratégico para a equipe de saúde da Clínica Médica era a sala de prescrição. Chamo de estratégica pois nela se desenrolava as conversas entre equipe de uma maneira mais informal, entre uma impressão e outra, e era onde podíamos acessar as residentes de medicina de uma maneira mais fácil, enquanto evoluíamos os prontuários eletrônicos. Também aconteciam ali reuniões com as/os preceptoras/es da residência médica, que eram as/os médicas/os assistentes, o que fazia o lugar ser privilegiado para ouvirmos informações sobre os rumos do tratamento médico. Eram uma sala pequena, de mais ou menos 4x6m, com seis computadores.

Foi lá que, ainda nas primeiras semanas, eu havia escutado que "uma usuária estava em cuidados paliativos". Eu percebi que quando isso foi dito, as pessoas ficaram em silêncio por um momento, e eu senti que essa era uma conduta diferente das mais convencionais.

Cuidados Paliativos (CP) é uma abordagem que promove a qualidade de vida de usuários/as e seus familiares, que enfrentam doenças avançadas e que ameaçam a continuidade da vida (SAVOI, 2013) e é definido como um cuidado amplo, integral e interprofissional que aceita a morte como parte inexorável de um processo, representando, assim, a humanização da terminalidade (AGUIAR, 2019).

Para Savoi (2013), os 05 princípios fundamentais dos CP são: 1. a busca ativa, prevenção e tratamento eficaz de dor e sintomas físicos desagradáveis; 2. a assistência multidisciplinar; 3. o respeito à morte digna; 4. abordagem de aspectos psicológicos e espirituais e 5. a preservação da máxima qualidade de vida possível. Vale ressaltar que para a autora, apenas a pessoa usuária pode definir o que para ele constitui ter qualidade de vida.

Idealmente, os Cuidados Paliativos deveriam ser ofertados desde o início de um diagnóstico de uma doença crônica, até os momentos finais de vida, continuando após esse momento com foco no luto da família. São beneficiadas/os com esses cuidados pessoas com doença oncológica - que classicamente são associadas/os à essa modalidade - e pessoas com doenças crônicas, sejam elas cardíacas, respiratórias, renais, hepáticas, neurológicas, entre outras (SAVOI, 2013).

A usuária em questão estava internada na primeira enfermaria que visitei, só que no momento, ela estava no banho. Com o tempo, percebi que havia um empenho de sua parte em se esquivar das tentativas de contato. Como eu realizava visita multiprofissional e atendimentos individuais de busca ativa, era comum no mínimo duas vezes por dia ir à enfermaria. Em ambas as ocasiões ela se mostrava pouco receptiva às abordagens. Ela vivia com uma doença chamada hipertensão portal, e, no atual estágio, estava com comprometimentos no coração, tinha dificuldades para respirar e para andar ocasionadas pelo inchaço nas pernas e pelo acúmulo de líquido na barriga (ascite). Era advinda de um município próximo à capital, era casada, mãe de duas filhas e um filho, anteriormente ao adoecimento trabalhava como garçone. Na internação atual tinha como acompanhante uma mulher idosa, que era sua vizinha. Em muitas tentativas de abordá-la, acabava conversando com sua vizinha, uma vez que a usuária ou estava no banheiro ou estava dormindo - eram as suas táticas de se esquivar. A vizinha já havia dado pistas: ela andava chorando pelos cantos com saudades de casa.

Continuava com as abordagens, até que um dia combinei com a vizinha para que, na hora que eu entrasse na enfermaria, ela se retirasse para que pudesse abordá-la sozinha, talvez, adotando essa estratégia, ela se sentisse mais à vontade. Combinamos um horário após o banho, quando ela penteava os cabelos.

Conseguimos desenvolver uma conversa, iniciando pelo que estava mais presente em seus sentimentos: a saudade de casa. Ela, uma mulher de 35 anos, já havia passado por algumas internações nos últimos anos, dizendo que sempre coincidiam com o aniversário de sua filha, que era no dia 17 de abril. Este fato era mais um estressor dentro de sua rotina.

Conversamos sobre articular uma visita familiar (antes da portaria hospitalar), mas sua posição era bem firme: não aceitaria visita de familiar, queria vê-los em casa.

Trazer esses assuntos à tona desencadeou muitas questões que começaram a ser verbalizadas, entre elas, o cansaço da rotina hospitalar, o discurso repetitivo da equipe e a descrença em sua cura. Ela tinha a sensação de que a equipe não revelava a gravidade do seu caso.

Essa não era uma sensação qualquer. Eu também tive essa sensação e aquele silêncio na sala de prescrição era uma pista.

Conforme Ulrich e Tavares (2019), para profissionais de saúde o "não saber o que fazer" em determinadas situações pode atuar como uma justificativa para os distanciamentos e as evitações para com pessoas usuárias e familiares. Isso pode acontecer pelas dificuldades em lidar com a morte, e porque "compreendê-la como um processo natural é algo difícil e complexo" (p.141).

Muitas vezes, num processo de adoecimento que suscita cuidados paliativos, muitos profissionais criam condições para que as perguntas não sejam feitas e pessoas usuárias convivem, também, com o medo das respostas. Para Marília Aguiar (2013), a disponibilidade para esclarecimentos, por parte de profissionais de saúde, deve ser constante, uma vez que, para a pessoa usuária, "conhecer sua verdadeira condição facilita para dissipar medos e fantasias, reforça o sentimento de cooperação, confiança e esperança" (p.20), além de serem elementos que constituem o enfrentamento. Para a autora, a "conspiração do silêncio" ainda é comum e acontece quando cada um/a se fecha em si mesmo/a, com a falsa noção de assim estar protegendo o/a outro/a, o que compromete, especialmente, a autonomia das pessoas usuárias. Se, para Savoi (2013), só a pessoa pode definir o que é qualidade de vida e, para Ongaro et. al. (2019), "a boa morte é aquela que cada um gostaria para si" (p. 61), como manter esta conspiração contribui para que a pessoa possa ativar um processo de elaboração simbólica sobre seus desejos e planos? Para onde ela deve direcionar suas frustrações e angústias? Como entram em cena as diversas redes de cuidados se não se conhecem as demandas?

Conforme realizava outros atendimentos, ia compreendendo que o endereçamento dessas questões acabavam recaindo sobre seu próprio corpo, refletindo em sentimentos de desvalia, de insuficiência e despersonalização. Esses eram reforçados pelo afastamento conjugal devido ao adoecimento e por notar que os filhos passaram a vê-la apenas como uma pessoa doente.

Silva et al. (2018), em seu artigo sobre mulheres acompanhantes em um hospital, trazem contribuições para problematizar o lugar social imposto à mulher enquanto cuidadora, uma vez que estas, muitas vezes, abdicam do lar, da família e do trabalho para se dedicarem ao acompanhamento hospitalar, mas, quando a lógica é invertida e a mulher adoece, há uma ausência dos companheiros masculinos, atribuídos ao machismo nas relações sociais. Além disso, o afastamento, as traições, a desestruturação das relações e a separação são trazidas por Molina e Marconi (2006) como um fator presente na experiência de mulheres que descobriram viver com câncer de mama.

Como toda a equipe havia notado os choros e o sofrimento, acionaram a equipe de psiquiatria para uma avaliação. No dia seguinte, quando nos encontramos, ela parecia bem melhor. Não devido à consulta psiquiátrica, já que ela me disse que não usaria os antidepressivos, mas devido à realização de um procedimento de alívio que ela tinha realizado, a paracentese. Consistia na retirada de líquido da barriga, o que proporcionava um conforto respiratório para a usuária. Ela me disse que sua tristeza não era depressão, mas era devido a sua doença, que a entristecia bastante. Ela falava de um local de perdas, "perda do momento da vida, das expectativas, dos vínculos como estão estabelecidos, dos sonhos, da esperança de futuro" (AGUIAR, 2019, p.15) e esse momento requeria acolhimento e cuidado.

Infelizmente, com a instauração do estado de pandemia, pessoas maiores de 60 anos foram consideradas grupo de risco, o que acarretou no retorno de sua vizinha, que era idosa, para a cidade em que morava. A partir daqui ela passaria a não ter mais acompanhante, acarretando em uma nova perda.

Quando ficou só, as conversas sobre a saudade de casa, da comida que ela preparava e da família ficaram mais presentes. Ela dizia que em casa se sentiria melhor. Havia dias que, pelo revezamento, eu acabava ficando 03 dias sem ir ao hospital, devido ao fim de semana. Na volta de um desses intervalos maiores de tempo, ela me disse que estava com saudade de conversar com o psicólogo. Aqui eu percebi que o investimento realizado no início tinha sido importante para construirmos nosso vínculo e que agora estávamos em uma outra sintonia. Ela não me evitava mais, e chorava se sentia vontade, falava da sua dor, da sua saudade e da sua frustração. Havíamos criado "um espaço seguro e continente para a expressão dos sentimentos e dos pensamentos" (AGUIAR, 2019, p. 20).

Ela também havia estreitado relações com a companheira de enfermagem e sua acompanhante, e essa havia se disponibilizado a ficar responsável pelo acompanhamento das duas. Auxiliava no banho, no caminhar e na alimentação. Nesse momento, só elas ocupavam o espaço da enfermagem. O clima, embora tenso devido à pandemia, era de bastante

companheirismo entre elas e entre nossa equipe. As conversas aconteciam de forma individual e de forma coletiva, compartilhando as histórias e situações da vida, o que gerava muitas risadas.

Quando sua companheira de enfermagem foi diagnosticada com câncer, no dia 03 de abril, houve uma proposta de cirurgia, o que ocasionou na transferência para a clínica cirúrgica, no andar de cima.

Como havia ficado sozinha na enfermagem e não possuía acompanhante, houve a proposta, por parte da equipe, para que ela trocasse para a outra enfermagem, que era mais próxima do posto de enfermagem e seria compartilhada com outras pessoas. A usuária negava, mas, depois de compreender que ficar sozinha não seria tão interessante, aceitou a mudança.

A outra enfermagem era mais clara, não havia papéis colados no vidro e toda a iluminação do dia tomava conta do espaço. No dia 07 de abril, quando realizei a visita em seu leito, ela estava com um semblante que poucas vezes vi nesse último mês. Mais alegre, mais ativa. Falou que era devido a um novo medicamento que estava fazendo uso e lembrou que a festa de aniversário da sua filha estava chegando. Havia, em seu prontuário, uma proposta de alta para o dia seguinte, o que causou muita animação em todas as pessoas envolvidas. Como estava em modelo de revezamento, no dia seguinte eu não estaria no hospital, logo, quando retornasse, ela não estaria mais - eu pensei.

Mas a melhora daquele dia havia sido pontual. Quando cheguei o colega enfermeiro me contou que ela precisou ficar. Hoje, havia vomitado ao acordar. Quando fui vê-la, estava bastante sonolenta e referindo ter muita sede. Ainda conseguimos conversar após seu banho, enquanto alguém da equipe penteava o seu cabelo. No decorrer do dia e em meio às atividades, voltava na enfermagem para falar com ela e percebia como ela estava rebaixando seu nível de consciência, parecia estar com sono o tempo todo. Nos corredores, os olhares das enfermeiras e técnicas de enfermagem pareciam assumir uma tristeza já conhecida por elas, uma tristeza de quem sabe o que vai acontecer. Uma nova palavra vinha à tona - cuidados de finitude exclusivo.

Às 18h, do dia 09 de abril, foi constatado o óbito.

Não pude evitar a tristeza e o choro que tomaram conta de mim naquele momento. Segurei um pouco até chegar na porta vermelha que dá para a saída de emergência para desabar.

Essa experiência me colocou em contato com a minha posição frente à morte, e ela carregava muitos sentimentos. Foi muito difícil acompanhar a experiência do adoecimento e

do morrer. Mas, era necessário a partir daqui, reconhecer e aceitar a possibilidade da morte (ULRICH & TAVARES, 2019), inclusive para perceber quais as estratégias poderiam ser colocadas em prática para que estas experiências, marcadas muitas vezes pelo silenciamento, pelo distanciamento e pela solidão, possam ser experienciadas com mais qualidade, com foco no alívio dos sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais.

Logo eu perceberia que os Cuidados Paliativos estavam bastante presentes no cotidiano do hospital. Eraldo, o usuário que também conheci no primeiro dia, havia sido diagnosticado com uma doença renal crônica em estágio final, sem perspectivas terapêuticas curativas para esta condição, além de um diagnóstico de mieloma múltiplo.

Por algumas semanas, logo quando iniciou a hemodiálise, tinha recuperado um pouco a energia e o ânimo, conseguindo conversar através da fala. Me contou sobre sua juventude durante a ditadura militar, nos anos 60, na época que conheceu as discotecas, os aparelhos de som, e o rock, mesmo a contragosto do pai, que desejava um diploma. Ele pediu que eu escutasse uma música para lembrar dele: "Balada do Louco" dos Mutantes, que era sua preferida. Nesse momento, estou escutando e me emocionando ao lembrar de toda essa história.

Sua esposa, Maria, era a acompanhante diária. Sempre aparentava estar muito por dentro do estado de saúde do companheiro. O diagnóstico de uma doença grave, crônica e progressiva não afeta somente a pessoa adoecida, mas sua rede sócio-afetiva, incluindo a familiar (TAVARES, 2019). Um dia ela me esperou sair da enfermaria para me abordar no corredor. Queria falar da sua insegurança, chorar, dizer que estava percebendo as mudanças e que acreditava que a situação era grave. Também queria falar do seu incômodo com a teimosia do esposo, que insistia em querer andar sozinho, mesmo não sendo recomendado devido ao risco de quedas. Entre percepções de "melhoras" e "piores", no dia 14 de abril, houve um rebaixamento significativo no estado geral, onde precisou ser admitido na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

Nesse momento, Maria contava como se apegava à fé para enfrentar o momento atual. A dimensão espiritual (espiritualidade ou *coping* religioso) é utilizada de maneira recorrente como uma estratégia de enfrentamento, e pode auxiliar na elaboração do momento vivido, levando em consideração as diferentes dimensões que compõem os seres humanos (MANTUANI & LIBERATO, 2019). Essa ferramenta se mostrou potente, também, para que a questão da morte emergisse na situação, aparecendo como uma dimensão dessa própria espiritualidade. Na visão de Maria, não via a morte como trágica, mas o encerramento de um ciclo e o início de um novo. Assim, no dia 16 de abril, senhor Eraldo nos deixou.

Essas duas histórias marcaram a minha passagem na Clínica Médica. As duas falam de um lugar em que os Cuidados Paliativos foram vivenciados de uma maneira muito urgente, rápida, atropelada e em situação de terminalidade.

Tavares (2019), em seu artigo sobre cuidados paliativos, terminalidade e luto, traz uma definição de terminalidade segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, onde é definida como um estado clínico grave e irreversível que precede uma morte próxima. Entretanto, a autora realiza um convite para que ultrapassemos essa visão, e propõe que o tema seja trabalhado de forma a ser afetivo e efetivo, assumindo sua fragilidade de forma afável, requerendo zelo e atenção, enxergando a terminalidade como o fechamento e a possibilidade de novas aberturas.

Para que esse cuidado seja tanto afetivo quanto efetivo, Aguiar (2019), considera que o contexto daqueles/as que estão sendo cuidados/as seja observado, avaliado e validado em suas dimensões culturais, religiosas e enquanto grupo social. Ainda pontua que a informação deve fluir durante todo o processo de adoecimento, independente dos itinerários. Nesse percurso, as dúvidas, as perguntas e as fantasias mudam de acordo com o trajeto "e precisam ser acolhidas para que não comprometam o bom andamento do tratamento" (p.18). Ainda, para a autora, os Cuidados Paliativos "não apressam a morte nem prolongam a agonia: aceitam a morte como parte inexorável de um processo" (p. 17).

Uma boa morte, para Ongaro et. al. (2019) seria aquela que acontece com conforto respiratório, sem dor, na presença de familiares, com os desejos realizados, com suporte emocional e espiritual e sem sofrimento hospitalar.

Infelizmente, a impossibilidade de cura ainda é vista por muitos/as profissionais como uma derrota, uma frustração. É comum que, quando diante de pessoas em situação de terminalidade ou em cuidados paliativos, estes/as se deparem com a finitude e reflitam acerca da vida e da própria morte. As autoras relatam que a doença terminal e a morte foram "hospitalizadas" e a sociedade em geral distanciou-se dos problemas do final de vida o que torna não somente a morte o evento mais temido, mas o caminho a ser trilhado até lá (ULRICH & TAVARES, 2019).

"Muitas vezes é necessário que cada membro da equipe, em vez de criar mecanismos de defesa e fuga diante do sofrimento do outro, aceite o risco de sofrer compartilhando sua dificuldade com a própria equipe, fazendo que a união de sentimentos e condutas alivie o sofrimento do próximo" (ULRICH & TAVARES, 2019, p. 144).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 causou impactos na população em geral. As medidas de isolamento e distanciamento social ocasionaram mudanças nas configurações dos diversos espaços, como de trabalho e familiares. Essas medidas acarretaram, segundo Bezerra et al. (2020) sentimentos de solidão, medo, tristeza e ansiedade generalizada. Como já se sabe, a hospitalização também causa diversas rupturas, medos e ansiedade (CREPOP, 2019). Esse cenário pedia muita sensibilidade, cuidado e autocuidado para que se pudesse enfrentar as questões que emergiram diante das incertezas, do pavor e das *fake news*. A pandemia amplificou o que se sentia na hospitalização e, também, impôs novas configurações para este momento.

O hospital, um espaço marcado por demandar sentimentos e práticas complexas, inclui, nessa complexidade, as dimensões do afeto, do acolhimento e da humanização. É urgente a necessidade de se construir a compreensão de que uma conduta humanizada requer aceitar desafios, buscar negociações dentro da realidade, e sair de uma culpa paralisante rumo à responsabilidades compartilhadas (TAVARES, 2019).

Atuar em equipe multiprofissional é um dos princípios dos Cuidados Paliativos, e essa assistência deve ser ativa, integral, voltada para as necessidades físicas, psicossociais e espirituais. Faz parte do papel da equipe pactuar metas que envolvam a pessoa usuária e sua família, assim como manter uma boa comunicação ao longo de todo o acompanhamento. As prioridades de intervenção devem ser o conforto, a qualidade no viver e no morrer, o alívio dos diversos sintomas e da dor, identificando e tratando precocemente. É importante serem incluídos nestes cuidados os dispositivos e recursos disponíveis na comunidade, envolvendo os cuidados domiciliares, unidades de atendimentos terciários e centros comunitários de saúde (PERINA et al. 2019).

O hospital, os cuidados paliativos e a pandemia de COVID-19 marcaram minha experiência enquanto psicólogo-residente em um hospital do nordeste, e foi esta experiência que busquei retratar através desta escrita afetiva.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. F. Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 15-24.

BEZERRA, C. B. et al. Impacto Psicossocial do isolamento durante pandemia de COVID-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. **Saúde e sociedade**, vol. 29, nº 4, 11 dez. de 2020.

BRASIL. Lei nº11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Brasília: Presidência da República**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111129.htm> . Acesso em 17 de janeiro de 2022.

CARVALHO, V. A. Prefácio. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 09-10.

CREPOP. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. **Conselho Federal de Psicologia**, ed. 1, 2019.

CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. Promoção à saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Editora Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2003.

HUNNING, S. M., GOMES, C. A. R. A pesquisa-experiência na psicologia: corpos, afetos e experiências em territórios urbanos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n.2, 2019, p. 100-111.

MANTUANI, S. B., LIBERATO, R. Resignificar a vida pelo câncer: a espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 177-182.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília-DF, ed. 225, p. 276, 23 de nov. de 2018.

MOLINA, M. A. S., MARCONI, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, jul./ago. 2006, p. 514-520.

ONGARO, J. D. et al. O impacto do câncer na família. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 55-64.

PERINA, E. M. et. al. Cuidados Paliativos em psico-oncologia pediátrica: a difícil travessia do viver para o morrer. Em: Psico-oncologia: caminhos de cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 119-126.

REIS, B. A. O., FARO, A. A Residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, jan./jun/ 2016, p. 62-70.

SAVOI, C. G. P. Princípios fundamentais dos cuidados paliativos. Em: Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise e medicina. **Editora Artesã**, ed. 1, Belo Horizonte, 2013, p. 286-303.

SILVA, M. V. "Mulheres cuidadoras" e suas vivências no serviço de transplante hepático em um Hospital Universitário - Ceará. **O público e o privado**, n. 31, jan./jun. 2018, p. 129- 151.

TAVARES, G. R. Cuidados paliativos, terminalidade e luto: o profissional de saúde e os temas delicados. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p.161-168.

ULRICH, R. A., TAVARES, G. R. Cuidados paliativos: o comportamento da equipe do serviço de oncologia diante da morte. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 141-146.

YOUSSEFF, R. M. S., COSTA, D. S. A psico-oncologia e a mediação da finitude na relação mãe-cuidadora e a criança com câncer. Em: Psico-oncologia: caminhos do cuidado. **Editora Summus**, São Paulo, 2019, p. 83-90.