

CENÁRIOS DE CUIDADO DIANTE DA MORTE: PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS E NA PANDEMIA DA COVID-19

CARE SCENARIOS IN THE FACE OF DEATH: PSYCHOLOGY IN PALLIATIVE CARE AND IN THE COVID-19 PANDEMIC

ESCENARIOS DE CUIDADO ANTE LA MUERTE: LA PSICOLOGÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EN LA PANDEMIA DEL COVID-19

Fernanda Duarte Sousa Hott*

Luciana Kind do Nascimento**

RESUMO

O movimento dos cuidados paliativos vem adquirindo visibilidade e se expandindo no Brasil nas últimas décadas, devido ao crescimento da incidência de doenças crônico-degenerativas, do aumento da expectativa de vida, do conseqüente envelhecimento populacional e do aparecimento de doenças epidêmicas, que tornaram os cuidados com pacientes em terminalidade um problema de impacto social e de saúde pública. Esse trabalho se inspira nas estratégias de comparação descritiva, aproximando o material empírico de uma pesquisa realizada em 2013, sobre práticas de psicólogos no campo dos cuidados paliativos, de entrevistas com profissionais que atuaram no auge do contexto pandêmico por Covid-19, realizadas em 2021. O estudo permitiu compreender como os saberes e as práticas “psi” se “conciliam”, ora mostrando falhas, ora mostrando potências e contribuições com os cuidados paliativos, e a necessidade de reinventar novas práticas de atuação e assistência aos pacientes, às equipes e aos familiares frente a Covid-19 e seus efeitos.

Palavras chaves: Psicologia; Cuidados Paliativos; Morte; Covid-19; Pandemia.

ABSTRACT

The palliative care movement has been gaining visibility and expanding in Brazil in recent decades, due to the growth in the incidence of

*Doutora em psicologia pela PUC MG; Mestra em Psicologia Clínica e da Saúde pela PUC MG (2014). Pós graduada em Filosofia e autoconhecimento PUC RS (2022). Especialista em Saúde Mental pela Universidade Cândido Mendes RJ (2013). Graduação em Psicologia pela Universidade FUMEC (2011). Professora Assistente de Psicologia PUC MINAS (2022 – Atual).

**Pós-doutorado em Psicologia Social (UFMG). Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2007), tendo realizado estágio doutoral no Instituto Max Planck para a História da Ciência em Berlim (2005). Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (2003). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1996). Integrou a equipe responsável pela implantação do Pró-Saúde PUC Minas e foi tutora do PET-Saúde/VS.

chronic-degenerative diseases, the increase in life expectancy and the consequent population aging and the appearance of epidemic diseases that have made it care for terminally ill patients is a problem of social impact and public health. This work is inspired by descriptive comparison strategies, contrasting the data obtained in research carried out in 2013 that dealt with the practices of psychologists in the field of palliative care and interviews with professionals about their practices at the height of the pandemic of Covid-19, carried out in 2021. The study made it possible to understand how the “psi” knowledge and practices “reconcile” (sometimes showing flaws, sometimes powers and contributions) with palliative care. In the psychological performance against Covid-19, the need for further research in the area was shown.

Keywords: Psychology; Palliative Care; Death; Covid-19; Pandemic.

RESUMEN

El movimiento de los cuidados paliativos ha ganado visibilidad, expandiéndose en Brasil en las últimas décadas, debido al crecimiento en la incidencia enfermedades crónico-degenerativas, aumento de la esperanza de vida, envejecimiento de la población y aparición de enfermedades epidémicas que han hecho de la atención de pacientes terminales un problema de impacto social y salud pública. Este trabajo se inspira en estrategias de seguimiento, acercando material empírico de una encuesta realizada en 2013 sobre las prácticas de los psicólogos en el campo de los cuidados paliativos y entrevistas con profesionales que trabajaron en el pico del contexto pandémico por Covid-19, realizado en 2021. El estudio permitió comprender cómo se “concilian” conocimientos y prácticas “psi” (a veces mostrando fallas, a veces fortalezas y aportes) con los cuidados paliativos y la necesidad de reinventar nuevas prácticas de actuación y asistencia a los pacientes, equipos y familiares ante el Covid-19 y sus efectos.

Palabra claves: Psicología; Cuidados paliativos; Muerte; Covid-19; Pandemia.

1 INTRODUÇÃO

A morte é uma realidade; é hora de conversar [sobre isso]³.

(Lapid & Peisah, 2021)

³Tradução livre de “Death is a reality; it is time to talk.”

Temos testemunhado a emergência de novos protocolos e reajustes em instituições hospitalares dedicadas aos “cuidados de fim de vida”. O aumento de patologias como doenças crônico-degenerativas, os alongamentos do período final da vida e as vivências epidêmicas lançam desafios aos profissionais de saúde. Recentemente, a Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), identificada por Covid-19, foi reconhecida como uma pandemia pela OMS, em março de 2020, produzindo-se uma percepção global sobre os cuidados de final de vida e impedindo o silenciamento diante da morte como experiência humana (Kretzer et al., 2020; Kind & Cordeiro, 2020). Situações de cuidado diante da morte e do morrer trazem consigo o desafio da modificação de algumas práticas de saúde que visam proporcionar mais do que conforto físico, o não abandono de pacientes, e são motivadas por uma discussão sobre a dignidade dos seres humanos confrontados com a iminência da morte.

O mais próximo que se tinha, antes da experiência de pandemia em grande escala, como a Covid-19, eram práticas desenvolvidas no âmbito dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos estruturam uma nova forma da gestão de morrer, contrapondo-se aos excessos de uma medicina tecnológica. Como campo de conhecimentos e práticas, essa nova forma se pauta pela preocupação em estabelecer a qualidade de vida em sua totalidade, resgatando princípios e modelos que integram os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais envolvidos no cuidado em saúde. Essa configuração do campo demanda a criação de espaços e convoca as diferentes categorias profissionais em saúde a incorporar um papel específico na cena de cuidados paliativos e desempenhá-lo de acordo com a filosofia paliativista.

O campo dos cuidados paliativos ganha força e é orientado para o período final da vida de enfermos. Essa especialidade tem como proposta uma assistência cujo foco não é curar, e sim proporcionar uma melhora na qualidade de vida de pacientes com prognóstico de morte iminente, através de intervenções que busquem o alívio do sofrimento físico, social, emocional e espiritual.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, os cuidados paliativos podem ser entendidos por:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doença com risco de vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta, tratamento da dor e de outros problemas,

sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. [...] Isso inclui a atenção às necessidades práticas e a oferta de aconselhamento de luto. Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até a morte[...] São explicitamente reconhecidos como um direito humano à saúde. Devem ser fornecidos por meio de serviços de saúde centrados na pessoa e integrados, que prestem especial atenção às necessidades e preferências específicas das pessoas.

De acordo com informações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o tratamento em cuidados paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional, composta por um grupo mínimo de um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e, pelo menos, um profissional da área de reabilitação. Nas orientações da entidade, os profissionais teriam por objetivo ajudar o paciente e seus familiares a se adaptar às mudanças de vida impostas pela doença e promover a reflexão necessária para o enfrentamento das condições causadas por ela, gerando, assim, uma forma diferente de administração do período final da vida do paciente (ANCP, s/d).

Pessini (2009) apresenta como princípios da filosofia dos cuidados paliativos:

A) Os cuidados paliativos valorizam o atingir e manter um nível ótimo de dor e administração de sintomas. B) Os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal. C) Os cuidados paliativos não apressam e nem adiam a morte. D) Os cuidados paliativos integram aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados do paciente. E) Os cuidados paliativos oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte. F) Os cuidados paliativos ajudam a família a lidar com a doença do paciente e no luto. G) Os cuidados paliativos exigem uma abordagem em equipe, H) Os cuidados paliativos visam aprimorar a qualidade de vida. I) Os cuidados paliativos são aplicáveis no estágio inicial da doença. (Pessini, 2009, p. 167).

Conforme o campo foi se desenvolvendo em vários países e com o aumento de publicações sobre a temática em português, a definição de cuidados paliativos foi se transformando e tomando como referência a avaliação das necessidades do paciente e de seus familiares frente ao adoecimento. De acordo com Pessini (2009), os cuidados paliativos eram anteriormente destinados apenas a pessoas com prognóstico de morte iminente, mas, com o deslocamento do conceito, passaram a ser oferecidos também no estágio inicial de uma doença progressiva.

O campo dos cuidados paliativos pode ser visto como uma transformação coletiva do processo de morrer, o qual vem sendo gradativamente estabelecido através do esforço contínuo de vários indivíduos, em

contextos institucionais, acadêmicos e profissionais.

A exemplo dessas transformações necessárias no campo da saúde, com a atual pandemia de Covid-19 vivenciada no mundo, Kretzer et al. 2020 discutem que a Covid-19 é uma virologia com alta transmissibilidade, que ocasiona alta demanda de serviços de saúde, que pode levar a situações críticas em ofertas de leitos de UTI, o que compromete o cuidado de pacientes portadores de doenças pandêmicas e não pandêmicas e exige dos profissionais de saúde a tomada de decisão e a criação de novos protocolos frente a essas circunstâncias.

A OMS publicou, em 2018, um guia que ressalta a importância de integrar as práticas de cuidados paliativos em situação de crises humanitárias, uma vez que, em surtos de doenças, os cuidados integrais muitas vezes ficam negligenciados, gerando-se falhas e o aumento do sofrimento ante as demandas urgentes, em grande escala. A inserção dos cuidados paliativos em práticas emergenciais promove a avaliação, os manejos adequados e o alívio de sofrimento desnecessário. (Who, 2018).

Os cuidados paliativos atuam como um novo modelo de assistência ao morrer e de reumanização da morte, que, associado à escassez de recursos aplicados à saúde, possibilita uma resposta a problemas emergentes, além de otimizar a alocação de recursos, reduzir a demanda por leitos de UTI e atender ao paciente e familiares em sua demanda de vida e no luto. Por isso, esse modelo passa a ser discutido no âmbito das políticas públicas no Brasil.

Em 2018, foi aprovada a resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual dispõe de diretrizes para a organização de cuidados paliativos no SUS e resolve que eles deverão fazer parte dos cuidados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, “sendo elegível aos cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição” (Brasil, 2018).

Para Pereira et. al. (2020), é necessário buscar, de forma ativa junto ao paciente ou a seus familiares, em caso de não verbalização do paciente, os desejos e as condutas manifestadas para o fim da vida, mesmo em contexto de pandemia. Conforme os autores, essa discussão sobre os cuidados no fim da vida é de enorme importância. Em suas palavras:

Além de assegurar que os pacientes receberão os cuidados que desejam respeitando seus valores, contribuem para evitar que o paciente que optou por suporte básico em enfermaria seja levado para unidade de terapia intensiva, bem como uso de

ventilação mecânica ou realização de manobras de reanimação cardiopulmonar. (Pereira et.al 2020, p.15)

Os cuidados paliativos convocam variados saberes e fazem com que a psicologia seja incluída em estabelecimentos que colocam o profissional dessa área nas discussões que versam sobre a morte de maneira mais cotidiana. Começam a ser ocupados e criados variados espaços de atuação do psicólogo em hospitais, centros de saúde, clínicas especializadas em atendimento ao luto e pacientes oncológicos, organizações não governamentais de HIV/Aids, todos atuando com crianças, jovens e idosos. Segundo Kovács, essa inserção profissional reserva aos psicólogos uma função, cujo aspecto central seria “falar da morte enquanto há vida, este é o lugar da psicologia no seu estudo dos homens” (Kovács, 1992, p. 9).

1.1 Mudanças nos cuidados paliativos diante da Covid-19

A pandemia do SARS-CoV-2 convocou transformações sem precedentes nos protocolos de cuidado à saúde, com impacto também em ações de cuidados paliativos. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apresenta, em 2/4/2020, um fluxograma de cuidados paliativos para os idosos com suspeita de Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, no qual propõe condutas que visam desde o manejo adequado no cuidado ao paciente, de acordo com a vulnerabilidade de seu quadro clínico funcional, até diretrizes de comunicação com o paciente e/ou familiares e assistência ao luto (MORAIS, 2020). Em âmbito internacional, especialistas em cuidados paliativos produziram uma sistemática de intercâmbio de experiências entre países com grande impacto da pandemia, a saber, China, Reino Unido, Estados Unidos, México, Canadá, Índia, Austrália e Quênia, mapeando-se os principais desafios para os cuidados paliativos, com o sugestivo título *Mesma tempestade, barco diferente* (Willis, Rao, Normen, Groot, Calman, Bahcivan, Centeno, Fehon, 2021). O acesso a ações de cuidados paliativos, os impedimentos de práticas tradicionais de ritos fúnebres, as experiências de luto e a sobrecarga de trabalho que incidiu sobre os profissionais de saúde foram alguns dos desafios discutidos pelos autores.

A linha de cuidados paliativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais também publicou um estudo que objetiva discutir recomendações dos serviços de geriatria e cuidados paliativos no manejo, acolhimento e classificação do idoso e do adulto com comorbidade grave por infecção por Covid-19. Nesse documento, os autores discutem

a importância em identificar indivíduos frágeis, que possuem risco aumentado de evolução desfavorável, bem como pacientes com certo grau de fragilidade, mas que ainda apresentem vitalidade para se beneficiar de medidas invasivas. (Pereira et al., 2020, p.1). São discutidos, ainda, protocolos de orientação a equipes que atuam no controle de sintomas e tratamento de comorbidades, bem como o manejo no processo ativo de morte, como administração de sedação paliativa, e o uso de comunicação adequada.

Conforme Kretzer et al. (2020), a criação de protocolos e novos manejos (no cuidado da/em) de saúde podem facilitar decisões que devem ser compartilhadas entre os integrantes das equipes assistentes, pacientes e familiares, levando em consideração os aspectos clínicos e o desejo dos envolvidos e que pessoas no fim da vida devem receber cuidados que ofereçam uma melhor qualidade de sobrevivência, incluindo o controle dos sintomas e o acolhimento das necessidades emocionais, sociais e espirituais. “E esse mesmo raciocínio deve ser aplicado aos casos de alocação de vagas de UTI em condições de pandemia pela COVID-19” (Kretzer et al. 2020, p.3).

A pandemia (por Covid-19) trouxe desafios significativos para a prestação de cuidados de fim de vida, gerando um ambiente de medo e ansiedade e dificultando a comunicação e o fornecimento de cuidados paliativos de forma adequada. As restrições de visitas e o distanciamento social tornaram necessário o desenvolvimento de abordagens criativas para permitir que pacientes e famílias se despedissem de maneira digna e respeitosa (Tritany et.al 2021). Diante desses desafios, as equipes de cuidados paliativos têm sido convocadas a desempenhar um papel fundamental na adaptação das práticas desses cuidados para atender às necessidades únicas dos pacientes durante a pandemia.

A deficiência na assistência e a escassez de especialistas fomentaram a mobilização de recursos humanos, incluindo profissionais de psicologia, por meio da Portaria nº 639/2020, do Ministério da Saúde, divulgada no Diário Oficial da União em 2020, que instituiu a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo – profissionais da saúde”. Essa ação visa capacitar e cadastrar profissionais no enfrentamento da Covid-19, reconhecendo a importância da equipe multidisciplinar na abordagem abrangente das necessidades dos pacientes durante a pandemia (Diário Oficial da União, 2020).

Como movimento que ganhou força na segunda metade do século XX, os cuidados paliativos ainda se apresentavam como campo em

construção para a psicologia. A pandemia por Covid-19 lançou novos desafios para profissionais de saúde, de forma geral, e para a psicologia, de modo particular, foco de interesse da pesquisa relatada neste artigo. No presente estudo, buscou-se compreender as contribuições da psicologia diante dos cuidados paliativos para pacientes em final de vida, na situação de pandemia por Covid-19. Cabe ressaltar que, no momento de realização dessa pesquisa, o cenário ainda era de aumento do número de mortes pela doença e marcado por um esforço sistemático e acelerado de pesquisa e desenvolvimento de vacinas.

Este trabalho se inspira nas estratégias qualitativas de comparação descritiva. Como exposto por Miri e Dehdashti Shahrokh (2019, p. 7), estudos comparativos são, em geral, de natureza descritiva e “buscam descrever a ocorrência de certos fenômenos e como ela varia entre diferentes casos”. O escopo de comparação é como variam as práticas “psi” em diferentes contextos de atuação que se tecem diante da morte e do morrer. Retomamos os dados obtidos em pesquisa realizada em 2013 (Hott, 2013), que versou sobre práticas de psicólogos no campo dos cuidados paliativos. Em 2021, voltamos a essa discussão no auge do contexto pandêmico por Covid-19, com o intuito de revisitar as práticas “psi” diante de cuidados na iminência da morte. A questão que guiou essa comparação foi: quais são as variações experimentadas por psicólogos que atuam com cuidados paliativos sem a interferência da pandemia e diante dela?

Parte-se do pressuposto de que os campos – psicologia e cuidados paliativos com seus contornos de ciência e profissão – devem ser vistos como em constante construção. O objetivo do artigo é apresentar a comparação de formas de atuação “psi” em contextos diversos, mas que têm em comum o desafio dos cuidados de final de vida.

2 METODOLOGIA

Da pesquisa realizada em 2013, os dados empíricos aqui resgatados envolveram entrevistas semiestruturadas realizadas com 10 psicólogos que atuavam junto a pacientes considerados elegíveis aos cuidados paliativos (Hott, 2013). O tipo de vínculo profissional não foi critério de inclusão. Os profissionais entrevistados atuavam nas cidades de Belo Horizonte e São Paulo. Durante a realização da pesquisa, o Estado de São Paulo liderava a instalação de cuidados especializados em final de vida não apenas na

estrutura hospitalar existente, mas também na fundação de hospices⁴. Maior detalhamento sobre aquele estudo pode ser encontrado em Hott (2020).

Em 2021, retomamos o trabalho refletindo sobre as práticas de psicólogos no campo dos cuidados paliativos relacionadas, predominantemente, a doenças crônico-degenerativas e indagando: como psicólogos identificados com práticas de cuidados paliativos estariam enfrentando a pandemia do SARS-CoV-2? Estimuladas pela possibilidade de aproximar os dados produzidos em 2013 da nova realidade de cuidados de final de vida, no ano de 2021, foram realizadas entrevistas com sete psicólogos atuantes na linha de frente da Covid-19 em hospitais gerais de Belo Horizonte. Esse conjunto de entrevistas, portanto, teve inspiração em estudos de comparação descritiva (Miri & Dehdashti Shahrokh, 2019), retomando o objetivo da pesquisa anterior – investigar a prática profissional de psicólogos na construção dos cuidados paliativos –, acrescentando o efeito da presença desse profissional durante a crise sanitária mundial da Covid-19. Essa aproximação indica um seguimento do mesmo contexto de atuação e perfil profissional que permite revisar novos desdobramentos diante do cenário desafiador que a pandemia estabeleceu para profissionais de saúde. Ressalta-se que esse desenho de pesquisa foi apenas inspiração, uma vez que não foi possível entrevistar os mesmos profissionais do primeiro momento de pesquisa.

A psicologia tem organizado conjuntos de práticas de atuação no contexto de terminalidade, no qual o psicólogo é chamado a se articular com outros saberes em uma atuação multidisciplinar. Verificando as práticas (atualmente) desenvolvidas pelos psicólogos no contexto da terminalidade, pretendemos contribuir para compreender a formação e a existência de um modo próprio de pensar desses profissionais.

Os profissionais entrevistados na pesquisa de 2013 (Hott, 2013) atuavam em diversos equipamentos que se destinam a pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, como hospices, atendimentos domiciliares, enfermarias e ambulatórios. Para maior clareza, os dados dos entrevistados serão apresentados na tabela abaixo:

⁴O hospice pode ser considerado uma “instituição de média complexidade, como um hospital especializado na prática dos cuidados paliativos e que tem, por característica principal, a excelência da prática clínica associada ao trabalho bem articulado de uma equipe multiprofissional, com espaços apropriados para tal fim” Maciel (2012, p.94).

Tabela 1: Dados dos entrevistados atuantes em cuidados paliativos

Nome	Idade	Graduação	Ano de formação	Titulação	Atuação na área
Ariel	53 anos	Psicologia	1986	Mestre	+ de 20 anos
Tiana	32 anos	Psicologia	2007	Especialista	+ 5 anos
Fenícia	33 anos	Psicologia	2005	Especialista	+ 7 anos
Aurora	28 anos	Psicologia	2007	Mestre	2 anos
Anna	26 anos	Psicologia	2010	Especialista	2 anos
Ursula	56 anos	Psicologia	1982	Mestre	+ 15 anos
Merida	54 anos	Psicologia	1981	Doutora	+ 15anos
Elsa	31 anos	Psicologia	2008	Mestre	4 anos
Erick	42 anos	Psicologia	1994	Mestre	3 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2013)

Como retomada das discussões sobre as práticas “psi” que versam sobre a morte e o contexto de pandemia em que estávamos situados, foram realizadas sete entrevistas com psicólogos que estivessem atuando na linha de frente da Covid-19⁵. O convite foi dirigido a um grupo de psicólogos hospitalares de Belo Horizonte do qual a autora participa, por meio de um aplicativo de mensagens. Ao receber o convite, alguns dos profissionais se voluntariaram e indicaram outros colegas para a pesquisa. Todos os profissionais atuavam em hospitais gerais de Belo Horizonte. Conforme indicado abaixo:

Tabela 2: Dados dos entrevistados atuantes na linha de frente com Covid-19

Nome	Idade	Graduação	Ano de formação	Titulação	Tempo de atuação na área
Jasmin	26 anos	Psicologia	2018	Especialista	2 anos
Tulipa	52 anos	Psicologia	1984	Doutora	+20 anos
Liz	43 anos	Psicologia	2009	Mestre	+ 7 anos
Violeta	43 anos	Psicologia	2002	Mestre	+ 10 anos
João	27 anos	Psicologia	2019	Graduado	1 ano
Margarida	26 anos	Psicologia	2018	Especialista	2 anos
Pétala	40 anos	Psicologia	2005	Mestre	8 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Devido às restrições de contato e recomendação do isolamento social

⁵Foram considerados como linha de frente profissionais que atuavam em espaços destinados à saúde, como enfermarias e unidades de terapia intensiva (UTI); transporte pré-hospitalar (Samu); unidades de pronto- atendimento (UPAs); emergências de hospitais portas abertas; laboratórios de biologia molecular; centros de coleta, testagem e atendimento para Covid-19. (Secretaria de Saúde do Estado)

vigentes na ocasião em que as entrevistas foram conduzidas, utilizou-se uma plataforma gratuita de videoconferência para sua realização⁶. Uma questão inicial foi feita a todos os participantes: “Como tem sido a sua prática como psicólogo no enfrentamento à Covid-19?”. Questões sobre as transformações nas práticas de cuidado do final de vida, semelhanças e diferenças com o contexto dos cuidados paliativos e outras relacionadas a experiências singulares dos entrevistados se seguiam à primeira questão.

Seguindo os mesmos procedimentos de análise do primeiro estudo, os dados foram trabalhados por meio de análise de conteúdo, em sintonia com as considerações de Bardin (2011) e categorizados em eixos temáticos apresentados em resultados e discussão. Ambos os conjuntos de dados foram aproximados revisando-se categorias, o que permitiu conferir um olhar de conjunto sobre os efeitos da pandemia para a ressignificação da prática de psicólogos em cuidados de final de vida. Foram construídos os seguintes eixos temáticos: a) Ideário da boa morte; b) A morte sem corpo; c) Atendimento psicológico ao paciente e familiar; e d) Suporte psicológico à equipe. Esses quatro eixos permitem a apresentação e a discussão das entrevistas de modo transversal. Essa estratégia enfatiza o exercício profissional, e, nesse aspecto, seguem as principais práticas apresentadas nos discursos dos entrevistados, evitando-se a ênfase em instituições de saúde. Na apresentação dos resultados e discussões, todos os nomes utilizados são fictícios, com a finalidade de preservação de suas identidades, seguidos do ano em que a entrevista foi feita.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Ideário da boa morte

A filosofia dos cuidados paliativos propõe o ideário da “boa morte” em oposição aos esforços tecnológicos e suportes invasivos em pacientes, quando eles não mais apresentam respostas ao processo curativo e existe uma evolução rápida do prognóstico, que o coloca frente à morte iminente. Conforme Menezes (2004 p.38), a “boa morte” pressupõe que, em seu processo, o paciente tenha mais autonomia e controle e possa morrer à sua maneira, sem dor e de forma pacífica, em um panorama em que há essa aceitação social.

A humanização do morrer ou a busca por um processo de morte com

⁶A realização desse estudo foi aprovada, à época, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, assim como o consentimento livre e esclarecido dos(as) entrevistados(as).

dignidade aparece no discurso dos entrevistados como algo que deve ser buscado e almejado pela equipe de cuidados paliativos durante todo o processo de acolhimento e atendimento aos pacientes e familiares. Ariel mostra, em sua prática, um discurso voltado para a humanização do morrer, que pressupõe que o paciente possua o máximo de controle do seu processo de morte. Nele, o querer do paciente está em jogo. Apoiado nisso, ele pode requerer o seu cuidado integral solicitando suporte espiritual e emocional, que condizem com os modelos culturais difundidos pelos cuidados paliativos:

Morrer com qualidade, viver o final da vida até o último momento. Não existir velório de gente viva, sabe. “Não tem nada para fazer, deixa ele aí, dá só um sorinho pra ele que tá bom”... Não! Você tá vivo até o último minuto, enquanto você tiver respirando você merece e deve ter qualidade de vida, depois você merece ter qualidade de morte. Então é morrer com descanso, bem, com quem você quiser. Se você quiser um capelão, se você quiser um padre... Esses são os cuidados paliativos. O que você precisa? Quantas vezes você quer me ver? Você quer falar comigo ou só quer a minha mão? (Ariel, 2013)

O discurso elaborado em torno dessa prática se articula ao que Menezes (2004) descreve como requisitos necessários para que o indivíduo possa tomar as decisões, que podem ser assim resumidas: o real conhecimento do avanço da doença e da morte como possibilidade iminente, a expressão dos desejos do paciente e uma atuação voltada para sua escuta. Portanto, a comunicação da “verdade” ao paciente é vista como palavra de ordem nas práticas em cuidados paliativos. A fala da entrevistada disposta abaixo apresenta a dependência dos processos de comunicação e as relações de poder entre o médico e os profissionais de outra categoria de trabalho, pois, para que Fenícia “inicie seu trabalho de psicólogo”, é necessário que o médico faça sua parte informando o prognóstico àquele paciente. O relato de Fenícia, transcrito adiante, apresenta:

Eu preciso que o médico dê a notícia daquilo que está acontecendo, que ele comunique, né, que a doença evoluiu, que não vai ter uma possibilidade de cura, que vai parar a quimioterapia, que vai parar a radioterapia, que não tem mais uma possibilidade de cirurgia, pra família e pro paciente para que eu possa entrar com o início da elaboração do processo de luto, né, porque, sem essa comunicação, eu não tenho como, né? Então, é importante isso desse médico, comunicando nem que seja aos poucos, normalmente não é um atendimento, só é uma elaboração que precisa ser feita. É uma notícia que vai sendo dada aos poucos, para eu poder trabalhar com aquela família, né, como é que está aquele processo para o paciente. (Fenícia, 2013)

No entanto, em algumas situações, a família pode impedir a comunicação do prognóstico como uma forma de “proteger o paciente”. Isso ocorre

porque, muitas vezes, a família apresenta a crença de que, ao saber a verdade sobre sua condição, o paciente pode desanimar em sua “luta contra a doença”, o que poderia resultar em uma redução da expectativa de vida. Nota-se que, muitas vezes, nessas situações, ocorre o “pacto de silêncio”, que seria um acordo não verbal entre paciente e seus familiares, com o intuito de poupar o sofrimento. Portanto, a morte, o adoecimento e o avanço do prognóstico se tornam assuntos proibidos, e o diálogo incentivado é apenas em torno da recuperação e cura, o que pode ser ilustrado pela seguinte fala:

Tem situações que realmente ele não sabe nada, principalmente quando a família protege, quando é idoso. É muito comum, quando é idoso, a família dizer: “Não, não fala, não, porque, senão, ele vai deprimir e vai morrer mais rápido”. E, normalmente, a gente tem que... Existe o pacto de silêncio, que é bem falado no cuidado paliativo, né, que a família sabe, o paciente sabe, mas fica assim: “Não vou falar sobre isso porque, se eu falar, vou deixar minha família sofrendo”. E a família fala: “Se eu disser, ele vai morrer mais rápido, ele vai sofrer”. Então, é trabalho do psicólogo também entrar nesse meio, né, de escutar a família, de escutar o paciente e dizer para eles que é o momento: “Vamos conversar sobre isso?”. (Fenícia, 2013)

Os profissionais de saúde, em muitos momentos, acatam a decisão do familiar de omitir essa comunicação ao paciente, o que demonstra as relações de poder entre equipe, familiares e pacientes, sendo que esses quase sempre são colocados em uma posição de assujeitamento diante do saber do outro, sobre o que é melhor para si. Percebe-se que, no campo dos cuidados paliativos, essa é uma prática menos frequente, porém ainda existente, e influencia diretamente o poder decisório do paciente. Por isso, os profissionais que atuam nos cuidados paliativos buscam intermediar negociações com os familiares sobre a importância de escutar o desejo do paciente e o que ele diz de si. É o que afirma Tiana, por exemplo:

É interessante porque, muitas vezes, a gente acha que a resistência é do profissional, mas muitas vezes é da família. A gente já teve casos de crianças e adolescentes, né, que vão para a unidade por qualquer intercorrência, que você vê que vão para a unidade praticamente para morrer e que a equipe quer intervir o mínimo possível, tá, e a família insiste para que a equipe intervenha, para que entube, para que isso, para que... Aí a equipe: “Olha, para entubar, a gente vai ter que sedar, vocês vão perder esse, ele vai perder um pouco do contato, ele vai ficar mais sedado, porque o tubo incomoda muito”. “Não, mas eu quero, meu filho falou que ia lutar até o final”. (Tiana, 2013)

Os cuidados paliativos mobilizam toda a equipe na atuação de resolução de conflitos familiares, em busca do morrer bem, com vínculos afetivos bem estabelecidos e rodeados de pessoas próximas e queridas. Busca-se,

portanto, resolver as questões “inacabadas” através de seu processo de despedida:

Eu atuo muito com família. Se eu percebo um conflito, eu vou tentar ser uma facilitadora para que esses conflitos sejam ressignificados no adoecimento, porque a gente vê muito isso, né, que o adoecimento aproxima as famílias e, também, traz à tona todos os conflitos. Aí meu trabalho é para que essa família tenha um luto bom e consiga, antes dele partir, ressignificar as relações. Então, eu atuo muito nessa área também e em todas as defesas psíquicas que são trazidas junto com o adoecimento. (Aurora, 2013)

É importante, no ideário da “boa morte”, uma comunicação aberta entre paciente e equipe, pois é através da disponibilidade do profissional em escutar seu paciente que ele será capaz de intermediar e realizar os “últimos desejos”, proporcionando-lhe uma morte digna e com qualidade. Ariel fala dos processos de negociação com a equipe em prol desses “desejos”, de forma contundente:

Mas, gente, o paciente que está morrendo, nós temos que brigar com a equipe e falar assim: “Ó, gente, se o cara tá morrendo, por que que ele não vai tomar um café? Por que que ele não vai comer um McDonald’s?”. Eu tenho um baixinho, tinha, né, que falava assim: “Eu quero comer um Big Mac, eu quero comer um Big Mac”, aí o chato do enfermeiro falava com a mãe assim: “Não pode, não está na prescrição dele”. Aí eu corri atrás do pediatra dele, que eu conhecia, e falei “((médico)), vamos sentar aqui”. Aí ele falava: “Lá vem ela”. Então, a gente fica meio bicho-de-pé. “((médico)), presta atenção, o ((paciente)) está morrendo”. Ele fala: “É, tá”. “Então, dá licença, quer prescrever aqui quantos Big Macs ele quiser comer?”. [...] Entendeu? (Ariel, 2013)

Os profissionais paliativistas buscam uma prática idealizada para proporcionar ao paciente uma morte digna, tranquila e voltada para a realização do seu “desejo”. Porém, para o exercício desse ideário, são travadas disputas e negociações entre profissionais, médicos, familiares e pacientes, as quais entram como atravessamentos inevitáveis desse campo de práticas no contexto de terminalidade. Para enfrentar essas discordâncias, as equipes de saúde buscam adotar reuniões multidisciplinares como um espaço para troca de informações e experiências, tomadas de decisões conjuntas, discussões de questões éticas e emocionais que são facilitadoras nos processos decisórios e condução de cada caso. (Sousa e Carpigiani, 2010).

Essas reuniões refletem a importância de uma abordagem centrada no paciente, particularmente quando se considera o conceito de “boa morte”, no qual o paciente é colocado em destaque e a morte é encarada de maneira consciente. Isso cria um solo fértil para práticas de cuidados em torno da morte e do morrer, gerando teorizações e até mesmo novos

espaços de saúde que abordam essas novas perspectivas de enfrentar o fim da vida.

3.2 A morte sem corpo

No cenário de pandemia (por Covid-19), a morte foi ainda mais evidenciada devido aos números cada vez mais crescentes, seus aspectos de imprevisibilidade, a falta de recursos e a rapidez do curso natural dessa doença, gerando alterações abruptas na gestão da morte e do morrer. Muitas vezes não havia tempo hábil para os familiares acompanharem o processo de adoecer, e já eram confrontados com a notícia de óbito, como descrito por Liz:

O processo da morte na pandemia é uma coisa muito difícil, né, principalmente para o familiar, que se despede na porta com a certeza de que o verá em breve e que aquilo não haveria de ser tão letal “não para a minha mãe, meu irmão que, até hoje cedo, estava bem e era saudável”. Como não havia visitas e, muitas vezes, o paciente evoluiu rápido, o familiar não acredita na notícia do óbito. E o pior: ele não mais vê aquele familiar, não pode ver o corpo, não há possibilidade de velório de caixão aberto. O período do enterro é rápido, então fica aquele sentimento: “Será que era mesmo meu pai que morreu? Ele estava bem”. É como se ele tivesse desaparecido, dificultando muito a aceitação da família. (Liz, 2021)

O documento elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Ministério da Saúde, o qual foi atualizado em fevereiro de 2021, discorre sobre orientações de medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, entre elas, está o manejo com o corpo após a morte. Como indicação, o manejo de corpos deverá acontecer nos serviços de saúde e necrotérios, acondicionando o corpo em sacos com identificação de risco biológico e acomodado em uma urna que será lacrada pelo serviço funerário e, então, entregue aos familiares. Após lacrada, a urna não deverá ser aberta. Recomenda-se a suspensão dos velórios por tempo indeterminado, limitando a presença de familiares e amigos ao mínimo possível (Anvisa, 2021).

Essas medidas de proteção da disseminação do vírus distancia o familiar de seu ente querido, necessitando de novas formas de elaboração do luto e de novos ritos de passagem frente à morte. A não ocorrência do funeral com urna aberta causa um sentimento de ausência, como se não fosse concreta a experiência da perda, uma morte sem corpo, conforme relato de Jasmim:

Eu percebo que tem impactado mais a mudança no ritual, não a terminalidade em si, a morte em si, mas o ritual, o pós-morte, isso imediato, isso tem impactado mais, as mudanças nos rituais, a impossibilidade de ver. É uma morte sem corpo, né, porque não se vê mais esse corpo, não se vê mais esse familiar. E é exatamente, considerando isso que a gente pensou nas exceções do familiar, seguindo os protocolos criados para se despedir do familiar enquanto ele ainda tá vivo. Porque, a partir do momento que é uma morte sem corpo, que você não vai mais ver aquele familiar, não vai ter mais aquele momento das homenagens finais etc. Isso impacta lá no luto, e a possibilidade de ter um luto complicado é enorme. (Jasmim, 2021)

Nos relatos dos entrevistados, nota-se a necessidade de reinventar novas formas e práticas de elaboração da perda por parte dos familiares, incluindo cerimônias virtuais de homenagem ao ente querido:

Eu fiz praticamente um velório virtual, que a gente fez para um paciente que evoluiu a óbito. A equipe arrumou essa paciente toda, preparou ela, eles até pegaram umas flores de plástico, que pudesse descartar depois, e colocaram nessa paciente, tiraram fotos e mandaram para esse “tablet” que eu tenho, o tamanho dele é um tamanho bom, é um “tablet” bem grande, até para o paciente conseguir ver. Eu consegui que a família dessa paciente entrasse no hospital. Eles levaram até um líder religioso da igreja deles, e eu acompanhei todo esse momento dentro de uma sala que a gente tem lá no hospital. Então coloquei a foto dela exposta na mesa e acompanhei. Eles fizeram uma pequena cerimônia de aproximadamente 30 minutos. Oraram por ela, a família estava bem emocionada, era uma paciente jovem. Isso foi um marco, sabe? Foi aí que eu percebi assim: “Nossa! Olha o que está acontecendo”. E agora, é isso aí. (João, 2021)

O isolamento social, ou seja, a ausência do contato físico e presencial foi pontuado como um dos fatores mais difíceis no enfrentamento à Covid-19, por desencadear sofrimento psicológico, como angústias, desespero, sentimentos de solidão e abandono. Dada a crescente demanda pela saúde mental e por exercer a psicologia de maneira humanizada, estreitando-se os laços entre os familiares e seus entes queridos, os profissionais de psicologia se viram desafiados a reinventar suas práticas de se fazer presentes na ausência.

3.3 Atendimento psicológico ao paciente e familiar

A psicologia é marcada pelo seu atendimento próximo, de acolhida e humanizado, sendo captados como demanda dos pacientes os aspectos verbais e não verbais. O psicólogo se apresenta como o profissional responsável por acolher a demanda do paciente e de seu familiar, atuar com

intervenções que propiciem a ressignificação e a elaboração do processo de adoecimento e finitude. Geralmente, a primeira abordagem ao paciente e seu familiar ocorre pela busca ativa do profissional de psicologia, porque esses indivíduos apresentaram demanda de atendimento, ou porque o psicólogo é acionado pela equipe que está em contato com esse paciente. No fragmento a seguir, Anna descreve a maneira como ela aborda o paciente que foi encaminhado para os cuidados paliativos. Nota-se a importância que a profissional deposita em sua apresentação ao paciente e no esclarecimento de como se dará a terapêutica daquele momento em diante:

Todo paciente que chega pro cuidado paliativo, eles nos avisam, então eu vou em todos os pacientes, independente se o médico da equipe me disse que tem demanda ou não. Mas sempre tem - se não é para o paciente, é para o familiar. Então eu vou em todos os pacientes, geralmente eu começo falando que agora eles estão conosco, com uma equipe de cuidado paliativo e pergunto se ele sabe o que é cuidado paliativo. Eu explico para ele que, agora que eles estão conosco, na nossa equipe, cada um de nós vai cuidar de um pedacinho dele, de uma parte dele. Tem a pessoa que vai cuidar da medicação, a pessoa que vai cuidar do não sei quê, do não sei quê. E eu, eu me coloco à disposição e falo: "Eu estou aqui para cuidar do lado de dentro, do lado emocional, dos sentimentos, das angústias, das sensações e tudo o mais". Aí me apresento dessa forma falando que sou a psicóloga da equipe, e nunca houve um paciente que não apresentou demanda ou que não quis atendimento. Claro que tem pacientes mais difíceis que os outros, né? (Anna, 2013)

Ter acesso às informações sobre seu tratamento e aos cuidados especializados que se façam necessários à demanda daquele paciente faz parte dos princípios que compõem a filosofia paliativista (Menezes, 2004). Após o contato inicial com o paciente, o processo de atendimento permanece com a finalidade de minimizar seu sofrimento frente às mudanças impostas pelos processos de adoecimento e terminalidade.

Diante da Covid-19, os profissionais de psicologia perceberam sua prática atravessada pelos protocolos de segurança e pelo uso da paramentação obrigatória de proteção individual, tornando o atendimento mais difícil, cansativo e distanciado. A preocupação com o possível contágio passou a ser também um elemento que exige a atenção do profissional.

Outro ponto citado é o aumento da demanda pelo profissional de psicologia, sendo esse talvez um dos poucos contatos e acolhidas que o paciente terá no dia, criando um laço de dependência que precisava ser observado, para que não haja prejuízo no ganho terapêutico, conforme relato de Tulipa:

O que é mais difícil é a presença, a atuação no hospital, principalmente agora, que

tem sido para suprir essa ausência, sabe, a ausência do familiar. A pessoa fica muito confinada ali, então o principal desafio, de nós agora, como psicólogos, é como promover essa presença que está tão assim no ar. Ninguém está vendo ninguém. Esse tem sido um dos maiores desafios: se fazer presente com todos aqueles instrumentos. Você chega lá parecendo um astronauta, a pessoa até se assusta. Você tem que ter um manejo para dizer para ela: “Olha, eu tenho que estar assim, mas eu estou presente de qualquer maneira”. Esse é um dos principais desafios, se fazer presente com todos os instrumentos, com todas as restrições. (Tulipa, 2021)

As práticas de atendimento psicológico se estendem aos familiares, que também apresentam diversas modificações emocionais desencadeadas a partir do contato com o adoecimento e a proximidade da finitude de um ente querido. Já no contexto pandêmico, ocorreu a proibição das visitas familiares aos pacientes internados, independente do diagnóstico clínico ser infecção por Covid-19 ou outras patologias. O isolamento social e a necessidade de se preservar o contato e os vínculos afetivos dos pacientes e seus familiares fizeram com que a psicologia aparecesse nesse cenário com propostas interventivas, como psicoterapia on-line, utilizando recursos fornecidos pelo próprio hospital, como chamadas de vídeo em celulares ou tablets, telefonemas e usos de tecnologia da informação e da comunicação.

Foram sendo criados protocolos norteadores do uso desses equipamentos para preservar o desejo do paciente, sua privacidade e permitir sua aproximação com os familiares. Essa prática foi vista por todos os entrevistados como sendo fundamental nesse processo.

Foi criado no hospital, com a equipe de humanização, o projeto de visita virtual. Bem no início da pandemia, o hospital cedeu para nós dois aparelhos tablets, sendo um meio de entrar em contato com essas famílias. Os pacientes são atendidos presencialmente, tínhamos o protocolo da visita virtual, que consistia em: o setor jurídico do hospital elaborou um termo onde a família assinava, ela colocava um telefone com acesso ao WhatsApp, para que a gente entrasse em contato. A partir da assinatura desse termo, a gente fazia a visita virtual. Se o paciente está desacordado, aquele termo vai falar por ele, a pessoa que assinou vai ser responsável por ele; se o paciente está acordado, eu sempre perguntava para o paciente se ele queria ou não ver a família. (João, 2021)

Nessas visitas virtuais, são repassados os boletins médicos sobre o estado do paciente, e o profissional de psicologia se torna responsável por acolher o familiar posteriormente, tanto para estar com ele na elaboração do contato com o ente querido, que muitas vezes se mostra de uma forma impactante para esse familiar, conectado a tubos, emagrecido, quanto para acolher a própria oscilação dos informes médicos. Essa é uma forma de levar a família para perto do paciente.

Os profissionais apontam alguns atravessamentos que dificultam a atuação de uma prática idealizada, entre eles, a falta de: políticas públicas consolidadas que garantam um bom funcionamento da rede de cuidado; respaldo jurídico para definição de condutas profissionais; estrutura física e recursos; e investimento em hospitais da rede pública, o que se acentuou na pandemia. Além disso, ainda há o interesse mercadológico de redução de recursos que restrinjam a atuação do profissional, conforme ilustrado no fragmento abaixo:

Como a gente não tem uma política pública amarrada, por exemplo, como conseguir a estrutura de um carro, a gente não tem como ter uma sala, a gente fica na esperança que isso vai melhorar, mas a gente não tem isso amarrado ainda, é tudo muito tênue. Você não consegue uma formatação, uma estruturação melhor do cuidado paliativo, então isso dificulta também o profissional querer trabalhar. Você trabalha com muito boa vontade porque você trabalha muito para contar uma história. É muito mais fácil você conseguir medicações de alto custo quimioterápico do que você conseguir uma sala, porque não tem esse retorno para a instituição, então isso dificulta. Eu acho que isso é um dos empecilhos do desenvolvimento do cuidado paliativo. (Fenícia, 2013)

A psicologia, que passa a exercer o papel de negociador de processos relacionais diversificados, com o intuito de uma assistência à totalidade do paciente.

3.4 Suporte psicológico à equipe

Conforme Menezes (2004 p.217), “[a] tarefa dos paliativistas é onerosa: a morte onipresente, o sofrimento contínuo e os efeitos devastadores da doença constituem uma carga emocional para profissionais, familiares e pesquisadores”. Nesse misto de incompreensões, impossibilidades e frustrações, emerge a demanda de acompanhamento do psicólogo.

O psicólogo atua no trabalho com a equipe através de suporte terapêutico, com a finalidade de discutir as angústias e minimizar os impactos causados aos cuidadores no contexto de adoecimento. Esses acompanhamentos ocorrem geralmente em grupos multidisciplinares, nos quais se busca refletir sobre os casos apresentados e como essas vivências impactam o profissional em sua prática. Quando necessário, é realizado o acompanhamento individual do profissional ou encaminhamento para outro psicólogo. Eric ilustra como ocorre essa prática em seu contexto de atuação, mas há relatos similares na fala de outros entrevistados:

A psicologia estava coordenando esse trabalho, que é um projeto que chama “Cuidando de quem cuida”, e nós estamos fazendo a avaliação desse mês, diante dos atendimentos que foram feitos para os pacientes e familiares, da complexidade, do

desfecho, seja uma alta, seja um óbito. Que impacto isso causa nos profissionais de saúde? [...] Então, assim, é o grupo que demanda, eles pedem esse tipo de trabalho. Eles pedem esse tipo de espaço para poderem compartilhar suas vivências. [...] Eu faço o grupo de apoio “Cuidando de quem cuida”, que, como técnicas, muitas vezes é um trabalho aberto, sem um foco específico previamente, então é uma discussão verbal. Mas, muitas vezes, a gente envolve vivências com dramatizações, do estilo que a gente costuma chamar de role play, que é repetir a vivência que eu estou tendo diante daquela dificuldade na enfermaria. (Eric, 2013)

Embora seja considerada uma atribuição dos psicólogos a atuação junto aos profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos, no que tange à diminuição de angústias frente a contatos com a finitude, nota-se unanimidade no que diz respeito à dificuldade dos psicólogos em lidar com a morte e a terminalidade. Todos os profissionais entrevistados relataram que se sentem, de alguma maneira, tocados e mobilizados diante da iminência da morte, das fragilidades perante a finitude da vida e de alguns tipos de adoecimento que se mostram impactantes, como odor forte e apresentação física. As falas de Aurora e Anna são emblemáticas, nesse sentido:

Acho que, realmente, a gente trabalhar com o adoecimento não é algo fácil, trabalhar com a terminalidade não é algo fácil, por mais que a gente, muitas vezes aqui enxergue a morte como uma libertação, porque a gente vê esse paciente sofrendo muito, e, na hora da morte, muitas vezes a gente fala “nossa, que bom que ele descansou”. Eu acho que, de alguma maneira, a gente sente isso com toda a certeza, se tem alguma dificuldade é essa, a gente se apega aos familiares, aos pacientes, não tem como passar despercebido. Quem disse que passa é pura defesa psíquica porque a gente não passa ileso a isso, né? Então, há atendimentos que eu saio que mexem comigo. A diferença é que eu gosto muito do que eu faço, então eu supero, mas eu acho que é isso, a dor de trabalhar com o adoecimento, mas que é o meu encanto, então... (Aurora, 2013)

Agora, outras dificuldades que eu acho que qualquer profissional psicólogo, qualquer um que trabalhe com cuidado paliativo tem que ter em mente é... Vou dar um exemplo: nós tínhamos um paciente de 47 anos, ele tinha um câncer de cabeça e pescoço que já estava necrosando. Ele já era traqueostomizado, então era um tumor que tinha um cheiro muito forte e sangrava o tempo todo. Visualmente era muito chocante. Então, foi difícil pra mim, no final, atender ele, e ele não falava, ele só escrevia. Eu tive que me adaptar porque eu não vou deixar de atender o paciente que está sofrendo, padecendo de angústia e de tudo o mais porque ele não fala. Então eu arrumei um caderninho e falei: “Vamos escrever”. Ele era alfabetizado, escrevia muito bem, mas eu tinha que lidar com aquele cheiro, com o mal-estar, e teve um dia que estava eu e a terapeuta ocupacional, ele tava sangrando muito e escreveu assim: “Não me abandona”. E aquilo foi mexendo com a gente. Óbvio, uai, eu sou psicóloga, mas também, né, a gente sente. (Anna, 2013)

Os atendimentos da psicologia também se mostraram muito necessários para o acolhimento da equipe de profissionais que estavam atuando na linha de frente, o excesso de trabalho, o desconhecimento e as incertezas frente o vírus. O alto número de óbitos, a escassez de recursos e o medo do contágio foram fatores estressores para a equipe de saúde. As estratégias de atendimento à equipe ocorreram de formas variadas, como atendimento presencial durante o expediente, atendimento on-line após o expediente e realização de grupos terapêuticos no hospital.

Logo no início da pandemia, que surgiu todo aquele medo diante do imprevisível, a gente teve todo um cuidado de atentar também à equipe, aos profissionais do hospital porque, além de ser tudo muito novo, o que pairava era sempre o medo, a culpa, o hospital visto como um lugar de contaminação. A rejeição de alguns familiares de ter esse preconceito de seu filho estar levando para casa um suposto vírus, uma contaminação. Eu pensei “precisamos criar, de imediato, possibilidades, estratégias”, porque seria impossível o atendimento individual. Foi colocada a criação de grupos de acolhimento, deu supercerto, teve uma ótima participação. Quando um colocava algo e escutava o outro, foi trazendo a questão do pertencimento: “Olha, o medo não é só meu”. (Violeta, 2021)

É possível compreender que as práticas em psicologia perante situações pandêmicas por Covid-19 se modificaram, ajustando-se às necessidades do momento, mas levando seu saber diante do imprevisível. É possível afirmar que, em ambos os espaços, o saber do psicólogo é acionado no cuidado de pacientes, familiares e equipes de saúde, sendo esses momentos que colocam a morte em discurso, a fragilidade da existência humana e as práticas em saúde.

Em torno dessa dificuldade em lidar com a morte, é possível notar algumas iniciativas de um discurso voltado para o preparo em lidar com a morte. Como principal defesa, vem a preparação através de análise pessoal ou suporte terapêutico, o que possibilitaria um contato com as próprias fragilidades e angústias diante do processo de morte e a elaboração de vivências pessoais e de situações de mobilização diante da morte do outro.

Nota-se o atravessamento de outros campos do saber para fortalecer a teorização e a acolhida do paciente pelo psicólogo em contextos de terminalidade. Os principais campos apresentados nas falas dos profissionais foram a bioética, a medicina intensivista e a tanatologia, além de conceituações próprias do campo dos cuidados paliativos. Essa interdisciplinaridade reflete a necessidade de uma abordagem holística para enfrentar os desafios da terminalidade e reconhece que a expertise de diferentes áreas do conhecimento enriquece a qualidade dos cuidados prestados. Independente de qual frente seja escolhida pelo profissional,

percebe-se a necessidade de alistar meios que orientem e facilitem o exercício de práticas desenvolvidas nesse campo dedicado aos cuidados no fim da vida. A colaboração entre disciplinas e a busca por orientações claras desempenham um papel fundamental na promoção dos cuidados paliativos.

As análises apresentadas buscaram compreender como os saberes e as práticas “psi” se “conciliam”, ora mostrando falhas, ora mostrando potências e contribuições diante da terminalidade. As análises buscaram seguir os atores em seus manejos no campo dos cuidados paliativos e na linha de frente da Covid-19, entendendo a perspectiva por eles adotada e o direcionamento resultante desse processo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os espaços e as situações que versam sobre a morte e o morrer vêm convocando profissionais de variados saberes, entre eles, o psicólogo, que se vê frente a uma nova práxis, que coloca a morte em discurso e busca um processo de morrer humanizado, mesmo em situações de pandemia, que foram marcadas pela frequente impossibilidade de rituais fúnebres, de escassez de recursos, de isolamento e de restrição de visitas. O objetivo desta pesquisa não foi o desenvolvimento de técnicas, mas a apreensão de aspectos da experiência vivida por profissionais da psicologia em um contexto realmente sensível. Isso ressalta a importância de considerar a dimensão humana e a emocional da prática psicológica em um ambiente desafiador, como o da pandemia por Covid-19.

Por conseguinte, a atuação em cuidados paliativos nessa pandemia exigiu do profissional em psicologia a articulação com teorizações pertinentes a outros saberes multidisciplinares. Sua atividade perpassou a importância da acolhida de temáticas referentes aos processos de morte e de morrer e incluiu pacientes, equipe profissional e familiares.

Como práticas mais frequentes, encontram-se os atendimentos a pacientes e familiares, com o intuito de ressignificar as experiências do adoecimento, facilitar a elaboração do luto, enfatizar as expressões dos sentimentos. O psicólogo atua como um facilitador da comunicação entre a equipe e os familiares e a equipe e o paciente. Além de atuar nessa comunicação, existem as iniciativas de atendimentos em grupos coordenados pela psicologia com o intuito de discutir as angústias apresentadas pelos integrantes das equipes.

A temática da morte aparece como uma possibilidade iminente devido ao adoecimento e ao medo que ocasiona nos pacientes e seus familiares, mas também como uma dificuldade para os profissionais que atuam com a finitude. O psicólogo é o profissional que vai contribuir para a elaboração dos processos de morte através da escuta e intervenções.

O estudo tem natureza descritiva e se ampara em cortes temporais distintos para a atuação de profissionais “psi” nos contextos de terminalidade. Nesse sentido, os cortes temporais situam os dois grupos de participantes (entrevistados em 2013 e em 2021) como casos comparáveis descritivamente. Uma limitação deste estudo é que esta não é uma pesquisa longitudinal, comportando variação no grupo de participantes. Não sendo possível um retorno direto aos entrevistados em 2013, acreditamos que foi possível demonstrar as variações provocadas na compreensão do trabalho de cuidado diante da morte com a interferência da pandemia.

A atuação de profissionais “psi” nos cuidados em final de vida tem exigido modificações no fazer da psicologia, que vai se adequando às necessidades apresentadas e, assim, criando uma práxis profissional. Portanto, fazem-se necessárias outras pesquisas que discutam novos aparatos que compõem essas recentes formas de morrer ou de se estar junto dos que vão morrer.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. [s/d.]. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/home.php>>. (Acessado em 20/07/ 2012)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA Nº 04/2020, de 31 de março de 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf>. (Acessado em 26/03/2021).

Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde/Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

< http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. (Acessado em 21/06/2020).

Brasil, Ministério da Saúde. (2021). Coronavírus/Covid-19. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/>>. (Acessado em 26/03/2021).

Brasil, Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. 2ª edição – Novembro 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/15-1/af_manejo-corpos-covid_2ed_27nov20_isbn.pdf> (Acessado em 26/03/2021).

Crepaldi, M. A. et al. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200090. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090> (Acessado em 31/07/2023).

Florêncio, R. (2020). Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. *Acta Paul Enf.*, 33, 1-9.

Hott, F. (2013). *Psicologia, morte e cuidados paliativos: entrelaçamentos de saberes e práticas na configuração de novos contornos disciplinares*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUC Minas. http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_HottFD_1.pdf

Kind, L. & Cordeiro, R. (2020). Narrativas sobre a morte: a gripe espanhola e a Covid-19 no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 33, e020004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240740> (Acessado em 31/07/2023).

Kovács, M. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kretzer, L.; Berbigier, E.; Lisboa, R.; Grumann, A.; Andrade, J. (2020). Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em

- esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: <<http://bandnewsfm.band.uol.com.br/wp-content/uploads/2020/05/VJS01maio - Versa o 2 Protocolo AMIB de alocac a o de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-1.pdf>>. (Acessado em 21/07/2020).
- Menezes, R. (2004). Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.
- Miri, Seyed Mojtaba & Dehdashti Shahrokh, Zohreh. (2019). A Short Introduction to Comparative Research. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336278925_A_Short_Introduction_to_Comparative_Research
- Moraes, E. (2020). Fluxograma de cuidados paliativos no idoso com suspeita de COVID-19 na rede de atenção à saúde. Conass. Disponível em: <<http://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicacao/noticias/2020/covid-19/documentos/cuidados-paliativos-no-idoso-com-suspeita-de-covid-19-conass.pdf>> (Acessado em 21/07/2020)
- Pereira, F.; Alcântara, C.; Pinheiro, T.; Bicalho, M. & Moraes, E. (2020). Linha de cuidados paliativos do HG-UFMG - Equipe de cuidados paliativos adulto do HC-UFMG - Núcleo de geriatria e gerontologia do HC-UFMG. Disponível em: <<https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/04/recomendacao-de-classificacao-e-acolhimento-idoso-e-adulto-fragil-hc-ufmgpdfpdf-2.pdf>> (Acessado em 21/07/2020)
- Pereira, M. (2020). A pandemia de COVID-19 e o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-35. (Acessado em 21/10/2022)
- Pessini, L. (2009). Vida e Morte: Uma questão de dignidade. In: Santana F. & Incontri, D. *A arte de morrer - Visões plurais*. Bragança Paulista: Editora Comenius, p. 159-171.
- Silva, M.; Vilela, A.; Boery, R. & Silva, R. (2020). O processo de morrer e morte de pacientes com Covid-19: Uma reflexão à luz da espiritualidade. *Cogitare enferm* [on-line]. 2020, 25. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103526>>. (Acessado em 21/07/2020).
- Sousa, K. C., & Carpigiani, B. (2010). Ditos, não Ditos e Entreditos: a

Comunicação em Cuidados Paliativos. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, 12(1), 97–108. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2466> (Acessado em 05/11/2023).

Tritany, É.F., Souza Filho, B. A. B. de., & Mendonça, P. E. X. de. (2021). Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200397. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200397> (Acessado em 05/11/2023)

Willis, K., Rao, S., Normen, M., Groot, J., Calman, L., Bahcivan, O., & Fehon, D. (2023). Same storm, different boat: The global impact of COVID-19 on palliative care. *Psycho-oncology (Chichester, England)*, 32(1), 148-154. Disponível em: https://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/vsvpiv/TN_cdi_pubmedcentral_primary_oai_pubmedcentral_nih_gov_9350379 (Acessado em 31/07/2023)

World Health Organization (WHO). (2018). Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Genève: WHO. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> (Acessado em 23/08/2020).

World Health Organization (WHO). (2020). Palliative care: Disponível em:< [Palliative care \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19)> (Acessado em 05/11/2023)

World Health Organization (WHO). (2020b). Clinical management of COVID-19. Genève: WHO. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>>. (Acessado em 23/08/2020).