

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JOSEMIR PEREIRA ALVES DA SILVA

**Psicologia e Clínica Oncológica em um Hospital-Escola - reflexões sobre cuidados
paliativos**

MACEIÓ - AL

2022

JOSEMIR PEREIRA ALVES DA SILVA

Psicologia e Clínica Oncológica em um Hospital-Escola - reflexões sobre cuidados paliativos

Trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Psicologia, sob orientação do Prof^o Dr^o Jefferson de Souza Bernardes, do Instituto de Psicologia - IP, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

MACEIÓ - AL

2022

Psicologia e Clínica Oncológica em um Hospital-Escola - reflexões sobre cuidados paliativos

Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um relato de experiência referente ao Estágio Obrigatório Específico em Psicologia - Ênfase em Saúde - do curso de Psicologia, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O objetivo deste trabalho é problematizar os cuidados paliativos como fundamental para as políticas institucionais de clínicas oncológicas.

O estágio foi realizado na Clínica Oncológica do Hospital Universitário Prof.º Alberto Antunes (HUPAA), situado no município de Maceió - AL e compreendeu o período entre outubro de 2021 a julho de 2022, onde foram desenvolvidas atividades nas Enfermarias Oncológicas e na Enfermaria de Hematologia.

Segundo Oliveira et al. (2019), citado por Oliveira e Costa (2022, p. 2):

O estágio configura-se como um momento de transição da vida acadêmica para o mundo do trabalho, no qual estudantes têm a oportunidade de utilizar o conhecimento produzido ao longo do curso para realização de atividades em contextos profissionais e reconhecer potencialidades e limitações da práxis de uma profissão.

Ao longo da graduação, mediante a proposta pedagógica do curso, é possível vivenciar algumas experiências no âmbito da rede pública de saúde. Com isso, pude acompanhar a rotina de psicólogas/os do HUPAA, assim como também, de seus/suas estagiários/as em outro momento da graduação. Eram outros contextos, foram estágios de acompanhamento/observação e em outros momentos estive nesses espaços através de PIBIC. Dessa forma, não demandava tanta interação com os/as demais membros da equipe multiprofissional, pois basicamente estava junto às psicólogas. No entanto, agora enquanto estagiário no setor, se fez necessário a comunicação frequente com estes/as profissionais, a fim de alinharmos possíveis intervenções que resultassem no bem-estar dos/as usuários/as. Assim, como se destaca que:

No caso da formação em saúde, o estágio também é o momento de ter contato com outros trabalhadores e com usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, o estágio é entendido como um espaço de vivências de integração ensino-trabalho. Ao considerar essas vivências, o presente estudo enfoca a experiência

psicológica de inclusão entre estudantes de Psicologia, cujos estágios curriculares foram realizados em equipes multiprofissionais de saúde, que são grupos constituídos pela diversidade na formação educacional e na experiência funcional, entre outras características. (Oliveira e Costa, 2022, p. 2)

Nesse sentido, enquanto estagiário, são outras experiências, novas perspectivas e não mais a vivência de estudante nos períodos iniciais da graduação, em visita acompanhada. Assim, pude exercitar minha autonomia nos atendimentos, tendo sempre orientação, tanto do/a preceptor/a, do supervisor e da supervisora, dos/as residentes de psicologia, demais estagiários/as e profissionais que atuavam no setor. Com isso, alinhando teoria à prática, ganhando experiência profissional e repertório, mediante atuação no serviço.

[...] O estágio é compreendido, de acordo com Ana Lucia Marran e Paulo Gomes Lima (2011 *apud* SANTANA et al, 2017, p. 513) como um período dedicado a um processo de ensino e de aprendizagem, entendendo a ação formativa como dimensão permanente na área profissional que resulta no desenvolvimento de habilidades e competências. Os repertórios linguísticos identificados neste conjunto de sentidos foram: “aluno”, “graduando”, “processo de formação”, “complementação do ensino-aprendizagem”, “procedimento didático-pedagógico”, “processo educativo”, “processo de formação”, “atividade curricular”, “conjuntos de atividades de formação”, “natureza formativa”, “vinculado ao projeto pedagógico”, “desenvolvimento integrado de competências e habilidades”, “desenvolvimento sociocultural ou científico”, “projeto pedagógico do curso”, “itinerário formativo do educando”. (SANTANA et al, 2017, p. 513)

Alinhado com essa perspectiva de estágio curricular obrigatório e como mencionado anteriormente, o meu estágio se deu no contexto do Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do HUPAA, que é porta de entrada para usuários/as que demandam cuidados nessa área de saúde. Quando precisam de uma atenção redobrada, um suporte material e técnico que não se pode ter em casa, estes/as são internados/as na Clínica Oncológica/Hematológica, onde atuei.

Tendo em vista, que essa clínica atende exclusivamente pacientes com os mais diversos tipos de cânceres, é importante partirmos desse ponto:

Atualmente, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido. (INCA, p.5, 2020)

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), o corpo humano possui diversos tipos de células, que recebendo estímulos orgânicos naturais ou patológicos podem crescer, se multiplicar e morrer de maneira ordenada. Porém as células cancerosas,

terminado esses estímulos, continuam crescendo, replicando-se de forma desordenada e agressiva, gerando novas células anormais e persistentes. Estas células são denominadas tumores e podem ser benignos ou malignos.

Quando se trata de cânceres e neoplasias malignas, o câncer de mama aparece como o segundo mais frequente no mundo, sendo o primeiro entre mulheres adultas e, é o causador da morte de uma parcela importante dessa população acometida. A partir do diagnóstico, a rotina da pessoa muda abruptamente, tendo em vista algumas limitações em decorrência da doença e do tratamento oncológico em si. No entanto, quando diagnosticado precocemente, as chances de um bom prognóstico e cura são relevantes (PINA; FRANCO, 2021, p. 179)

[...] Em 2018, o Instituto Nacional de Câncer (Inca) estimou que foram diagnosticados 59.700 novos casos de câncer de mama no país, dos quais 24,8% são diagnosticados tardiamente, podendo vir a óbito, e, em 70% desses novos casos, mulheres podem perder as mamas por meio da mastectomia (PINA e FRANCO, 2021, p. 179 *apud* PORTO, 2017)

Apesar desses números atualizados de casos diagnosticados, há uma demanda antiga, que fez com que a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, fosse instituída e que

Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. (MS, 2014)

Nela, constam as estruturas dos serviços especializados, nomeando-os de forma específica, como mostra:

Art. 2º - A rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no eixo temático do câncer é constituída pelos seguintes componentes:

Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar - CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e Complexos - Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, dos Sistemas Logísticos e Governança, descritos nas [Portarias nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013](#) e na [Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013](#) (MS, 2014).

Ainda nesta portaria, no art. 18, inciso V, alínea a), se estabelece a presença de psicólogo/a clínico/a na equipe multiprofissional desses serviços, assim como também contempla outras profissões, como: serviço social, nutrição, farmácia, fisioterapia,

fonaudiologia, entre outras. Dessa forma, preconizando um serviço que visa assistir as pessoas usuárias de forma integralizada, como prevê os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (MS, 2020).

É nesse contexto, que se inicia minha atuação como estagiário em Psicologia no setor. Em diálogo com a literatura, levantarei alguns questionamentos e trarei ilustrações através da minha vivência nos atendimentos realizados na clínica onde desenvolvi o meu estágio. As ilustrações serão feitas através de relatos dessas interações pacientes – estagiário de psicologia, onde trarei as demandas e as intervenções realizadas. Adotarei nomes fictícios para manter o anonimato e preservar a imagem dos/as usuários/as.

Entrada no Estágio - Clínica Oncológica

O CACON estava em reforma e não comportaria a atuação de um/a estagiário/a. Assim, inicialmente, acompanhei a psicóloga de referência em alguns de seus atendimentos na Clínica Oncológica, como serviço adicional ao CACON, conforme art. 4º, § 1º. Também nesse momento inicial, tive o acompanhamento de um residente de psicologia do primeiro ano (R1), do programa de Residência Multidisciplinar de Saúde do Adulto e do Idoso. A Residência, também possui a Clínica Oncológica como cenário de atuação.

Em determinado momento, a psicóloga e o residente me incentivaram para que eu desse início aos atendimentos. Foi estabelecida uma divisão aleatória, por casos que ele admitia através de visitas de sua equipe multiprofissional, composta também por outros/as profissionais residentes. Em outro momento, em função de questões vinculadas ao trabalho, nossa preceptora pediu transferência para outro Estado. Assim, o residente ficou como psicólogo de referência, meu preceptor.

Entretanto, ainda antes do término do primeiro semestre do estágio, o residente por dinâmica e cronograma da residência mudou de cenário. Como ainda não haviam chegado os/as novos/as, nem o novo psicólogo nomeado pela empresa que gerencia o Hospital Universitário, a preceptoria ficou sob os cuidados da psicóloga de referência da UTI geral. Quando iniciei o estágio 2, o psicólogo substituto já havia sido nomeado e passou a ser o referencial do setor.

Vale salientar que, em função da pandemia pelo covid-19, o estágio se deu pós-período de isolamento social. Com isso, qualquer paciente que apresentasse sintomas de síndromes gripais, era devidamente isolado/a em uma enfermaria exclusiva e só liberado/a, após resultado de exame laboratorial negativo. Se positivado/a, cumpriria o período de quarentena e após o fim dos sintomas e mediante novo teste, retornava para a enfermaria de origem.

As enfermarias são bastante movimentadas, há uma quantidade significativa de pessoas adentrando quase que o tempo todo. São os/as funcionários/as de serviços gerais, os/as profissionais de saúde, que demandam atenção e diálogo com os/as pacientes, assim como os/as acompanhantes, que precisam atender a essas solicitações e cuidados. Diante disso, em alguns momentos, é comum encontrar condições caóticas para o atendimento psicológico individual.

Geralmente me questionava sobre o sigilo de tal prática naquele contexto conturbado e do desconforto dos/das acamados/as, em se expressarem intimamente, diante de outras pessoas. O que pode justificar a recusa de alguns/algumas deles/as em receber atendimento psicológico. Em alguns momentos, eu me sentia desconfortável em manejar alguns assuntos delicados que apareciam nos atendimentos. Também era comum em outros momentos, dificuldade em ouvi-los/as, ora pelo barulho, ora por condições clínicas não favoráveis deles/as mesmos/as, o que comprometia a comunicação e o manejo nesses encontros.

Dada essas questões, me perguntava sobre que possibilidades sustentavam a construção de um setting terapêutico no hospital. Seria necessário para essa escuta um ambiente mais reservado? Como e o que seria possível nesse contexto? Buscando em minhas leituras sobre o tema, encontrei que:

É muito comum o psicólogo reclamar incessantemente dos médicos por não ter um lugar para trabalhar. De que lugar ele está se queixando, e logo para o médico? É preciso se pensar na possibilidade de sua queixa se referir não exatamente à falta de sala (porque ter uma sala é - ou deveria ser - uma consequência lógica da contratação de um psicólogo quando ele é necessário), mas ele pode estar se queixando da falta de um outro espaço, sem muitas vezes se dar conta disso. (MORETTO, 2020, p. 104)

O lugar ao qual a autora se refere, diz respeito à nossa posição subjetiva de sujeito suposto saber, que trabalha em função do/a paciente, ou seja, de seu inconsciente. Esse é

um lugar que deve ser claro, esse lugar é no psiquismo do paciente. (MORETTO, 2020, p. 105)

O analista é, para o seu paciente, ora aquele que sabe sobre o seu Inconsciente, ora o objeto de amor que vai satisfazê-lo para sempre (é isso que ele imagina!). Se ele sabe manejar a transferência, a partir da demanda de análise, o seu lugar está garantido (MORETTO, 2020, p. 105).

Nesse sentido e diante dessas limitações físicas e algumas vezes pessoais, enquanto estagiário iniciando a prática clínica no âmbito hospitalar, me coloquei em constantes reflexões e em suspensão algumas dessas limitações, para dar prosseguimento ao trabalho. Para isso, minha análise pessoal, as supervisões com o professor e a professora responsáveis pelos/as estagiários/as, no cenário da psicologia em interface com a saúde e preceptorias com o psicólogo de referência e residentes, além de discussões de casos com outros/as estagiários/as, foram de fundamental importância nesse processo de construção de uma atuação consistente e implicada.

Psico-Oncologia

Durante a vivência no estágio, é fundamental se aproximar de conceitos importantes para quem se interessa pela psicologia da saúde, em diálogo com doenças terminais. Dessa forma, pude estudar sobre o conceito de Psico-Oncologia, que vem na perspectiva de assistir de forma integrada ao/à paciente e sua família, oferecendo suporte para que estas pessoas encontrem recursos para lidarem da melhor forma, com sua nova realidade. Logo, “[...] a Psico-Oncologia se ocupa dos aspectos psicológicos, afetivos e emocionais do paciente que tem ou teve câncer.” (AGUIAR, 2019, p. 18)

Nesse campo é possível estudar para lidar com algumas ou todas essas perspectivas da vida de uma pessoa adoecida: qualidade de vida; sobrevivência e convivência com o câncer; término do tratamento; anseios e também a possibilidade de não ser curado/a. Todas essas expectativas, demandam muita energia psicoemocional, tanto do/a enfermo/a, quanto de seus familiares, porém

O paciente de câncer tem muitas vezes dificuldade de reconhecer suas necessidades físicas e afetivas. E, se não consegue reconhecê-las, não pode atendê-las. O não reconhecimento de suas necessidades resulta numa quebra de qualidade de vida, uma vez que o próprio movimento de introspecção, natural quando estamos diante de uma adversidade, pode agravar o isolamento. Portanto, mais perdas são vivenciadas, o que desencadeia outros processos emocionais. (AGUIAR, 2019, P. 16)

Alguns desses processos, pude acompanhar quando fui introduzido nas reuniões da Comissão de Cuidados Paliativos do HUPAA, a ComCuidado. Nela, se discute semanalmente entre os/as profissionais que a integram, os casos que são acompanhados através de visitas domiciliares duas vezes por semana, além das visitas realizadas nas enfermarias do HU. Para isso, existem duas equipes distintas, visando uma assistência e continuidade na atenção. Nessas reuniões, o que chama a atenção muitas vezes, é a maneira como os/as profissionais que não são da área psi, se colocam e buscam respaldo teórico para abordarem o tema.

Sabe-se que, nem todos/as os/as pacientes vivenciarão o processo de cura da doença. Dessa forma, as intervenções não visarão mais o tratamento para a cura, mas sim apenas o conforto e qualidade de vida.

Cuidados paliativos:

E quando todos os investimentos médicos e da equipe multiprofissional não são mais suficientes? Quando o organismo não corresponde ao que se espera do tratamento? Foi no cotidiano da Clínica Oncológica e em reuniões da ComCuidado, que pude conhecer e experienciar o conceito de Cuidados Paliativos.

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças graves e avançadas, que ameaçam a continuidade da vida. Deve ser entendido como o conjunto de cuidados ativos e totais que visa melhorar a qualidade de vida frente a uma enfermidade que não responde a terapêuticas curativas. A palavra “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto. Essa imagem simboliza a ideia de proteção, acolhimento e cuidado (MOURA *et al.*, 2013, p. 286).

Saúde e integralidade

Buscando na literatura, encontra-se que um dos princípios norteadores da Psico-Oncologia é: “[...] que o cuidado precisa ser integral. Talvez essa premissa, por si só, já explique por que a Psico-Oncologia não é exclusividade do psicólogo, mas uma filosofia de cuidar que deve perpassar todos os que compõem uma equipe de tratamento oncológico.” (AGUIAR, 2019, p. 19). E foi justamente o que vivenciei nas reuniões e discussões da ComCuidado, profissionais comprometidos e engajados no acompanhamento de cada usuário/a que se encontrava em cuidados paliativos.

No entanto, é fundamental a noção de que cada profissional tem sua função e contribuição a dar no cenário, de acordo com sua área de conhecimento específico. É

levando em consideração o todo, mas também a especificidade de cada caso (AGUIAR, 2019, p. 19). Nesse sentido, é de responsabilidade do/a psicólogo/a com formação em Psico-Oncologia “identificar as questões psicossociais e os contextos ambientais que possam facilitar o processo de enfrentamento da doença, tendo em vista que os envolvidos estão sempre expostos a situações potencialmente estressantes” (AGUIAR, 2019, p. 20).

Da mesma forma, quando o/a médico/a responsável cuida para dar o melhor suporte de dor, por exemplo, e assim abrir caminho para que outras dimensões do sujeito possam emergir. A integralidade está em abarcar todas essas dimensões, contudo, é importante que todos/as possam exercer a contento suas funções. “A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.” (MATTOS, 2006, p. 8)

Quando se trata de integralidade, é fundamental levar em consideração tanto de forma institucional dos preceitos do SUS, da saúde pública no geral, quanto a nível individual, enquanto postura e atuação de cada profissional. Assim, considerar que o sujeito é um conglomerado de questões subjetivas, que refletem diretamente nas suas emoções e conseqüentemente, em sua percepção de mundo. Dessa forma, ir para além de questões objetivas / orgânicas.

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos. (MATTOS, 2006, p. 14)

E nesse sentido, foi possível vivenciar na clínica oncológica, o real efeito da integralidade, experienciando e aprendendo com os/as profissionais com quem convivi, sobre afetos, sensibilidade e senso de presença na prestação desses serviços. Assim como preconiza (Mattos, 2006, p.15): “[...] integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro [...]”

Dimensões do indivíduo

O Cuidado Paliativo consiste numa abordagem multidimensional, que engloba cuidados que vão desde o manejo da dor, até questões de ordem social e espiritual. Devem ser introduzidos desde o diagnóstico da doença incurável, passando pela finitude da vida e se estendendo ao acolhimento dos familiares enlutados (MOURA *et al*, 2013, p. 286). A perspectiva e o foco dos cuidados paliativos se dá na pessoa e em seu bem-estar e não mais na relação doença-cura.

Os Cuidados Paliativos modernos são uma especialidade relativamente nova, nascida no final da década de 1960, na Inglaterra. Pioneira na criação e desenvolvimento dos princípios norteadores da prática paliativista, Cicely Saunders foi enfermeira, assistente social e médica, e disseminou pelo mundo uma nova maneira de cuidar de pacientes sem possibilidade de cura, focando o cuidado no indivíduo e não mais na doença. (MOURA *et al*, 2013, p. 287)

Dessa forma, “Saunders propunha uma abordagem holística e centrada no paciente, objetivando o apoio integral e alívio dos sofrimentos físicos e emocionais durante a vivência da doença. [...]” (MOURA *et al*, 2013, p. 287). E para que esse apoio integral seja possível, se faz necessário a integralização de uma equipe diversa em conhecimentos específicos e técnicas distintas, mas que se combinem entre si, visando esse suporte multifocal no/a enfermo/a.

No hospital, é possível observarmos na equipe multiprofissional, a presença desses profissionais de saúde, juntamente com o/a assistente social. No entanto, quando se fala de cuidados paliativos, leva-se também em consideração a espiritualidade como parte constituinte do sujeito e conseqüentemente desse cuidado integral. Nesse sentido, observei na Clínica Oncológica, integrando a equipe de cuidados paliativos, a presença atuante do capelão evangélico, em visitas a/à alguns/algumas pacientes. Isso se dá, pois

[...] a espiritualidade é um tema que vem chamando a atenção dos profissionais da saúde no que se refere ao cuidado humano, pelo fato de as pesquisas demonstrarem que este pode ser um caminho para melhorar a qualidade de vida dos enfermos, assim como estimular maior rapidez no processo de cura ou enfrentamento das doenças. Então, aí se encontra a força da espiritualidade como um instrumento de promoção em saúde que permite superar os limites do conhecimento científico da biomedicina, a qual não consegue responder às múltiplas dimensões do ser humano, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais. (ARRIEIRA *et al*, 2011, p. 314)

Falar de ser humano, é falar de tantas dimensões quantas forem possíveis na constituição de sujeito. Mas por muito tempo, principalmente no contexto de internação

hospitalar, só se levava em consideração a parte biomédica e o objetivo era estritamente o do tratamento da doença e possível cura. Contudo,

Esse sujeito, ao se ver doente, percebe-se limitado, tanto economicamente quanto fisicamente. Essas limitações colocam em causa um dos pilares básicos para a sua atribuição de sentido existencial, que é sua autonomia, seu ser no mundo, sua liberdade de agir, decidir sobre sua vida e suas escolhas, isto é, sua itinerância./ Destacou-se também, diante dessa vulnerabilidade na autonomia, a importância do apoio social ao sujeito com câncer em cuidados paliativos exclusivos para desenvolver conforto, segurança, carinho. Nesse sentido, a família torna-se parte do processo terapêutico. Por outro lado, verificou-se que a família, apesar do apoio dado ao paciente, pode se posicionar de forma paternalista, passando a tomar decisões que o privam do exercício da autonomia, apropriando-se, de forma involuntária, do corpo e dos desejos do outro. (RODRIGUES *et al*, 2020, p. 356)

Quando isso acontece, é fundamental a intervenção dos profissionais que estão responsáveis pelo caso, sobretudo entendendo como responsabilidade maior do/a psicólogo/a. Pois é o/a profissional que acompanha de forma mais próxima as questões de ordem psicossocial, como já antes apontado. Nesse sentido, sempre procurei propor reflexões a esses familiares, a fim de buscarmos o melhor encaminhamento possível para o caso e sempre que via uma necessidade específica, reportava para a assistente social do setor, por exemplo.

Finitude da vida

É durante essa vivência com a doença, que a pessoa irá se deparar com algumas questões importantes. Muitas decisões precisarão ser tomadas a partir do diagnóstico, tratamento e evolução do quadro para cura ou até agravamento. Um desses fatores que são cruciais para o bom andamento do processo, um cuidado integral e de qualidade, é uma comunicação eficaz, sem silenciamentos por parte dos familiares ou do/a adoecido/a. Pois silenciar, mesmo que seja na tentativa de proteger o/a paciente ou alguns familiares, compromete o acolhimento. (AGUIAR *et al*, 2019, p. 57)

Alguns familiares optam, ainda, por não partilhar a notícia do diagnóstico com o paciente, mantendo-o na ignorância. Constitui-se, assim, um pacto de silêncio, chamado também de “conspiração de silêncio”. Tal atitude compromete a comunicação com e entre a equipe e a unidade de cuidado, dificultando o apoio da família. Mesmo que num primeiro momento todas as informações sejam compartilhadas, muitos familiares preferem omitir quando o resultado do tratamento não é o esperado ou a doença está em estágio avançado, temendo que o paciente interrompa o tratamento. Muitas vezes a família considera que seus integrantes potencialmente mais fortes poderão ter ciência do diagnóstico, devendo os mais frágeis - inclusive o paciente - ser poupados. (AGUIAR *et al*, 2019, p. 57)

Situação que vivenciei com alguns/algumas usuários/as na clínica. Como por exemplo, em um dia que fui atender uma jovem de 20 anos, junto com o terapeuta ocupacional e suas estagiárias, para anamnese e ela aguardava o diagnóstico de seu quadro clínico, acompanhada por sua tia. Nessa ocasião, chegou a equipe médica para conversar e durante o diálogo, a médica responsável informou que se tratava de Leucemia Linfóide Aguda (LLA). A jovem estava esperando o pai, que quando chegou na enfermaria, a médica já havia saído com seus/suas residentes, mas prometera voltar para conversar com ele também.

A paciente só chorava, o que é natural quando se recebe o comunicado de uma notícia difícil e ele expressou sua raiva pela forma com que o diagnóstico havia sido dado. Pois segundo ele, a abordagem da equipe tinha sido totalmente despreparada, inconveniente e hostil. Vindo em comitiva, se dispôs ao redor do leito e a observando de forma intimidatória. Porém, como ele havia pego o resultado antes, já sabia qual era a situação. Contudo, em seu relato, insistiu tentando consolá-la à força e de forma bem incisiva: “olhe para mim, tá chorando porque? Olhe para mim... Ei! Nada mudou, não é nada do que já não soubéssemos”. No entanto, ele havia passado outra informação para a filha, dizendo que se tratava de Anemia Falciforme Aguda.

E era justamente o que a paciente sabia, quando perguntada pela médica do que haviam dito sobre sua doença: “é uma doença no sangue, mas sem diagnóstico fechado e que ainda está muito no começo”. E, ao longo do atendimento, pude observar o quanto ele tentava proteger sua filha da realidade concreta de seu diagnóstico, ao passo que ele quase não a deixou responder às perguntas durante a anamnese. Até mesmo perguntas que eram exclusivas de sintomas que só ela poderia descrever, ele intervinha tentando justificar e chegou a expressar que não haveria nada que eu pudesse perguntar, que ele não pudesse responder, pois ele seria “um pai muito presente” (sic).

Situação que evidenciou o quanto ele gostaria de manter sob controle e em sigilo o diagnóstico, na tentativa de preservá-la. Contudo,

A informação é extremamente terapêutica. Estar informado e ser orientado de forma correta dá segurança à unidade de cuidado e permite conhecer todos os aspectos que norteiam o tratamento, o que fortalece os mecanismos internos do paciente para enfrentar a doença. O desconhecido, o que não é dito ou não esclarecido, forma uma nuvem de obscurantismo que gera fantasias nebulosas e, muitas vezes, inverídicas sobre o que está acontecendo com o paciente e com o seu corpo (AGUIAR *et al*, 2019, p. 58)

Logo, minha intervenção foi primeiramente dar o suporte emocional que a paciente demandava, respondendo algumas perguntas sobre o que ela esperava de nossa atuação, sanando assim alguns temores, também tentando neutralizar a atuação do pai em reprimi-la para que ela não viesse expressar seu descontentamento, apontando a naturalidade dessa reação diante dessas situações e gerenciando na medida do possível essas interações pai-filha. Questão que foi interpretada por mim como excesso de controle por parte do pai, o que resultava na falta de autonomia da paciente. Já o fisioterapeuta o interpretou como um pai muito zeloso e amoroso (sic). O que me fez estar mais aberto e menos resistente à presença marcante desse pai na cena.

Transmitindo informações importantes

Além da questão da conspiração de silêncio, ainda pude observar a forma de lidar de alguns/algumas médicos/as, que diante de um diagnóstico e/ou prognóstico negativos, ou seja, quando o corpo adoecido não corresponde de forma esperada ao tratamento, eles/as sentem dificuldade em transmitir a informação. Muitas vezes, por certo desconforto em lidar com demandas emocionais do/a usuário/a, como aponta Aguiar *et al* (2019): “As fortes emoções envoltas no diagnóstico de doenças que ameaçam a vida, com reações de medo, negação, raiva, luto etc., fazem que os médicos tenham dificuldade de lidar com elas e muitas vezes usem o afastamento e a despersonalização como fuga.” (AGUIAR et al, 2019, p. 43)

Era comum perguntar aos/às pacientes em atendimento psicológico, o que a equipe médica havia dito sobre o quadro clínico, andamento do tratamento, evolução da doença e receber de volta uma negativa. Relatos de que não se dizia nada para eles/as ou quando diziam, não era captado, visto o vocabulário técnico que se é utilizado. Contudo, sempre os/as instruía, incentivando-os/as para que tirassem tanto dúvidas, quanto relatassem suas principais queixas. Para que se sentissem participantes, atuantes no processo, a fim de trabalharmos a autonomia e poder de decisão consciente ao longo do internamento. Tudo isso avaliando suas possibilidades de enfrentamento, potencialidades e sempre respeitando seus limites.

Nota-se, em nossa prática profissional, a importância da intervenção do psico-oncologista em todo o processo de aceitação da doença, bem como no decorrer do tratamento. A psico-oncologia busca incentivar a participação ativa do paciente no seu tratamento, estimular ações que melhorem sua qualidade de vida e trabalhar a comunicação entre o paciente e a família e da unidade de cuidado com a equipe médica. Dessa forma, é imprescindível o esclarecimento

de dúvidas em relação ao câncer e aos procedimentos, mas sobretudo aquelas que desmistificam a doença (AGUIAR et al, 2019, p. 59)

Perdas e vivências - Ártemis

É natural que as possibilidades vão diminuindo gradativamente ao longo da vida, especialmente quando se tratam de pessoas que estão com doenças oncológicas. Com isso, são vivenciadas perdas muitas vezes irreparáveis e, é comum que exista resistência para abrir mão do que já se conhecia de si mesmo/a, assim como também de ideais, convicções etc.

Contudo, perder faz parte da constituição humana, sendo intrínseco à nossa condição de existência (VIORST, 2005, p. 243). Desde o estado de homeostase e paraíso inicial no útero da mãe, passando pela ilusão da fusão primordial: mãe – bebê (LACHAUD, 2077, p. 39), perpassando por todas as fases da vida, sempre existirá, em maior ou menor grau, perdas simbólicas ao longo desses processos: perda da infância, da adolescência, do vigor físico que só declina desde o auge da vida adulta, até a chegada da velhice. A grande questão é qual o suporte que tivemos para lidar com elas. Como nos sentimos e como foram significados esses desamparos?

Quando se tratam dessas perdas que desamparam, a experiência de internamento pode potencializar ainda mais essa sensação. São recidivas, perda da rotina laboral, possibilidade do recebimento de notícias difíceis etc., questões que são intrínsecas ao tratamento e que desgastam as pessoas envolvidas. Esses desgastes são experienciados de diferentes formas, de acordo com cada fase da vida e do repertório pessoal. “Pediram a um garoto de oito anos um comentário filosófico sobre a perda. Menino de poucas palavras, ele respondeu: ‘Perder suga a gente’. Em qualquer idade, temos de concordar: perder é difícil e doloroso.” (VIORST, 2005, p. 14/15)

Diante dessas realidades, podemos lidar de diferentes formas com as perdas e para isso, lançarmos mão de mecanismos de defesa, que muitas vezes são inconscientes. Dentre eles, está a negação.

A negação é um mecanismo psicológico eficaz para lidar com situações angustiantes. Quando se escolhe não acreditar que algo ruim ou terrível está acontecendo, é possível evitar completamente o sofrimento. Entretanto, podem surgir dificuldades à medida que se torna cada vez mais difícil ignorar as evidências de que algo não vai bem: uma pessoa que não aceitou uma notícia ruim naturalmente não se preparou, do ponto de vista emocional, para recebê-

la. Se a negação desmoronar de repente, essa pessoa pode ficar sufocada pela percepção de que tudo deu muito errado. (MANNIX, 2019, P. 72)

Contudo, “para as famílias, pode ser um grande desafio viver ao lado de alguém que se mantém firme na negação de uma verdade difícil de aceitar.” (MANNIX, 2019, P. 72). Situações que eram comuns de presenciar em alguns de meus atendimentos. Mas “qual é a solução que nós, como profissionais, podemos oferecer quando não há tempo sobrando para ajustes emocionais? Compactuar com a negação significa mentir ou demonstra respeito pela escolha do indivíduo?” (MANNIX, 2019, P. 72). Comumente me pegava nessas reflexões.

Como lidar com a negação da realidade? Questão recorrente nos meus atendimentos diários com a Ártemis (nome fictício), uma senhora muito introspectiva, de fala calma e suave. Nunca apresenta queixas ou demandas, apenas respondendo o necessário, geralmente bem objetiva em suas respostas, costumando não desenvolver os temas abordados. Ela deu entrada no hospital, com o diagnóstico de leucemia mieloide aguda (LMA) e em seu município não tinham recursos para tratá-la adequadamente. Seu estado demandava cuidado imediato, já estava há quinze dias internada e não havia começado o tratamento quimioterápico, pois precisava resolver o quadro inflamatório primeiro.

Costumava não pedir ajuda quando precisava, mantendo-se irredutível em sua postura diante de alguns/algumas profissionais da equipe multiprofissional. Dentre estes, estava eu, a abordando diariamente e oferecendo os serviços da psicologia. Mas Ártemis negava os cuidados, alegando sempre que estava muito bem. Na tentativa de prolongar a conversa e engatar em algum enredo, eu começava perguntando como tinha sido a noite, se já tinha se alimentado, como estava sendo tratada, quem estava a acompanhando, a fim de também avaliar seu grau de percepção, nível de consciência, humor e memórias de curto e longo prazo. “Está tudo bem, doutor... estou muito bem!”, era geralmente sua resposta.

Certo dia, enquanto eu atendia outra paciente na cama à sua frente, observei a forma costumeiramente objetiva e agora ríspida, como ela respondia à médica residente que tentava avaliar suas condições clínicas. Mais uma vez, Ártemis relatava não ter nenhuma queixa significativa que demandasse algum cuidado. Terminado o atendimento à sua vizinha de quarto, quando a abordei, ela parecia tentar fazer com que eu não me

aproximasse, sendo visivelmente ríspida e com sua prática habitual de dizer que estava bem. A observei bem desconfortável no leito, ela havia escorregado pela cama que estava com a parte superior elevada e suas pernas estavam dobradas, o que a impossibilitava de esticá-las.

- A senhora consegue esticar suas pernas D. Ártemis? Essa posição está confortável para a Sr.^a?

- Estou sim, meu filho.

E tentando esticar as pernas para me mostrar, deixava claro a posição ergonomicamente desconfortável em que se encontrava. Nesse momento, sua filha que a acompanhava, estava deitada de costas dormindo e imediatamente se levantou e se situando, me ajudou a colocá-la de volta na posição correta. Ao passo que pude observar e sentir suas costas molhadas e o lençol encharcado e quente. Perguntei o que poderia ter sido e ela prontamente me respondeu que não tinha sido febre e depois de ser perguntada mais uma vez, na tentativa de assisti-la de pronto, Ártemis relatou que havia urinado, mas que não era nada e estava tudo bem. No entanto, pontuei que ela precisaria de roupas secas.

Ao passo que fui perguntando como ela estava e o que a equipe médica havia dito para ela. Na mesma hora a filha respondeu que eles não falam nada a ela. Naquela tarde, eu havia recebido informação da residente de Psicologia, que uma médica havia chamado a filha de Ártemis para conversar em particular no dia anterior e é sabido que quando isso acontece, não é para dar boas notícias. Com isso, eu já estava preparado para conversar com sua filha, para saber o que tinha sido repassado para ela, acolhê-la dando o suporte emocional que ela precisasse. Pois apesar do foco do atendimento ser no/a paciente, quando se demanda espontaneamente ou se percebe essa necessidade, estendemos o atendimento aos/às acompanhantes também.

O que me chamava a atenção com relação à Ártemis, era o fato dela sustentar um discurso de que tinha fé que iria ficar boa, para sair logo dali. Mas era um discurso que não condizia com sua postura complacente e indisponível emocional e fisicamente. Sua boca falava, mas seu corpo não se expressava em consonância ao discurso. Parecia haver uma negação clara da realidade dos fatos e isso só se agravava ao longo do internamento. Então eu perguntei à filha: Será que ela não entende ou não quer entender seu quadro? E

a filha afirmou que ela não entendia mesmo, atrelando o fato ao seu nível baixo de instrução escolar.

Mas na mesma conversa, ela me confessou o que outra filha já havia me dito, que sua mãe foi uma pessoa ausente para elas. Até então era só essa parte da história que eu conhecia e isso interferia diretamente na relação mãe - filhas e no cuidado que elas ofertavam. Questão que interpretei como impeditiva para Ártemis, pois poderia se sentir em dívida com as filhas e assim, não demandava os cuidados de que realmente precisava. Não fazia pedidos, não manifestava queixas às equipes multi e médica. Contudo, seguia manifestando seu descontentamento em permanecer ali apenas para uma de suas acompanhantes (filha).

E nesses movimentos e aos poucos, ela se percebia se aproximando de forma consciente ou não, dessa finitude incomensurável e eu investia dia após dia nesse cuidado.

[...]

Morte e Luto

São algumas dessas perdas que nos colocam diante da realidade da vida, nos fazendo experienciar esses lutos e

Para começar a escrever sobre a psicoterapia com enfoque no luto, é preciso, inicialmente, esclarecer que as pessoas que enfrentam esse processo encontram-se extremamente fragilizadas e, portanto, possuem uma demanda especial. Sabe-se que cada luto é único e não existe maneira de padronizar ou prever de que forma o processo de dará; [...] (POLIDO, 2014, P. 15)

Em minha vivência na clínica pude identificar que o luto não é apenas em relação aos familiares que perdem seu/sua ente querido/a, mas um processo contínuo de experiências vivenciadas por todas as pessoas envolvidas no contexto de adoecimento. Nesse sentido, o/a próprio/a paciente sofre perdas que demandam dele/a um processo de reorganização psicoemocional. Os limites do corpo, as perdas simbólicas desses convívios e das formas de se relacionarem com o meio e com as outras pessoas. É recorrente ouvir nos atendimentos individuais, relatos deprimidos sobre a perda de suas subjetividades, dessas características que os/as diferenciavam enquanto sujeitos.

Inúmeros são os lutos que podem ser vivenciados por uma pessoa, não se restringindo à ocorrência de uma morte, para ser considerado um processo de

luto reconhecido, segundo a sociedade ou pelo enlutado. Dentre esses lutos, está o término da graduação que constitui um rito de passagem e envolve as perdas advindas junto às mudanças no cotidiano (individuais e sociais); perda de alguém importante por morte; mudança de cidade, bairro, país; perda de membros, animais de estimação, transições do ciclo vital; entre outras situações que podem vir contribuir para o enfrentamento de um processo de luto. (FRANCO; ANDERY; LUNA, 2021, p. 41)

Ainda sobre o contexto de minha atuação, existiram restrições dentro do campo, pois diferente da comissão de cuidados paliativos, que dá continuidade ao cuidado nos lares de cada doente, no hospital o acompanhamento é encerrado no momento que o leito é liberado. Essa liberação pode se dar através de alta médica ou óbito. Isso refletiu diretamente no meu relato, pois ao não vivenciar esse processo de acompanhamento das pessoas enlutadas na prática clínica, não me aprofundarei sobre o tema na perspectiva desse relato.

Contudo, considero a importância de se observar minimamente nesse texto o processo de luto através dos óbitos de alguns/algumas desses/as usuários/as. Como citado no livro educação sobre a morte:

Ao vivenciar uma perda, adentra-se um mundo sombrio e temeroso. É sem dúvida uma das experiências humanas mais dolorosas e traumáticas, deixando um grande vazio na vida de quem se depara com ela, vindo à tona os laços afetivos criados ao longo da vida, o apego, que corresponde a uma ligação especial com alguém, a chamada figura de apego. (ESCUDEIRO *et al*, 2021, p. 91)

Essa ligação construída ao longo da vida, quando se vê rompida, dá lugar a um sentimento naturalmente humano - a tristeza.

Muitas vezes a tristeza está ligada ao fato de que alguém que amamos deixou de existir fisicamente. Se essa pessoa não está mais entre nós, é como se, de alguma maneira, nosso amor por ela perdesse o sentido. A verdade, porém, é que a tristeza nos leva para a essência desse afeto. Só sentirá tristeza quem amou. Às vezes amamos a pessoa errada, o projeto errado, o trabalho errado, a realidade errada, mas amamos! E quem experimenta o amor experimenta também a tristeza. (ARANTES, 2021, p. 47)

A tristeza nos revela toda a potência da nossa coragem. Para amar é preciso ter coragem. Para amar é preciso ser corajoso, pois o risco de perder está à espreita. Quando se ama, há a entrega completa. E, quando a entrega é completa, só o fato de termos vivido um tempo com a presença física daquela pessoa já é o bastante. (ARANTES, 2021, p.47)

Porém por algum tempo estive aquém dessa perspectiva mesmo dentro da cena, não me permitindo mergulhar nesses afetos, crente de que um psicólogo precisa ser isento de emoções, na ânsia de ser o mais imparcial, eficiente e profissional possível. Muitas vezes tentava me colocar distante, com uma visão holística e isso afetou diretamente o

meu cuidado. O que saliento, é que era um cuidado implicado, levando muito conteúdo, inclusive afetivo, para as supervisões e minha análise pessoal. Contudo, nos momentos de atuação, por alguns instantes eu não me permiti estar por completo, quando sentia uma centelha de emoção à frente da razão, eu me retirava em vez de continuar e avançar.

Isso foi percebido magistralmente pelo meu orientador, que apontou o que o percebera através de meu relatório final de estágio. O sentimento era medo, medo de me implicar e eu não havia notado isso ou pelo menos não queria admitir para mim mesmo. Agora eu só posso lamentar pelo tempo em que não me permiti ou assumir isso, aqui publicamente e aprender com esse lapso. Nas nossas supervisões havia espaço para tanta expressão das afetações, éramos o tempo todo convocados/as à essas reflexões, esvaziamentos e transbordamentos. Contudo, mesmo sabendo que ciência não se faz longe de si mesmo e conseqüentemente dos nossos vieses emocionais, a gente tem medo de admitir algo que julguemos como fraqueza, “não ciência” e antiprofissionalismo.

Se dentro de nós existir algum espaço de amor, haverá também terreno para a tristeza. Já viemos “de fábrica” com um chip que nos vincula a pessoas, realidades e sonhos. Quando nos entregamos de verdade a esses vínculos e então, por algum motivo, somos obrigados a nos desapegar deles, surge a tristeza. (ARANTES, 2021, p.46)

Mas por que eu escolheria deliberadamente me vincular pela tristeza àquelas pessoas? A doença era dos/as pacientes, por mais que eu soubesse que ninguém se resume a um diagnóstico. Porém, ali não eram estatísticas, o câncer sugava a vitalidade das pessoas e eu estava acompanhando isso de perto, dia após dia naquelas enfermarias. Achava que só quem tinha que sentir essa tristeza eram os/as enfermos e seus/suas familiares, eu enquanto estagiário de psicologia da equipe multiprofissional, deveria dar todo o suporte psicoemocional de que precisavam. Esse era o meu papel. “Eu vou escolher não ser/ficar triste”, pensamos às vezes. Bobagem. Primeiro, porque, como escrevi há pouco, não conseguimos evitar. Segundo, porque, ainda que conseguíssemos, repudiar a tristeza seria abrir mão, talvez, da parte mais corajosa da nossa humanidade.” (ARANTES, 2021, p. 46)

O não vínculo - Perséfone, reflexões e receios

Creio que tenha sido esse sentimento de “derrota”, “fracasso”, “desesperança”, que impedia que tanto Perséfone, quanto as pessoas profissionais conseguissem construir um vínculo expressivo. Ela não se “engajava”, estava desmotivada, era ríspida com a

equipe. Ela deliberadamente recusava qualquer investida que eu fizesse, a ponto de ser constrangedor tentar conversar. Parecia que eu tinha que convencê-la a se colocar, se expressar, comunicar suas queixas.

Mas ela só estava cansada, não queria mais vivenciar aquilo. “Eu sinto tanta dor, estou cansada de ser furada”. “Ontem eu me senti muito mal, o enjoo parecia que não iria passar”. “Eu tô cansada disso tudo, eu quero desistir”. Essas e tantas outras frases desencorajadoras tanto para ela mesma, quanto para mim e a equipe, que ouvíamos quando ela se dispunha a falar rapidamente e logo se fechava de novo, dispensando a minha presença.

Levei muito esse caso repetidamente à minha análise pessoal, levei à supervisão, dividi minha angústia e meu insucesso em não conseguir intervir. “Eu não consigo me vincular!” - essa era a queixa principal. Mas eu identifiquei quem conseguia, quem ela queria para acompanhá-la de perto. Porém ele parecia não querer. A bem da própria paciente e de possíveis intervenções de outros/as profissionais, o médico em questão dizia que não poderia sustentar uma relação de codependência e eu inicialmente concordei, achando muito prudente.

Contudo, na mesma conversa entre a gente e o fisioterapeuta, no corredor, longe de seu leito, ele me contara que o prognóstico dela não era nada bom. Perséfone tinha acabado de sair de uma sequência de quimioterapia e para desapontamento da equipe, sem o resultado positivo esperado. Seu corpo não reagiu à primeira e a segunda, segundo o mesmo, surtiria menos efeito ainda. E, apesar de não ter efeito sobre a doença, o tratamento iria ser igualmente doloroso e incômodo para ela, assim como tinha sido o primeiro.

Foi o que me levou a refletir sobre o que de fato estava o influenciando a investir nessa relação, o fato de que manter um cuidado mais presente a poderia deixar ainda mais dependente, visto que ela só queria que ele fizesse alguns procedimentos ou o receio de se vincular à paciente na iminência de “perdê-la”. Fato que também me levou a me questionar se esse distanciamento psicoemocional dela, não seria seguro e confortável para mim. Pois eu não teria que experienciar mais esse possível luto.

Quando questionada se gostaria de prosseguir com o tratamento, ela disse que não, que queria interrompê-lo e voltar para casa, para ver seu filho caçula. O filho do meio que

a acompanhava ininterruptamente - pois o mais velho havia rompido o vínculo em alguma medida com a família - ficou desolado e insistentemente pedia para a mãe não fazer isso e permanecer no hospital sendo assistida.

Fizemos reunião multiprofissional, onde estavam presentes a médica responsável pelo caso, seu residente, que se negou convictamente a lhe dar alta e ficaram tentando a convencer, a enfermeira que conhecia uma tia da paciente e deu a ideia de chamá-la para conversar e tentar convencê-la a ficar, pois esta tia havia se recuperado de um câncer de mama. Estava presente também o meu preceptor de estágio (psicólogo), eu, o filho e obviamente a mais interessada na questão: a própria paciente.

Ela estava de fato decidida, a médica pediu que ela desse pelo menos mais uma noite para pensar sobre o assunto e ela aceitou relutante e afirmando que ficaria sim mais uma noite, porém no outro dia ainda estaria com a mesma ideia fixa e nada a faria mudar isso (sic). Quando ela saiu com seu acompanhante, continuamos deliberando, a médica falou sobre o laudo da psiquiatria onde havia sido diagnosticada uma depressão significativa e o quanto isso impactaria nessa decisão. “A vontade do paciente deve estar documentada no prontuário médico. É preciso deixar claro que não há sinais de depressão, que não existe nenhum deficit cognitivo que afete o processo de decisão nessas diretivas, tampouco pressões emocionais.” (ARANTES, 2019, p. 173)

Quando levei o caso para a supervisão, constatamos que o investimento na criação de vínculo é investimento na vida e às vezes as pessoas estão muito cansadas para continuarem fazendo tal investimento. A supervisora falou que talvez ela estivesse apontando para onde ela quisesse que fosse dada a atenção no momento - em seus filhos, motivo de sua aparente preocupação. O supervisor disse que minha queixa inicialmente parecia uma simples lamentação, porém com a continuação do relato, ele viu a dimensão do caso.

Fui orientado a continuar seguindo investindo na construção desse vínculo. Continuei tentando, até achei em algum momento ter melhorado, mas geralmente não tinha abertura, as respostas continuavam secas, quando viam. Até que em uma tarde, ela intercorreu com alergia à medicação que estava recebendo e eu estava próximo e saí para buscar ajuda. Desse dia em diante, a percebi um pouco mais disponível.

Eu conversava sempre com seu filho e poucos dias depois da reunião, perguntei a ele como ela estava e qual havia sido sua postura, ao passo que ele respondeu que Perséfone havia mudado de ideia após conversar com a tia e decidira ficar no hospital dando continuidade ao tratamento. Fiquei feliz. Quando tive oportunidade de perguntá-la como foi para ela tomar essa decisão, ela disse que tinha sido horrível e estava se sentindo péssima com isso. Talvez ela tenha percebido meu choque ao ouvi-la (não tenho certeza) e logo me dispensou, interrompendo a conversa.

Nessa mesma semana, entre a reunião e a intercorrência, Perséfone apresentou uma piora significativa no fim de semana e eu não estava no hospital no momento. Ela teve uma complicação respiratória e desceu para a UTI geral na sexta à tarde, vindo a falecer no sábado de madrugada com hemorragia alveolar. Meu preceptor me repassou a mensagem e eu fiquei consternado e respondi apenas o que consegui: “era o que ela queria...” ele só confirmou sem muito o que pudéssemos acrescentar ao assunto, apenas sentir.

Falando sobre luto

Como geralmente as pessoas que chegam no serviço já estão em processo de tratamento do câncer há algum tempo, muitas inclusive em estado de finitude e já em cuidado paliativo, quando morrem, é comum ouvir das pessoas acompanhantes expressões como: “ele/a descansou... estava sofrendo muito”. Naturalmente, uma forma de se consolarem e se sustentarem na ideia de que “foi melhor desse jeito”, a fim de apaziguar o sofrimento, utilizando-se muitas vezes da fé como estratégia de enfrentamento e resignação.

Para tanto, o cuidado paliativo está inserido no processo de trabalho da saúde como uma modalidade de assistência que abrange, além das dimensões físicas e emocionais, a dimensão da espiritualidade como prioridade dos cuidados oferecidos, reconhecendo-a como fonte de bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte do cliente. Daí o acolhimento desse movimento de transcendência, no processo de morrer da existência humana, ser um dos alicerces dos cuidados paliativos. (ARRIEIRA et al, 2011, p. 319)

Ainda para continuar falando sobre diferentes formas de luto e ilustrar com minha vivência enquanto estagiário, continuarei relatando a história de Ártemis.

Segundo sua filha, Ártemis havia dado à luz a muitos filhos e foi abandonada por seu esposo. Diante disso, ela passou a se humilhar constantemente e viver em função

desse homem e dessa relação que só existia em sua cabeça, alimentando uma esperança há quase duas décadas, de que seu ex-marido iria voltar. Até suas filhas crescerem, entenderem o contexto e em conversa com o pai, ele admitir que não teria planos para retomar o relacionamento. Com isso, elas a alertavam e recebiam agressões físicas por isso, pois Ártemis decidiu deliberadamente acreditar numa realidade paralela, parando a vida e não se relacionando afetivamente com mais ninguém.

Estaria então se instalado um luto pelo divórcio.

Esta é uma situação que comumente provoca o que se chama de luto não reconhecido (ou não franqueado), aquele que, por não ser socialmente aceito, não oferece condições para a expressão do pesar, dos sentimentos e até mesmo dos conflitos relacionados à perda - principalmente em se tratando dos motivos que levaram a esta separação. (FRANCO; POLIDO, 2014, p.. 55)

Dessa forma, foi possível ter pistas sobre o funcionamento psíquico de Ártemis. Ao mesmo tempo, que se tem noção e limite de intervenção em hospital, pois o foco não é a psicoterapia e sim um acompanhamento psicológico durante o internamento, a fim de gerar mais conforto, aliviar tensões e deixar os/as usuários mais adaptados, responsivos/as ao tratamento e autônomos/as em seus processos. Com base nisso, no reconhecimento e investimento em sua autonomia, que acolhemos a possível recusa deles/as, em nos receber.

Sobretudo é preciso ter discernimento e algumas vezes coragem para se falar de assuntos delicados, essenciais e de forma direta, sem eufemismos em alguns casos. Como quando senti a necessidade de falar sobre morte de pacientes com a equipe e perguntado em orientação por meu supervisor se falávamos sobre isso e eu disse que não, que não via disposição dos/das profissionais para isso, sob pretexto de estarem sempre atarefados ou quando em momentos de pausas, falavam de vida pessoal. Talvez como tentativa de estarem emocionalmente distantes daquela realidade.

[...] Mas a morte é garantida. Não importa quantos anos viveremos, quantos diplomas teremos, qual o tamanho da família que formaremos. Com ou sem amor, com ou sem filhos, com ou sem dinheiro, o fim de tudo, a morte, chegará. E por que não nos preparamos? Por que não conversamos abertamente sobre essa única certeza? (ARANTES, 2019, p. 60)

Eu observava a necessidade de falar sobre isso com as pessoas trabalhadoras do setor. No entanto, não falava, apenas continuei tratando o impacto de cada perda que eu sentia em mim mesmo, levando para meus espaços já tão citados aqui anteriormente. O

motivo real eu não sei, mas foi o que aconteceu comigo e via acontecer na minha frente com os/as demais. Talvez

O medo, os preconceitos, a fragilidade que essa conversa expõe são maiores do que a nossa vontade de libertação desses temores. Há tempos na nossa vida em que as palavras não chegam. Tempos em que entramos em contato com o que há de mais profundo em nós mesmos, buscando respostas, sentidos, verdade. O tempo de morrer é um desses momentos. (ARANTES, 2019, p. 61)

Conclusão

Diante da discussão apresentada nesse trabalho, é fundamental salientar a importância da institucionalização dos cuidados paliativos, como um serviço ofertado pelo Hospital Universitário para a população alagoana. E, não apenas como atividade pontual de profissionais específicos, que por interesse pessoal pela causa e iniciativas próprias se aproximaram desses estudos e unidos/as decidiram intervir nesse sentido. Embora haja reconhecimento do HU, ainda se dá de forma incipiente, estando ainda no nível de comissão e não como serviço.

Quando passar para o nível institucional, como um serviço ofertado, este receberá verba específica e exclusiva, exatamente como preconiza o SUS e estabelece a OMS:

Cuidados Paliativos consistem na assistência, promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.” (ARANTES, 2019, *apud* Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 41).

Além disso, uma ala inteira do HU destinada especificamente para os cuidados paliativos, minimizará em alguma medida o sofrimento desses/as usuários/as. Haverá então promoção de maior qualidade de vida e estará indo positivamente na contramão do cenário nacional atual, como aponta Ana Arantes em sua obra: Pra vida toda valer a pena viver, quando se trata de assistência especializada na morte.

Envelhecer e morrer não fazem parte da lista de melhores experiências que podemos viver em nosso país. Em 2010, a revista inglesa *The Economist* citou o Brasil como o terceiro pior país do mundo em qualidade de morte, à frente apenas de Uganda e da Índia.* A pesquisa foi refeita em 2015,** englobando mais países - 83 ao todo -, e dessa vez o Brasil ficou na 42ª posição; a novidade foi que Uganda passou à nossa frente. (ARANTES, 2021, p. 21)

Estar dentro do HU me permitiu experienciar diversas situações, interações e emoções. Compor a equipe multiprofissional, estando inserido no setor de oncologia,

sendo consultado por alguns/algumas desses profissionais, me fez sentir pertencente e reconhecido. Foi vivenciar na prática o que já sabia em teoria através do conhecimento acumulado ao longo da graduação, que o ser humano é multifacetado e isso fica ainda mais evidente quando em situações de estresse intenso e contínuo, sobretudo sob a iminência da morte em ambiente hospitalar, é indispensável a presença de um/a psicólogo/a na equipe multiprofissional.

Para tanto, o cuidado paliativo está inserido no processo de trabalho da saúde como uma modalidade de assistência que abrange, além das dimensões físicas e emocionais, a dimensão da espiritualidade como prioridade dos cuidados oferecidos, reconhecendo-a como fonte de bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte do cliente. Daí o acolhimento desse movimento de transcendência, no processo de morrer da existência humana, ser um dos alicerces dos cuidados paliativos. (ARRIEIRA et al, 2011, p. 319)

Aprendi nessa jornada que não estou sozinho e que é fundamental além do suporte técnico e teórico, com análise pessoal, supervisão e prática clínica, estar aberto/disponível para os encontros e afetações, entendendo que nem sempre terei todas as respostas. Pois muitas situações não têm o desfecho desejado/esperado, exatamente como se constitui a dinâmica da vida em muitas áreas.

[...] Muitas perguntas ainda estavam sem resposta. E a mais dolorida era: como eu lido com a dor do outro sem tomá-la para mim? / Na terapia, encontrei mais abismos do que pontes. Muitas e muitas vezes me senti sem horizonte algum, tremendo a altura desses penhascos todos. Para onde eu me voltava sempre havia um desafio, uma pendência. E agora? Para que tudo isso? (ARANTES, 2019, p. 33)

Contudo, o fazer psi está nesses engendramentos cotidianos, em todas essas interações que nos provocam à reflexão, às ações mais assertivas, interações mais humanizadas e empáticas. Saio com a sensação de que o estágio foi muito intenso, uma experiência impagável, inicialmente “aterrorizante”, no bom sentido, claro. Esse relato não é nem de longe a descrição de tudo que senti e vivenciei, óbvio. Contudo, foi o mais perto que consegui transcrever das minhas vivências lá dentro, com comprometimento e responsabilidade. Concluo essa etapa mais consciente de mim enquanto profissional em constante formação, atento às minhas limitações e feliz pelas habilidades que desenvolvi ao longo desses processos.

Referências

AGUIAR, Marília A. de F; GOMES, Paula A.; ULRICH, Roberta A.; MANTUANI, Simone de B. **PSICO-ONCOLOGIA: Caminhos de Cuidado**. Editorial Summus. 7ª edição, 2019. São Paulo, SP.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A MORTE É UM DIA QUE VALE A PENA VIVER. E um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida**. Editora Sextante. 1ª edição, 2019. Rio de Janeiro, RJ.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **PRA VIDA TODA VALER A PENA, Pequeno manual para envelhecer com alegria**. Editora Sextante. 1ª edição, 2021. Rio de Janeiro, RJ.

ARRIEIRA, Isabel de Oliveira; THOFEHRN, Maira Buss; PORTO, Adrize Rutz; PALMA, Josiane Santos. **ESPIRITUALIDADE NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR QUE ATUA EM CUIDADOS PALIATIVOS ÀS PESSOAS COM CÂNCER**. Ciência Cuidado e Saúde. 2011 Abr/Jun. Pelotas, RS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS**. 248 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 9). 1ª edição, 2007. Brasília. Acessado em: 24/06/2022 <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>

FRANCO, Maria Helena Pereira; ANDREY, Maria Carolina Rissoni; LUNA, Ivânia Jann (ORG.). **REFLEXÕES SOBRE O LUTO: Práticas Interventivas e Especificidades do Trabalho com Pessoas Enlutadas**. Editora Appris, 2021. 1ª edição. Curitiba, PR.

ESCUDEIRO, Aroldo (Org.). **EDUCAÇÃO SOBRE A MORTE**. Gráfica e Editora 3 de Maio Ltda. 2021. Blumenau, SC.

FRANCO, Helena Pereira; POLIDO, Karina Kunieda. **ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO NO LUTO**. Editora Zagodoni Ltda. 1ª edição, 2014; 2ª reimpressão, 2018. São Paulo, SP.

GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros, NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do, MORITZ, Rachel Duarte, ROSA, Luciana Martins da, SILVEIRA, Natyele Rippel, VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **A EQUIPE DA UNIDADE DE TERAPIA**

INTENSIVA FRENTE AO CUIDADO PALIATIVO: Discurso do sujeito coletivo.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2017. Florianópolis, SC

LACHAUD, Denise. **O INFERNO DO DEVER: O discurso do obsessivo.** [tradução: Sandra Regina Felgueiras]. Editora Companhia de Freud, 2007. Rio Comprido, RJ.

MANNIX, Kathryn. **PRECISAMOS FALAR SOBRE A MORTE.** Editora Sextante, 2019. Tradução de Simone Reisner. Rio de Janeiro, RJ.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Disponível em ><http://www.lappis.org.br><. Acessado em 11/03/2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **ABC DO CÂNCER, Abordagens Básicas para o Controle do Câncer.** 6ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro/RJ, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Acessado em 24/06/2022: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=Integralidade%3A%20este%20princ%3ADpio%20considera%20as,o%20tratamento%20e%20a%20reabilita%C3%A7%C3%A3o.>>

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **O QUE PODE UM ANALISTA NO HOSPITAL?** Editora Artesã. 3ª edição - 4ª reimpressão, 2020. Belo Horizonte, MG.

OLIVEIRA, R. P de e COSTA, F. M. **Experiência Psicológica de Inclusão entre Estagiárias de Psicologia em Equipes Multiprofissionais.** Revista Psicologia Ciência e Profissão. 2022. v. 42. Acessado em 16/06/22: ><https://www.scielo.br/j/pcp/a/Rsc8Yp9NCqrPkJS3Q5nhQHj/?format=pdf&lang=pt><

RODRIGUES, Dayse Maria de Vasconcelos; ABRAHÃO, Ana Lúcia; LIMA, Fernando Lopes Tavares. **Do começo ao fim, caminhos que segui: itinerâncias no cuidado paliativo oncológico.** Saúde e Debate, Abr - Jun 2022, Rio de Janeiro, RJ.

SANTANA, Aline Lopes de; ROCHA, Marcelly Alpiano; BERNARDES, Jefferson de Souza & RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira (2016). **Estágio Curricular em Saúde e em Psicologia: Análise de Documentos de Domínio Público**. Athenea Digital, 16(3), 507-528. Acessado em 19/07/22: ><http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.2036><

VIORST, Judith. **Perdas necessárias**. [tradução Aulyde Soares Rodrigues]. 4ª edição. Editora melhoramentos, 2005. São Paulo, SP.