

Convergências entre a Abordagem Centrada na Pessoa e os Cuidados Paliativos: sob o olhar de profissionais de saúde.

Deuner, Alesandra¹

Lima, Caren Cristina da Silva¹

Moimaz, Letícia Vieira¹

Fitaroni, Juliana Batista²

RESUMO

Este estudo buscou identificar e compreender como os pressupostos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) convergem com a teoria e práticas que embasam os Cuidados Paliativos, através da Análise de Conteúdo de entrevistas com membros de uma equipe multidisciplinar que atua em um serviço público de saúde em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Utilizando dados teórico-científicos, procurou-se estabelecer vínculos entre as atitudes facilitadoras propostas pela ACP e as práticas em Cuidados Paliativos, analisando-se as relações dentro do tripé do atendimento paliativista: paciente, família e equipe multidisciplinar. Ao analisarmos as entrevistas, fragmentos foram selecionados visando verificar se os preceitos da ACP se coadunam e/ou complementam as atividades desenvolvidas pela equipe paliativista em questão, porque os princípios humanistas são coerentes com as práticas paliativistas. O estudo verificou que a ACP pode contribuir para o desenvolvimento de atitudes facilitadoras para os profissionais envolvidos no processo de Cuidados Paliativos, melhorando a qualidade das relações desenvolvidas.

Palavras-Chaves: Cuidados Paliativos; Abordagem Centrada na Pessoa; Psicologia.

ABSTRACT

This study was designed to identify and understand how the theoretical assumptions from the Person-centered Approach converge with the theory and practices that base the Palliative Care, through the analyses of contents of interviews with members of a multidisciplinary team which works in a public health service in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Using theoretical-scientific data, we sought to establish bonds between the facilitating attitudes proposed by the Person Centered Approach and the practices in Palliative Care, analysing the relations in the palliative attendance tripod: patient, family and multidisciplinary team. By analysing the interviews, pieces were selected seeking to verify if the theoretical assumptions of the Person Centered Approach match and/or complement the activities developed by the palliative team in question, because the humanistic principles are coherent with the palliative practices. This study verified that the Person Centered Approach may contribute to the development of facilitating attitudes for the professionals involved in the process of palliative care, improving the quality of the relations developed.

Keywords: Palliative care; Person Centered Approach; Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma análise compreensiva do conteúdo de entrevistas coletadas junto a uma equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos em uma instituição pública de saúde, localizada na cidade de Florianópolis, para dissertação de mestrado da docente Juliana Fitaroni, cujo tema é “Morte nos Cuidados Paliativos: Representações Sociais de

¹ Graduandas de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG) – MT

² Professora Mestra e orientadora do curso de Psicologia do UNIVAG.

uma equipe Multidisciplinar”, convergindo os aspectos das práticas relatadas por seus membros com a teoria de embasamento da ACP, Abordagem Centrada na Pessoa. Além disso, este projeto contou com análise de vários artigos, livros e pesquisas acerca de práticas em cuidados paliativos, buscando sempre verificar os pontos de convergência entre a prática paliativista e as teorias da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).

O cuidado paliativo é uma prática utilizada para melhorar a qualidade de vida de pacientes que necessitem de atenção especializada por terem sido diagnosticados com uma doença crônica, potencialmente ameaçadora à vida. Essa prática é utilizada no âmbito hospitalar ou domiciliar, com intuito de amenizar o sofrimento causado pelo processo de adoecimento e trazer um maior conforto e dignidade aos pacientes e seus familiares, em um momento tão estressante como o fim de vida. Para isso, faz-se importante destacar o papel das equipes multidisciplinares, que têm o objetivo de reduzir danos e trazer o bem-estar para o enfermo e seus cuidadores (PALMEIRA; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2011).

Segundo Gomes, Rezende e Machado (2014), os cuidados paliativos surgiram com o movimento *hospice*, que começou na França na década de 1840. Este movimento tinha este nome pois eram abrigos religiosos onde ficavam doentes em estágios terminais e para lá iam peregrinos de todos os locais do mundo, que se dedicavam a ficar com essas pessoas até o final de suas vidas. A partir desta iniciativa na França, a ideia do movimento *hospice* se espalhou para outros lugares do mundo.

No início da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou que todos os países do mundo adotassem este movimento, de forma particular com pacientes terminais de câncer. Neste mesmo período, a OMS trocou o termo de movimento *hospice* para cuidados paliativos e, por fim, em 2002 publicou que os cuidados paliativos deveriam ser aplicados em todos os pacientes graves ou terminais (GOMES; REZENDE; MACHADO, 2014).

No Brasil, os cuidados paliativos surgiram no final do período da ditadura, por volta da década de 1980 e não havia um protocolo, ou seja, cada local criava uma forma de atender estes pacientes em suas necessidades. Sabe-se que o primeiro local a aderir a este método no Brasil foi o estado do Rio Grande do Sul e logo depois vários outros estados adotaram a mesma forma (MACHADO, 2009).

Por um longo período, não houve um plano para regulamentar o tratamento por cuidados paliativos no Brasil. Esta ideia só se concretizou em 2002, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) publicou uma portaria sobre o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Desde então algumas portarias vêm sendo inseridas sobre a temática de cuidados paliativos, principalmente ligadas ao campo da oncologia (MACHADO, 2009).

A ideia sobre como e quando um serviço de Cuidados Paliativos deve integrar seus pacientes vem se alterando nos últimos anos. É sabido que a entrada do paciente neste tipo de serviço, no tempo adequado, é de suma importância para que a qualidade de vida se instaure e a equipe multiprofissional responsável possa fornecer ao enfermo, o quanto antes, estratégias e insumos para o alívio da dor, acompanhamento psicológico para si e sua rede familiar cuidadora, além de exercícios fisioterápicos adequados.

Segundo Penello e Magalhães (2010):

A falta de preparo dos profissionais para a comunicação e para o suporte emocional aos pacientes torna-se evidente, gerando silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos com sérios prejuízos à relação terapêutica. (PENELLO; MAGALHÃES apud BRASIL, 2010, p.35).

Diante a esta problemática, fica evidente a necessidade da implementação de relações facilitadoras pelos profissionais que se dedicam ao atendimento à pacientes elegíveis aos Cuidados Paliativos, cuja postura contribuem para a efetivação dos serviços com o objetivo de promover maior bem-estar tanto aos pacientes e suas famílias quanto a própria equipe médica que precisará, agora, ser capaz de lidar com as questões que uma doença crônica pode apresentar, não apenas fisicamente, mas principalmente de cunho psicológico e social.

Estudos apresentados por Magalhães (2012), revelam um número grande de cuidadores com problemas de ansiedade e depressão entre os profissionais da saúde que trabalham diretamente com pacientes que se encontram sob cuidados paliativos. Trabalhar diretamente com pessoas em fase final de vida causa um sofrimento psicológico enorme aos envolvidos. A demanda em administrar todos os sentimentos, sofrimento e principalmente os cuidados necessários para garantir ao enfermo um fim de vida

humanizado, contribui para que o ambiente de convivência e práticas paliativistas se torne um espaço de situações difíceis.

Experienciar uma doença potencialmente ameaçadora à vida leva o ser humano, segundo Teixeira (2006), “a vivenciar as dimensões da existência espiritual que levam o indivíduo a ter consciência da morte através de um estado de ansiedade e sofrimento”. Essa experiência, de certa forma, acaba por causar grande sofrimento aos envolvidos quando não há preparo e conscientização adequados, por mais que não sigam um padrão e cada indivíduo experimente os acontecimentos da existência de forma única, em sua subjetividade privatizada.

Boianain Jr (1988) apresenta em seus estudos características importantes do ser humano que podem contribuir e serem utilizadas para a elaboração de estratégias de relações facilitadoras dos cuidados paliativos. A teoria de Carl Rogers de que “o ser humano é privilegiado de capacidades e potencialidades que são exclusivas da espécie humana” (BOAINAIN JR, 1988, p.11), apresenta os fundamentos teóricos básicos que dariam amparo à construção e elaboração de posturas de cuidado voltadas tanto para o enfermo quanto para os cuidadores, uma vez que destaca que as capacidades humanas são, por excelência, valores, sentimentos, coragem, responsabilidade, consciência.

2 PSICOLOGIA HUMANISTA E ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

2.1 Humanismo

O movimento humanista surgiu durante o Renascimento europeu e, na época, era apenas uma ideia, com uma compreensão especial do ser humano. Romero (2000) pontua algumas questões essenciais relacionadas ao ideário humanista: a primeira delas é que “O homem é a medida de todas as coisas” (p.182). Essa premissa é de Protágoras, que acreditava que o homem está no centro de tudo. Na teoria humanista, o enfoque é o homem, por isso, essa frase de Protágoras se fixou nesta teoria.

Outra perspectiva importante, é que “a singularidade do homem o separa da natureza” (ROMERO, 2000, p. 184). O que nos difere dos outros seres vivos é que o homem possui as seguintes dimensões: a espiritual; a psíquica; a física e a social, fazendo com que o ser humano se construa existindo. Além disso, uma concepção significativa para a teoria humanista é acreditar no potencial criativo daquele indivíduo, em outros

termos, é ter uma visão positiva da pessoa, não se prendendo em seus fatores negativos ou questões patológicas (ROMERO, 2000).

Ainda no campo da formação da pessoa enquanto ser humano, a Psicologia Humanista, desenvolvida na década de 1960 nos Estados Unidos, propõe que todo homem é dotado de uma capacidade de se autorregular e buscar sempre melhorar. Esta faculdade, exclusiva do ser humano, foi denominada por Carl Rogers como tendência atualizante, onde lê-se que “os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo.” (ROGERS, 1983, p. 45). Seria essa tendência a responsável por propiciar ao ser humano uma caminhada constante em busca de seu desenvolvimento, em busca de algo melhor para si. O homem, sendo o único ser vivo dotado de capacidade de transposição de seus pensamentos através da linguagem, utiliza-se da tendência atualizante para estar em constante movimento em direção à capacitação para a vida.

2.2 Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa, criada por Carl Rogers a partir dos preceitos humanistas, acredita que possuímos essa tendência atualizante que nos provê com vastos recursos para a autocompreensão e o autoconhecimento, além de atitudes e comportamentos que podem ser ativados através de atitudes facilitadoras. Sendo assim, Pinto (2010, p.61) destaca em seu texto que “acreditamos que a melhor maneira de se ajudar alguém é acreditar na condição natural da pessoa de pensar, sentir, buscar e se direcionar no caminho de suas próprias necessidades”. Os atendimentos realizados dentro dessa abordagem se diferenciam das demais, pois o indivíduo é valorizado por perceber o mundo de maneira única e o profissional se apresenta na relação acreditando no potencial do outro. Carl Rogers estabelece que aquele que quer estabelecer uma relação de desenvolvimento deve apresentar atitudes facilitadoras durante o atendimento ao cliente, como a compreensão empática, aceitação incondicional positiva e a congruência (PINTO, 2010).

Segundo Pinto (2010, p.68), a compreensão empática consiste na “capacidade do psicoterapeuta em se colocar no lugar do outro sempre”. Dessa forma, isso permite ao terapeuta se aproximar e compreender os sentimentos e significados pessoais internos e externos do cliente, entender e considerar a singularidade do indivíduo (ROGERS, 2017).

Na aceitação incondicional positiva, Pinto (2010, p.80) nos traz que é “a capacidade de considerar o outro, de aceitá-lo dentro dos seus sentimentos, pensamentos e atitudes, independentes de quais sejam”. Essa consideração positiva e não condicional possibilita ao cliente expressar seu sentimento no momento da fala. O terapeuta deve mostrar-se interessado em seu cliente e em todas as vivências trazidas por ele, não julgando-o, mas acolhendo-o (ROGERS, 2017). Segundo Pinto, “o psicoterapeuta tem a capacidade de considerar e aceitar a pessoa verdadeiramente e é possível manter a relação de ajuda.” (2010, p. 82)

Já a congruência se diferencia pela possibilidade de o terapeuta ser ele mesmo na relação, sentindo, agindo e pensando. Essa atitude move barreiras profissionais, pois o terapeuta se faz transparente para o cliente, deixando transparecer o sentimento que se apresenta no momento da sessão (ROGERS, 2017). Pinto denomina que “congruência é a capacidade do psicoterapeuta ser autêntico em relação aos seus sentimentos no que diz respeito à pessoa que está buscando ajuda.” (2010, p. 74).

Segundo Rogers (2010), ao atender a essas condições, a relação facilitadora poderá se estabelecer e mudanças construtivas de atitude poderão ocorrer de maneira mais eficaz, levando o indivíduo a ter seu sofrimento psíquico diminuído, podendo levar sua vida normalmente, com autonomia e clareza de objetivos e sentimentos.

3 ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E CUIDADOS PALIATIVOS

A Abordagem Centrada na Pessoa tem um embasamento teórico congruente com os dos idealizadores dos cuidados paliativos. Por ser uma teoria centrada na pessoa, prevê o bem-estar físico e emocional do paciente como foco de atuação. Esse também é o objetivo da equipe paliativista.

Compreender quem é o paciente, como ele vive, sente e reage às experiências que vivencia é importante tanto para a Abordagem Centrada na Pessoa quanto para os paliativistas. O paciente ou cliente é, acima de tudo, uma pessoa, um ser humano e assim deve ser considerado, compreendendo a pessoa em sua totalidade, suas complexas necessidades, e não sua enfermidade. Rogers (1974, p. 193) postula que “o cliente é o único que tem a potencialidade de saber a totalidade da dinâmica de seu comportamento e das suas percepções da realidade”. Sendo assim, a teoria humanista considera a pessoa capaz de se autorregular para descobrir em si os comportamentos mais apropriados para

lidar com suas angústias e medos. Cabe então, à equipe paliativista, prover ao cliente as ferramentas necessárias e fundamentais para o desenvolvimento de seu bem-estar biopsicossocial. Entende-se então a importância de a equipe de cuidados paliativos ser multifuncional, uma vez que o homem é um ser com múltiplas necessidades e que deve ser cuidado de múltiplas maneiras e olhares.

Na década de 1960, a médica inglesa Cicely Saunders acrescentou ao conhecimento da dor, o conceito de dor total, por meio do qual admite que uma pessoa sofra não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a doença crônica e a proximidade da morte podem proporcionar. “Saunders estabeleceu a importância de uma abordagem multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento desta pessoa”. (ARANTES; MACIEL, 2008, p.371).

Os psicólogos humanistas têm uma visão mais holística da pessoa humana, promovendo um cuidar mais completo e integral, de acordo com o que preconiza os cuidados paliativos hoje, muito do que ocorreu em decorrência dos estudos de Saunders. Ao estabelecer a relação terapêutica, segundo Rogers (1974, p.194), “o terapeuta procura ver o mundo do cliente como este o vê”. Essa capacidade empática é essencial dentro de um serviço de cuidados paliativos.

A pessoa, o paciente ou cliente, está vulnerável, desorganizada e precisa de cuidados que venham ao encontro de suas reais necessidades, tanto físicas quanto psicológicas. Cabe, então, ao psicólogo humanista promover o bem-estar emocional do paciente em cuidados paliativos através da escuta empática, do movimento acolhedor da relação terapêutica e do estabelecimento de um vínculo relacional efetivo. Sentindo-se acolhido, respeitado em suas vontades e atendido em suas necessidades, o paciente tende a aderir melhor ao tratamento beneficiando-se integralmente ao desenvolver suas potencialidades.

4 METODOLOGIA

No início deste trabalho de conclusão de curso, a intenção era fazer uma pesquisa de campo, na qual seriam consultados profissionais da área da saúde que estão ligados diretamente ao processo de cuidados paliativos e o enfoque seria no protocolo de más notícias, buscando-se saber se este era empregado, em quais situações e como era recebido

pelo paciente e seus acompanhantes. Esta pesquisa, a princípio pensada para ser realizada em clínicas e hospitais da cidade de Cuiabá-MT, onde a prática de Cuidados Paliativos acontece, teve seu formato alterado devido à pandemia do SARS-COV 2. A pesquisa de campo deu lugar à bibliográfica qualitativa, para atender às restrições sanitárias do momento.

Em relação à pesquisa bibliográfica, Gunther (2006, p. 202) afirma que, “é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretadas hermeneuticamente”. Estes aspectos foram fundamentais para a construção desse artigo de cunho qualitativo, com enfoque na atuação da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos dentro do contexto hospitalar, compreendido pelo viés da Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers.

A escolha pela pesquisa qualitativa ocorreu por sua característica de análise dos conteúdos a partir dos dados coletados. Dessa forma, permite aos pesquisadores, uma maior capacidade de análise e interpretação dos dados. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), na pesquisa qualitativa o processo é indutivo, recorrente, não é algo linear e, por fim, permite analisar múltiplas realidades subjetivas. Sendo assim, traz ao trabalho várias vantagens como uma maior profundidade de significados, contextualização do fenômeno e a riqueza na interpretação, fazendo dessa forma com que haja uma maior compreensão sobre os cuidados paliativos na visão da ACP.

Neste caso, o trabalho consistiu em examinar os dados fornecidos pela docente Juliana Fitaroni de sua pesquisa de mestrado (FITARONI; BOUSFIELD; SILVA, 2021), realizada em um centro de atendimento e pesquisa em oncologia no sul do Brasil, com 20 participantes que são profissionais da saúde neste centro oncológico. As entrevistas foram semiestruturadas e contaram com respostas livres de cada participante³.

A análise deste material ocorreu nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, interferência e interpretação. A primeira etapa teve como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Para isso, utilizou-se de leitura flutuante, escolha do material, formulação dos objetivos e das hipóteses e a preparação do material. Dessa forma, pode-se partir para a segunda etapa da análise de

³ Ressalta-se que a pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer número 987.391, seguindo todos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

conteúdo, que aconteceu através de operações de codificação e o desconto ou enumeração desses conteúdos dentro de normas já estabelecidas. E, por fim, a terceira etapa foi confrontar os dados obtidos com os objetivos e a hipótese do trabalho e, a partir disso, fazer uma interpretação do resultado (BARDIN, 1977).

5 RESULTADOS

Neste tópico apresentaremos os resultados obtidos nas entrevistas sobre os cuidados paliativos, na qual foram entrevistados 20 membros de uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos de um complexo oncológico em Florianópolis. Estes entrevistados eram profissionais que trabalhavam pelo menos há seis meses na instituição. Dentre eles havia médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social, técnico de enfermagem, farmacêutico, nutricionista e fisioterapeuta.

Todos os entrevistados responderam às mesmas perguntas e a partir disso, montamos o quadro abaixo (Quadro 1), com as temáticas importantes para as discussões em cuidados paliativos. Em seguida, apresentou-se as categorias dos resultados e a exemplificação com trechos da entrevista dos participantes do estudo.

Categorias	Subcategorias	Temáticas de análise
1.Equipe Multiprofissional	1.1- Demanda emocional 1.2- Dificuldades do trabalho em equipe 1.3- Inclusão da família nos CP 1.4- Compreensão dos CP	1.1.1- Falta de suporte psicológico 1.1.2- Estresse 1.1.3- Sobrecarga de trabalho 1.2.1- Guerra de egos 1.2.2- Alta rotatividade 1.2.3 Pouco tempo com paciente 1.2.4 Dificuldade em gerar vínculos 1.3.1- Comunicação clara e objetiva 1.3.2- Orientação dos cuidados pensados para o paciente 1.4.1- Cuidado integral e humanizado
2.Família	2.1- Pacto de silêncio	2.1.1-Medo da reação do paciente

	2.2 - Participação nos Cuidados	2.1.2- Medo da reação dos demais membros da família 2.2.1- A família pode ajudar nos cuidados paliativos 2.2.2-A família pode dificultar nos cuidados paliativos
3.Paciente	3.1- Desconhecimento da real situação 3.2 - Questões de autonomia	3.1.1- Pacto de silêncio 3.1.2- Incapacidade de compreensão 3.2.1- Limitação física

Quadro 1. Síntese das categorias, subcategorias e temáticas de análise do tema

5.1 Categoria 1: Equipe multiprofissional

Nesta categoria, apresentam-se questões ligadas aos profissionais de saúde implicados no cuidado integral ao paciente em Cuidados Paliativos. Aqui verificam-se as demandas de ordem emocional inerentes ao trabalho desenvolvido em equipe, bem como problemas técnicos como a alta rotatividade, o suporte à família e até mesmo a compreensão teórica dos pressupostos dos Cuidados Paliativos.

5.1.1 Subcategoria 1.1: Demanda emocional

A demanda emocional contida em uma equipe paliativista é muito forte. São profissionais de saúde que, em sua maioria, são preparados em sua formação profissional para salvar vidas, evitando a morte a todo custo, como pode ser percebido na fala abaixo:

“Você é treinado durante toda a tua formação como profissional para não parar de buscar a cura ou evitar a morte sempre, a qualquer momento”. (Médico 1)

Sentimentos de incapacidade e impotência não são raros nestas equipes, evidenciando a falta de suporte psicológico, estresse e sobrecarga de trabalho.

5.1.2 Subcategoria 1.2: Dificuldades de trabalho em equipe

O trabalho em equipe também apresenta alguns desafios bastante peculiares aos Cuidados Paliativos, como demonstra o trecho a seguir:

“E aí aparece a guerra, tem sempre alguém que quer aparecer um pouco mais, e aí perde às vezes o respeito com a opinião do outro. E aí isso dificulta o trabalho em equipe, porque se eu não respeito o outro, eu não tenho como trabalhar com uma equipe.” (Psicóloga).

Por ser uma equipe multiprofissional onde vários saberes e fazeres devem se coadunar, problemas de comunicação, divergências de opiniões e até mesmo guerra de egos podem surgir.

5.1.3 Subcategoria 1.3: Inclusão da família nos Cuidados Paliativos

Além dos cuidados dispensados ao paciente, a equipe multiprofissional também é responsável por amparar e ajudar a família daquele que se encontra em Cuidados Paliativos.

“A família é a mesma coisa que o paciente, não vejo diferença. A gente cuida igual, a família é um bloco onde ali, naquele momento se destaca o paciente em sofrimento, enfrentando uma doença, mas muitas das vezes, o que a gente percebe é que o familiar sofre mais e tem tantos sintomas físicos quanto o próprio paciente” (Médico 2.)

Por se tratar de uma equipe multiprofissional, esse cuidado estendido à família pode e deve ser oferecido, cuidando para que a comunicação com os cuidadores seja clara e objetiva de modo que a orientação sobre os cuidados pensados para o paciente seja completamente compreendido.

“O medo da morte está um pouco relacionado com essas questões físicas, se as pessoas soubessem o que é o cuidado paliativo minimizaria um pouco esse sofrimento porque o medo da morte não é só isso, o medo do sofrimento e dos familiares também tem essa fala, não deixa ele sofrer, ele não merecia passar por isso, como se outro merecesse”. (Médica)

Como pode ser compreendido no excerto acima, nos casos em que os pacientes estão em Cuidados Paliativos, o sofrimento dos familiares e cuidadores também fica bastante evidente

5.1.4 Subcategoria 1.4: Compreensão dos CP

Ao compreender o que é cuidado paliativo precisa-se ter como foco sempre que é uma atenção que deve ser integral e humanizada.

“Eu acho que cuidado paliativo basicamente para mim significa ser humano. Praticar humanidade. Ter empatia para com o próximo. Ajudar seu semelhante e tentar aliviar sofrimento do semelhante, tentar fazer aquilo que teoricamente é dito, é pregado pelo cristianismo, tipo faça aos outros aquilo que você quer que façam para você”. (Médico 1)

Ao optar por trabalhar com esse tipo de serviço, a equipe multiprofissional deve procurar compreender seu real significado, o que facilitará que a teoria seja efetivamente aplicada à prática.

5.2 Categoria 2: Família

Através da análise das entrevistas observou-se a necessidade de incluir essa categoria devido à importância que a família tem no processo de adoecimento e tratamento do indivíduo. A família constitui, na maioria das vezes, a rede de apoio mais forte que o paciente possui. Sendo assim, ter um familiar presente durante o processo de adoecimento possibilita ao sujeito adoentado um amparo emocional e acolhedor mais intimista.

5.2.1 Subcategoria 2.1: Pacto de silêncio

O pacto de silêncio é uma característica forte avaliada nas entrevistas. Muitos dos familiares que acompanham o paciente nos cuidados paliativos evitam falar sobre a doença com o paciente e muitas vezes solicitam à equipe que não comuniquem ao paciente sobre procedimentos e até mesmo o grau do adoecimento do indivíduo.

Percebemos na fala da enfermeira que muitas das vezes a família ao receber as informações do paciente acaba por dificultar o trabalho da equipe de saúde.

“às vezes a família mais complicada também e você acaba não fazendo um trabalho bom com os que estão, aí você tem que ter um equilíbrio, com a família que chega, com o paciente que chega, com a família que já está” (Enfermeira noturno)

O medo da reação do paciente caracteriza o pacto do silêncio maioria das vezes. A família ao receber a notícia da doença, no primeiro momento tende a não informar o paciente sobre o diagnóstico e não falar sobre o assunto com demais membros da família e amigos. A negação caracteriza esse primeiro momento e a família passa a protagonizar um espaço mais sensível e angustiante devido à falta de diálogo e apoio emocional necessário para o início dos cuidados paliativos do paciente.

A negação acontece também pelo medo da reação dos demais membros da família. O processo do adoecimento não é fácil de ser encarado e, assim como o paciente, a família se desestrutura e busca se refugiar. Falar de doença e de cuidados paliativos causa nos membros da família aflição, e esse assunto muitas vezes é deixado por baixo dos panos

devido à preocupação com a opinião dos demais familiares.

Observou-se nesta fala que o processo de adoecimento não modifica somente a vivência do paciente, mas de toda a família também.

“Quando o paciente adoece, a família também adoece e dentro da oncologia.”
(Assistente social).

Enfrentar os cuidados paliativos torna-se desafiador e assim como o paciente cada família encara esse momento de forma única.

5.2.2 Subcategoria 2.2: Participação nos cuidados

Se fazer presente no processo dos cuidados paliativos exige dos membros da família uma demanda emocional muito forte, isso porque acompanhar o paciente no dia a dia em seu tratamento exige uma participação ativa. Percebemos na fala dos profissionais entrevistados o quanto se faz necessária a participação da família desde o início do processo até os cuidados essenciais com o paciente.

“A família é num conjunto de 100 por cento, 50 por cento é da equipe, 50 por cento é da família, não tem como fazer cuidados paliativos sem a família”.
(Assistente social)

A participação da família nesse processo contribui de forma significativa para a adesão ao tratamento e principalmente para amparo emocional do paciente. A família pode ajudar nos cuidados paliativos não somente de forma emocional, mas também de forma a contribuir nos cuidados diários atendendo as necessidades de autocuidado do paciente tanto dentro do hospital como em casa.

“Não tem como trabalhar o paciente sem a família, a família que é o suporte que vai trazer todas aquelas informações, que vai estar junto que vai ser a segurança para o paciente, porque aqui é um ambiente desconhecido, pessoas desconhecidas, e diante da fragilidade que ele se encontra, a família é o porto seguro”. (Assistente social)

Entretanto, a família pode dificultar o processo de cuidados paliativos quando ela não se faz presente, a fala da enfermeira chefe demonstra a dificuldade de trabalhar com o paciente que tem sua família ausente ou uma família desestruturada.

“É muito difícil a gente trabalhar com um paciente que não tem família ou que tem uma família muito desestruturada e a gente tem muitos”. (Enfermeira)

Muitos pacientes contam com a colaboração de amigos, pois têm sua família desestruturada, o convívio não aconteceu ou os laços afetivos foram interrompidos no passado.

5.3 Categoria 3: Paciente.

Nesta primeira categoria identificada nas transcrições dos áudios dos entrevistados, verifica-se que é um tema importante a ser abordado pois observa-se que há na maioria das vezes um desconhecimento do paciente sobre sua real situação, este também possui sua autonomia afetada.

5.3.1 Subcategoria 3.1: Desconhecimento do paciente.

Neste tópico, observou-se através das análises que na maioria das vezes o paciente não tem plena consciência sobre sua doença, seu tratamento e as condições reais do seu estado de saúde. Isso se deve a duas questões: a primeira é o pacto de silêncio na qual a equipe e a família não falam sobre o que está acontecendo e a segunda é que há casos em que o paciente já não tem condições de entender sua real condição.

“É a família que decide não contar querendo proteger o paciente e muitas vezes o paciente também sabe, querendo proteger a família, então é a conspiração do silêncio, isso acontece muito aqui dentro, bastante”. (Assistente social)

Além disso, devido a gravidade de sua doença, há pacientes que não têm consciência do que está acontecendo.

"Eles não estão conscientes do tratamento, porque eles muitas vezes não sabem da gravidade, muitos sabem que tem um câncer e ponto. Não sabem que aquele câncer evoluiu, que não vão fazer mais quimioterapia, que não vão fazer mais rádio, que vão ficar em cuidados paliativos". (Assistente social)

Para a equipe, este pacto de silêncio gera ansiedade, pois acredita-se que o paciente sabe de sua real condição e, ao não poder expor abertamente a situação, criam-se ruídos na comunicação entre o tripé paciente-equipe-família que podem levar a desgastes emocionais ainda maiores.

5.3.2 Subcategoria 3.2: Questões de autonomia.

Sobre a autonomia, quando falamos de cuidados paliativos verificamos que há uma perda dessa liberdade de fazer as coisas, muito dos casos os pacientes tornam-se dependentes de alguém. Seja financeiramente, seja para tarefas simples, emocionalmente, fisicamente, como demonstra o trecho abaixo:

“Porque imagina, tu botas aquelas água, por mais que ela esteja quente, logo ela vai ficar gelada, porque ela entra em contato com o lençol e fica tudo molhado, eu me coloco no lugar dele e fico pensando que esse lençol gelado não deve ser bom, mas está fazendo as coisas todas diferentes, não tem autonomia de levar e poder ir lá tomar um banho com água corrente, água de chuveiro, tem que estar tomando banho na cama, às vezes uma pessoa muito lúcida, é difícil, não é fácil não, para eles não deve ser muito fácil” (Técnica de enfermagem 1).

Observou-se pelos relatos aqui apresentados, que na questão de autonomia é possível perceber que o paciente está dependente de outro para que possa realizar atividades cotidianas, o que pode ser muito angustiante para o indivíduo que, anteriormente ao processo de adoecimento, costumava ser capaz de se autocuidar.

6 DISCUSSÃO

O interesse em apresentar um trabalho de conclusão de curso (TCC) voltado para os cuidados paliativos partiu de início com a participação das discentes em palestras voltadas ao assunto. Para que esse trabalho pudesse receber embasamento teórico científico de qualidade, o grupo realizou uma busca minuciosa em três sites de pesquisa acadêmica: *Google Acadêmico*, *Pepsic* e *SciELO*. Para filtrar essa busca, usou-se as palavras-chaves: cuidados paliativos, abordagem centrada na pessoa e qualidade de vida. Outra fonte de material usada foram os textos ofertados pela instituição durante as aulas do curso de Psicologia.

6.1 Equipe como facilitadora nos Cuidados Paliativos

Nas entrevistas analisadas notou-se a estreita ligação entre os preceitos utilizados nos cuidados paliativos e as condições fundamentais propostas por Rogers em sua Abordagem Centrada na Pessoa. Sendo assim, percebe-se como fundamental que a equipe multidisciplinar que deseja enveredar pelos caminhos dos cuidados paliativos tenha como características primordiais a empatia, a genuinidade e a capacidade de acolher e aceitar integralmente seus pacientes. A equipe é formada por seres humanos, sendo assim, tem

sentimentos e emoções que não podem ser desconsiderados no processo de cuidar do outro. Ao dedicar-se ao próximo, atitudes facilitadoras serão imprescindíveis para o bom andamento das relações de cuidado e fortalecerão os membros da equipe multidisciplinar mesmo diante das situações mais difíceis.

Ao mostrar-se empática, a equipe, através de seus membros, deve não apenas tentar colocar-se no lugar do paciente, como comumente se faz, mas buscar ver a situação experienciada pelo paciente e por sua família como eles próprios a veem. Alcançando-se este objetivo, fica muito mais fácil entregar ao paciente e seus familiares os cuidados que eles realmente almejam e necessitam. O profissional envolvido nos cuidados paliativos deve comunicar ao paciente sua compreensão do que o paciente sente ou ainda comunicar seu entendimento em relação a toda vivência experienciada pelo paciente. Isso torna o tratamento menos angustiante e, ao sentir-se compreendido, a pessoa tende a ficar mais segura e confiante, abrindo caminho para um bom estabelecimento de vínculos e uma melhor qualidade no tratamento.

A genuinidade das pessoas que compõem a equipe também é fator primordial para a facilitação das relações de ajuda nos Cuidados Paliativos. Segundo ROGERS (1994, p.161 apud VIEIRA; XIMENES, 2011, p.303)

Em relação à genuinidade, podemos defini-la como a capacidade de ser uma pessoa integrada, genuína e congruente. Isto significa que ela está sendo livre e profundamente ele mesmo, com sua experiência real precisamente representada em sua concretização de si mesmo.

Pessoas congruentes e que estejam comprometidas em ser quem realmente são, sem máscaras ou fingimentos, trazem confiabilidade para a equipe. O paciente sente-se mais tranquilo em saber que aquela pessoa é quem demonstra ser, confiando-se aos seus cuidados de forma mais engajada e tranquila.

Como consideração positiva incondicional, Rogers designa a aceitação ao paciente como ele está, com seus medos e angústias. Ao vê-lo como o ser humano que é, que tem receios e fraquezas, a equipe tende a ser mais empática, a adesão ao tratamento pode ser facilitada e consequentemente melhor aceita pelo paciente. Quando o profissional consegue estabelecer uma consideração positiva incondicional com seu cliente, essa condição “implica numa forma de apreciar o cliente como pessoa individualizada, a quem

se permite ter seus próprios sentimentos, suas próprias experiências” (ROGERS, 2010, p. 4). Para Cicely Saunders (apud ARRUDA, s.d, p. 1), médica britânica fundadora do moderno movimento *hospice*, enquanto há vida, “temos muito mais a fazer ainda” o que é correlativo à noção de tendência à realização de Rogers (1983), que afirma que enquanto há vida há possibilidade do ser humano se desenvolver.

A equipe multiprofissional é formada por seres humanos, sendo assim, todos estão sujeitos a acertos e erros. Todos têm sua subjetividade e encontram-se em determinados níveis de incongruência emocional, fazendo com que a demanda por apoio psicológico seja algo fundamental para o bem-estar psíquico de todos, contornando sintomas como o estresse e ajudando a aliviar a sobrecarga emocional tão presentes nestas situações. Gazotti e Cury (2019, p.2)

consideram os obstáculos [em se trabalhar em equipe]: a falta de compreensão dos profissionais da equipe diante do processo subjetivo de adoecimento e a falta de suporte emocional para lidar com as demandas e exigências emocionais dos pacientes, por sentirem-se vulneráveis a vivenciar os mesmos sentimentos que os pacientes ao não disporem de recursos psicológicos para lidar com esta demanda.

Com isso, percebemos que a falta de apoio psicológico para os membros da equipe multiprofissional pode ser um fator que dificulta a execução do cuidar.

As demandas emocionais no trabalho em equipe também surgem nesses espaços onde os altos níveis de estresse e muitas horas de trabalho se acumulam. “Os profissionais envolvem-se afetiva e emocionalmente com seus pacientes, sendo possível perceber a ambivalência entre o sentir e o agir, pois o vínculo que aproxima é o mesmo que faz com que os profissionais sofram”, afirmam Silva et al (2015, p. 64). Em uma área onde, predominantemente, trabalha-se para salvar vidas, lidar com a morte é lidar com o fracasso, com o despreparo e falta de capacidade técnica. Os profissionais da saúde estão sempre preparados para a cura e, mesmo com o avanço da ciência, ainda se frustram sobremaneira ao perder um paciente.

Também não é raro encontrarmos equipes nas quais questões de ordem profissional se somem às de ordem pessoal, gerando conflitos interpessoais, levando à guerra de egos, onde cada profissional procura sobrepor seu saber e fazer aos demais membros da equipe. Segundo Bacellar (2017), no caso específico da Psicologia, “as dificuldades de recursos para interagir com o poder hegemônico da medicina, a ausência de conceitos e definições

claras para a nova realidade, dificultou a consolidação e a ampliação da Psicologia no meio hospitalar”. Além disso, como relatam Tonetto e Gomes (2007, p.89), “a discriminação hierárquica ocorre quando não se diferencia status de função, substituindo-se as especificidades de cada membro da equipe pelas relações de poder”.

Outro aspecto a ser considerado é a alta rotatividade da equipe, que também é um fator preponderante nas dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam no Cuidados Paliativos, uma vez que a necessidade de se estabelecer vínculos com o paciente e sua família fica altamente prejudicada devido ao pouco tempo de contato dos membros da equipe com eles. Ismael (2005 apud BACELLAR, 2017, p.68), aponta que “um dos objetivos do psicólogo que atua na área hospitalar é tentar minimizar o sofrimento do paciente e de sua família”, objetivo esse que se torna muito difícil de ser atingido ao não se ter tempo para construir e fortalecer vínculos que propiciem este cuidado ao paciente.

A inserção da família é de suma importância em protocolos de Cuidados Paliativos. De acordo com Ferreira, Souza e Stuchi (2008, p.34), na abordagem dos Cuidados Paliativos, o envolvimento da família é primordial, retomando o sentido de que esta exerce um importante papel no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e na recuperação da saúde”. Sendo assim, a comunicação clara e objetiva dos protocolos de cuidados para com o paciente deve ser transmitida à família, de modo a engajá-la no tratamento, orientando-a sobre os cuidados pensados para cada paciente em específico.

Outro ponto levantado em relação à equipe multiprofissional foi a compreensão sobre o que significa Cuidados Paliativos. Ficou claro pelas entrevistas analisadas, que esse é um conceito muito amplo e subjetivo para cada profissional entrevistado. No entanto, os aspectos de cuidado integral e humanizado foram os mais proeminentes. Segundo Gazotti e Cury (2019, p. 02), “o psicólogo hospitalar propicia à equipe, com maior facilidade, um olhar amplo e inter-relacionado de todos os aspectos presentes no cuidado aos pacientes do ponto de vista relacional”, promovendo assim, maior interação entre equipe, paciente e família, visando proporcionar um cuidado integral e mais humanizado a todos os envolvidos no processo de adoecimento.

6.2 Paciente

Todo sujeito, ao dar entrada no ambiente hospitalar, passa por uma mudança de contexto e essas mudanças contribuem para que o processo do adoecimento se torne mais

doloroso e difícil. O paciente que passa pelo processo de cuidados paliativos precisa receber um atendimento diferenciado e os profissionais devem estar preparados para dar a devida assistência.

O paciente possui sua singularidade e sua subjetividade e isso torna o processo de adoecimento único. Ao iniciar um tratamento, o paciente acaba por perder aspectos da sua subjetividade deixando muitas vezes de ser o protagonista de sua história. Bacellar (2017, p. 71) afirma isso quando diz que “o adoecimento seguido de hospitalização provoca mudanças na dinâmica de funcionamento individual e familiar”. Percebe-se isso em situações como no pacto de silêncio que é quando a família opta por omitir do paciente sua real condição de saúde, pois acredita que, ao fazer isso, pode poupá-lo de um sofrimento maior ou acredita que ele não dará conta de lidar com sua atual realidade. Observa-se isso dentro da realidade hospitalar, na qual muitas vezes o paciente sabe que tem algo de errado porque observa-se suas limitações, mas devido a dinâmica familiar não pergunta e sua família prefere esconder a verdade.

Outra situação que compromete a singularidade do paciente é sua capacidade de compreensão sobre sua condição e sua limitação física. Isso pode acontecer pelo seu estado de saúde, pois algumas vezes esse paciente já está em um estado de consciência reduzido, onde não compreende sobre sua doença e a sua nova realidade e, outras vezes, o paciente se encontra consciente e orientado porém sua capacidade física se encontra reduzida devido a doença. Dessa forma, um dos passos importantes que colabora na compreensão da doença na concepção da abordagem centrada na pessoa é a identificação do estado de dependência, na qual o objetivo é fazer com que o paciente aceite sua condição neste período que se encontra vulnerável (BACELLAR, 2017).

Nos cuidados paliativos essas condições devem ser fundamentais, uma vez que cada pessoa percebe e vivencia esse momento de forma singular. Não há como prever e muito menos como garantir que os pacientes terão as mesmas experiências ao vivenciar os cuidados paliativos. Isso torna o processo único e os profissionais ali envolvidos precisam ter conhecimento disso para facilitarem os cuidados de forma singular.

6.3 Família

A família, ao receber a notícia que um de seus membros entrará em processo de cuidados paliativos passa, de início, por uma fase de negação, que pode surgir de diferentes formas. O pacto de silêncio caracteriza um tipo de negação e ele diz muito do

medo da reação do paciente, dos amigos e dos demais membros da família (MACHADO, 2019).

Transmitir a notícia dos cuidados paliativos demanda da família vivenciar de forma desconhecida sentimentos nunca experienciados, isso porque cada pessoa é única e tende a receber essa notícia de forma singular. O paciente em cuidados paliativos experiencia no ambiente hospitalar uma diversidade de sentimentos e, quando está acompanhado de seus familiares, esses sentimentos tendem a ser menos angustiantes e dolorosos. A família tem papel fundamental nessa trajetória e tem sua responsabilidade, assim como os demais profissionais envolvidos no processo de adoecimento.

Percebe-se no decorrer deste trabalho o quanto a família contribui com a equipe quando se mostra comprometida com seu ente. De acordo com Lustosa (2007, p.5):

Assim como o paciente, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento de um de seus membros. A situação da família se constitui de estresse permanente, sofrimento interno, elevação de ansiedade, medos do desconhecido, e apreensão quanto às decisões a tomar, e situações a enfrentar.

Neste caso, uma família que se envolve, ajuda o paciente a se fortalecer emocionalmente bem como contribui para manter o seu autocuidado, é considerada pela equipe de profissionais uma família comprometida com o processo de cuidados paliativos. Entretanto, sabe-se que muitas famílias possuem relações fragilizadas e, quando o sujeito adoece, o vínculo entre os membros da família não muda. Segundo a equipe entrevistada, as relações familiares, quando estão fragilizadas, tendem a deixar o paciente em cuidados paliativos num processo angustiante e de insegurança muito significativo. Isso ocorre porque o paciente não possui uma rede de apoio e os cuidados com o paciente ficam somente com a equipe. (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008)

Para um familiar ajudar no processo de cuidados paliativos “requer equilíbrio contínuo entre recarregar e capacidade para superar” (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008, p. 35). Isso porque, para o membro da família que se implica nos cuidados às demandas emocionais e de cuidados contribuem para um sofrimento emocional e físico muito significativo. A família teve sua estrutura abalada e vivenciar esse novo contexto nunca experienciado tende a ser gerador de sofrimento.

Ferreira, Souza e Stuchi (2008, p. 36) afirmam que “O processo é solitário e doloroso, é caracterizado por crescimento e desenvolvimento ao final dessa trajetória”.

Quando há o comprometimento familiar nos cuidados o processo fica mais fácil, o paciente se sente mais seguro e tende a aceitar de forma singular seu adoecimento, a equipe se sente mais confiante e tende a ficar menos sobrecarregada com os cuidados essenciais, o paciente adere ao processo numa estrutura emocional mais empática tanto com a equipe quanto com os familiares e os cuidados tendem a não pensar somente para um lado. A família também é beneficiada pelas atitudes facilitadoras, tanto quando recebe os cuidados sob essa perspectiva quanto quando os utiliza para cuidar de seus entes adoecidos, pois entende a adoção de tais atitudes na relação de cuidados paliativos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fundamentos da ACP se convergem com os dos Cuidados Paliativos uma vez que ambos buscam o bem-estar do ser humano, tanto na esfera física quanto emocional. Sendo assim, são práticas complementares, que podem trazer enormes benefícios às pessoas a serem atendidas por profissionais cuja abordagem seja centrada na pessoa e que se dediquem aos Cuidados Paliativos. Integrar suas práticas às atitudes facilitadoras, prerrogativas da ACP, para que os vínculos relacionais se fortaleçam e a experiência do tratamento seja satisfatória, tanto para o paciente e sua família como para a equipe paliativista que o atende, é um dos objetivos a ser atingido por profissionais paliativistas pois, de acordo com Cicely Saunders, “Você é importante porque você é você. E você é importante até o fim de sua vida” (apud ARRUDA, 2021, p.2).

Os resultados desta pesquisa nos mostraram que a equipe de Cuidados Paliativos da qual se trata este estudo apresenta uma consciência sobre os princípios da ACP para aplicar em seu cotidiano. Mas, infelizmente, não conseguimos voltar ao campo para observar como está atualmente e sanar as dúvidas surgidas ao longo deste trabalho. Além disso, no decorrer desta pesquisa, verificou-se uma escassez na literatura sobre ACP nos Cuidados Paliativos mostrando que há uma necessidade de maior reflexão e produção acadêmica sobre a temática.

Com isso, acredita-se na importância de futuras pesquisas entrelaçando a Abordagem Centrada na Pessoa e os Cuidados Paliativos, pois é necessário que se tenham mais estudos nesse campo para auxiliar nas reflexões teóricas e práticas sobre essa importante atuação que, como analisado, faz muita diferença na qualidade de vida do

paciente paliativo, de sua família e da própria equipe designada para colaborar com essa técnica.

O estudo realizado apresentou como a Abordagem Centrada na Pessoa pode contribuir para o desenvolvimento de atitudes facilitadoras para os profissionais envolvidos no processo de Cuidados Paliativos, melhorando a qualidade das relações desenvolvidas. Usar a abordagem de Rogers para aprimorar nesses profissionais um formato de compreensão da complexidade humana, pode favorecer grandemente o processo de cuidado, não somente para o profissional envolvido, mas principalmente para o paciente e sua família.

Sabe-se que o tripé paciente, família e equipe profissional constituem o conjunto dos cuidados paliativos e estar capacitado para compor esse grupo demanda comprometimento de cada indivíduo envolvido, como pessoa e postura profissional. A equipe ao atuar de forma empática, genuína e comprometida em acolher e aceitar integralmente seus pacientes proporciona ao processo de Cuidados Paliativos uma experiência singular mais humanizada, permitindo ao paciente vivenciar de forma mais leve todo o processo.

Deixamos aqui registrado a indicação de prática experimental de formação de equipe multidisciplinar baseando seu fazer nos princípios de Carl Rogers. Experimentar e praticar os conhecimentos da Abordagem Centrada na Pessoa certamente tornará os profissionais atuantes no processo de Cuidados Paliativos mais empáticos, congruentes e praticantes de atitudes facilitadoras, garantindo técnicas paliativistas mais humanizadas e executadas com grande excelência.

8 REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. de L. Q; MACIEL, M. G. S. Avaliação e tratamento da dor. In: **Cuidado Paliativo**. Cadernos Cremesp, São Paulo, SP: CREMESP, 2008, p. 371. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%...>. Acesso em: 05 de abril de 2021.

ARRUDA, L. **Dame Cicely Saunders: dedicou-se aos cuidados paliativos**. Disponível em: <<http://hospitaldocoracao.com.br/wp-content/uploads/2016/01/DAME-CICELY-SAUNDERS-1.pdf>>. Acesso em: 21 out 2021.

BACELLAR, A. A **Psicologia Humanista na prática**: reflexões sobre a abordagem centrada na pessoa. 3 vol. Palhoça-SC: Ed UNISUL, 2017.

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

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JA** (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), nº 65, ano VII, 2012 (p. 42-44). ISSN: 1647-8975.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf>. Acesso em: 26 abr 2020.

BOIANAIN Jr, E. A Psicologia Humanista. In: _____. **Tornar-se transpessoal: transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers**. São Paulo: Summus, 1988. P.23-40

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Porto Alegre: Artmed 2º ed. 2007.

CRUZ, O. C.; RIERA, R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Universidade Federal de São Paulo. **Diagn. Tratamento**. 21(3), São Paulo, SP. 106-108, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em: 08 de out de 2021.

FERREIRA, N. M. L. A; SOUZA, C. L. B; STUCHI, Z. **Cuidados Paliativos e Família**. Campinas:Rev. Cienc. Med. 2008. p. 33-42. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20180509171538id_/http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seeer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/742/722>. Acesso em: 08 de out de 2021.

FITARONI, J. B, BOUSFIELD, A. B. da S. e SILVA, J. P. Morte nos Cuidados Paliativos: Representações Sociais de uma Equipe Multidisciplinar. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2021, v. 41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/FjVGRnTTnvTrtcXk3rMqsMS/?lang=pt>>. Acesso: 20 Out 2021.

GAZOTTI, T. de C; CURY, V. E. Vivências de Psicólogos como Integrantes de Equipes Multidisciplinares em Hospital. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 772-786, set. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 out. 2021.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, pag. 201-209, agosto de 2006. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de novembro de 2020.

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 out. 2021.

MACHADO, J. C. et al. O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 36, p. 92-103, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000100092&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2021.

MACHADO, M. de A. **Cuidados Paliativos e a Construção da Identidade Médica Paliativista no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2329/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Machado_Mariana_de_Abreu.pdf>. Acesso em: 23 abr 2020.

MAGALHAES, S. B.; FRANCO, A. L. S. Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 94-109, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 11 abr. 2020.

PALMEIRA, H. M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R. S. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 179-189, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 23 abr. 2020.

PINTO, M. A. S A Abordagem Centrada na Pessoa e seus princípios. In: CARRENHO, E., TASSINARI, M., PINTO, M. A. S. **Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa: dúvidas e perguntas mais frequentes**. Carrenho Editorial: São Paulo, 2010.

REZENDE, L. C. S.; GOMES, C. S.i; MACHADO, M. E. da C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 28-36, jun. 2014.. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020.

ROGERS, C. R. Condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica na personalidade. In: WOOD, John Keith. **A abordagem centrada na pessoa**. 5ª ed. Vitória-ES: EDUFES, 2010. p.143-162.

ROGERS, C. R.; WOOD, J. K. Teoria centrada no cliente: Carl Rogers. In: BURTON, A. **Teorias operacionais da personalidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 192-233.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. 7ª Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

ROGERS, C. R. **Um jeito de ser**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1983.

ROMERO, E. Humanismo e psicologia. In: CASTRO et al (org). **Fenomenologia e análise do existir**. São Paulo: UESP- Sobraphe, 2000. p. 179-190.

0

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SILVA, A. F. da et al. Palliative care in paediatric oncology: perceptions, expertise and practices from the perspective of the multidisciplinary team. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2015, v. 36, n. 2 [Acessado 9 Outubro 2021], pp. 56-62. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46299>>. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46299>.

TEIXEIRA, J. A. C. Introdução à psicoterapia existencial. **Análise Psicológica**, nº3, 2006.

TONETTO, A. M. e GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [online]. 2007, v. 24, n. 1 [Acessado 9 Outubro 2021], pp. 89-98. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>>. Epub 09 Nov 2007. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>

VIEIRA, E. M.; XIMENES, V. M. **Reflexões sobre possíveis contribuições de Carl Rogers para a Psicologia Comunitária**. Diálogos dentro da Psicologia, 2011, p.302 -310.