

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ÁLISSA VITÓRIA S. PEREIRA

CARLA JULIANA DOS SANTOS

VALÉRIA DE SOUZA NOBRE

**INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL NA PRÁTICA DE  
CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL GERAL DE ESFERA PÚBLICA  
DO INTERIOR DE GOIÁS**

ANÁPOLIS

2024

## Resumo

Este estudo se dedica à análise das práticas de cuidados paliativos em um Hospital Geral de esfera pública no interior de Goiás, com objetivo de associar e compreender os princípios descritos na literatura com a prática observada no hospital. A pesquisa, de caráter descritivo e qualitativo, adota a modalidade de relato de experiência, baseado em observações e intervenções realizadas durante o estágio supervisionado em psicologia hospitalar. Os dados coletados foram analisados à luz dos princípios teóricos dos cuidados paliativos, buscando reconhecer práticas efetivas e barreiras culturais e profissionais que dificultam a sua implementação. Teve como finalidade a aplicação do conhecimento teórico na prática hospitalar, cuja análise permite a compreensão de que a identificação dos impactos da abordagem multidimensional no bem-estar e no respeito à dignidade humana dos pacientes e de seus familiares.

Palavras chaves: Cuidados paliativos, abordagem multidimensional, hospital público, relato de experiência, psicologia hospitalar.

### **Abstract**

This study is dedicated to analyze palliative care practices in a public General Hospital in the countryside of Goiás, with the aim of associating and understanding the principles described in the literature with the practice observed in the hospital. The research, of a descriptive and qualitative nature, adopts the modality of experience report, based on observations and interventions carried out during the supervised internship in hospital psychology. The collected data were analyzed in light of the theoretical principles of palliative care, seeking to recognize effective practices and cultural and professional barriers that hinder their implementation. Its purpose was to apply theoretical knowledge in hospital practice, the analysis of which allows the understanding of the identification of the impacts of the multidimensional approach on the well-being and respect for the human dignity of patients and their families.

**Key words:** Palliative care, multidimensional approach, public hospital, experience report, hospital psychology.

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introdução</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Metodologia</b>  | <b>6</b>  |
| Tipo de Estudo  | 6         |
| Coleta de Dados   | 7         |
| <b>Discussão</b>  | <b>8</b>  |
| Eixo 1) A morte como estigma  | 8         |
| Eixo 2) Os cuidados paliativos: processo ativo de morte e terminalidade                         | 9         |
| Eixo 3) Os processos multidimensionais dos cuidados paliativos: o paciente integral que parte   | 10        |
| Eixo 4) Outras vivências e atravessamentos: "do lado de cá"                                     | 12        |
| Eixo 5) Desafios institucionais e perspectivas humanas na implementação dos cuidados paliativos | 13        |
| <b>Considerações Finais</b>   | <b>17</b> |
| <b>Referências Bibliográficas</b>   | <b>18</b> |

## Introdução

Os cuidados paliativos têm ganhado cada vez mais destaque no âmbito da saúde, especialmente diante da necessidade de oferecer assistência de qualidade a pacientes com doenças crônicas e terminais. No entanto, a implementação efetiva desses cuidados requer uma abordagem multidimensional que considere não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais, sociais e espirituais dos pacientes. A influência dessa abordagem multidimensional na prática dos cuidados paliativos torna-se fundamental para garantir uma assistência integral e centrada no paciente. De acordo com Saunders e Baines (1983), a atenção ao paciente terminal deve integrar essas diversas dimensões para oferecer um suporte verdadeiramente humanizado.

A compreensão sobre os cuidados paliativos (CP) vem sendo elaborada ao longo de seu processo de definição, atualizado pela Organização Mundial da Saúde em 2018. Ela determina que cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (M294, 2023).

A necessidade de cuidado paliativo nunca foi tão grande e está aumentando em ritmo acelerado devido ao envelhecimento da população mundial, ao aumento das doenças e ao recente surgimento da COVID-19. Até 2060, espera-se que a necessidade de cuidados paliativos no final da vida dobre (WHO, 2020).

Diante disso, foi realizada uma análise detalhada das práticas de cuidados paliativos adotadas em um Hospital Geral de esfera pública do interior de Goiás, explorando como os diversos aspectos da abordagem multidimensional são integrados no cuidado diário aos pacientes. Além disso, foram consideradas as perspectivas dos pacientes e familiares envolvidos nesse processo, buscando compreender os desafios enfrentados, as percepções sobre a eficácia da abordagem multidimensional e as possíveis melhorias a serem implementadas.

## Metodologia

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar conhecimentos teóricos e práticos sobre a importância do conhecimento e aplicação das práticas de Cuidados Paliativos, vivenciado em um Hospital Geral de Esfera Pública do Interior de Goiás. Sendo realizada também uma revisão de literatura acerca da temática abordada.

O relato de experiência é uma modalidade de pesquisa cujo texto trata-se de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária, sendo ensino, pesquisa e extensão, cuja característica principal é a descrição da intervenção (Mussi *et al.*, 2021). Tal descrição ocorreu em primeira pessoa de forma subjetiva e detalhada (Grollmus; Terrés, 2015).

Segundo Mussi, Flores e Almeida (2021), o relato de experiência em contexto acadêmico pretende, além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante).

Este relato tem como base nossas disciplinas de Estágio Supervisionado I e II, que ocorreram de março a junho (de segunda-feira a sexta-feira) e de setembro a dezembro (de segunda-feira a sexta-feira, exceto quinta-feira), respectivamente, ambos no período matutino (07:00 às 13:00). Durante esse período, foram observados casos clínicos e realizadas reflexões acerca dos cuidados paliativos a partir da perspectiva de três autoras (Autora 1, Autora 2, e Autora 3), cada uma com enfoques específicos dentro do hospital.

O relato está estruturado em quatro eixos principais desenvolvidos pelas duas primeiras autoras: "A morte como estigma," "Cuidados paliativos: processo ativo de morte e terminalidade," "Processos multidimensionais dos cuidados paliativos: o paciente integral que parte," e "Outras vivências e atravessamentos: do lado de cá."

A experiência da terceira autora, a partir de observações dos colaboradores do hospital, compõe o quinto eixo deste relato, onde são explorados os desafios e perspectivas da equipe hospitalar na implementação dos cuidados paliativos. Aborda-se a complexidade da integração dessa abordagem na prática cotidiana e a importância de um suporte psicológico

que promova um olhar humanizador, essencial para fortalecer o compromisso com o cuidado integral e digno em contextos de fim de vida."

Este estudo não requer submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois não envolve a coleta de dados pessoais identificáveis, a interação direta com participantes humanos, nem a realização de intervenções que possam gerar riscos aos participantes. Conforme as normas da Resolução CNS 466/2012 e outras diretrizes regulamentadoras, apenas pesquisas que envolvem diretamente sujeitos humanos ou dados pessoais identificáveis estão sujeitas à avaliação pelo CEP.

### **Coleta de Dados**

Foi iniciada a descrição do relato de experiência, onde foram observadas as abordagens realizadas em pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos que se encontram internados em um Hospital Geral de Esfera Pública do Interior de Goiás, sendo da unidade de terapia intensiva e/ou unidade de internação.

Foi analisado o quadro clínico do paciente, desde a admissão no hospital até o momento da alta ou óbito, através de prontuários e outros registros documentais disponíveis como também, as intervenções realizadas pela equipe de saúde ao longo da internação, a definição dos critérios para indicação do paciente as práticas de cuidados paliativos, a comunicação da decisão para os familiares e o efeito de todo o processo na família e equipe de saúde.

O relato de experiência se deu por meio da vivência e observação participante das autoras durante o estágio supervisionado do curso de psicologia, nas disciplinas de Estágio Supervisionado I e II, ambas com carga horária de 220 horas. Segundo Marli André (1995), a observação participante e as entrevistas aprofundadas são, assim, os meios mais eficazes para que o pesquisador se aproxime dos sistemas de representação, classificação e organização do universo estudado.

## Discussão

### Eixo 1) A morte como estigma

*“Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano.” (Kubler Ross, 2017).*

A morte e o luto são temáticas consensualmente difíceis de serem abordadas, que frequentemente são tratadas como tabu e reforçadas aos estigmas sociais e emocionais que o tema acompanha. Além disso, são processos profundamente pessoais e complexos, moldados por nossas vivências e pelo contexto em que estamos inseridas.

Compartilhamos de inícios de trajetórias e visões de vida distintas, que perpassaram a associação da morte a experiências traumáticas que impactaram profundamente, levando a enxergá-la como algo a ser temido e evitado, até o interesse do tema "luto", que se intensificou em um contexto pós-pandêmico, onde a morte passou a ser um evento ainda mais frequente e cercado por uma sensação de estigma e afastamento social.

Durante a vivência no ambiente hospitalar essa perspectiva se intensificou. No estágio podemos perceber como essa visão ainda permeia tanto a vida dos pacientes e familiares em contexto de Cuidados Paliativos, quanto por parte da equipe de saúde. Conforme abordado por Goffman (1981) em sua obra sobre o estigma, a morte é muitas vezes vista pela sociedade como um evento carregado de uma espécie de "contaminação social", algo a ser evitado ou afastado.

Acompanhando a vivência da paciente M.P.C., 74 anos, sexo feminino, no processo de internação, os estigmas enquanto adoecimento e morte ganham cores vívidas e bem delineadas. Paciente M.P.C. é transferida para o hospital devido à queda da própria altura, além do histórico de comorbidades crônicas. Com longa internação, paciente encontrava-se vigeil em leito de UTI de isolamento com o quadro clínico cada dia mais fragilizado, com muito inchaço, semblante de dor embora administração de opioides. Perguntávamos se aquela dor realmente era apenas física pelo qual recebia assistência por grande parte da equipe.

Observamos a percepção cultural de que, quanto mais o paciente se encontra em estado de torpor, menos ele é visto e acolhido pela equipe de cuidados e pelos familiares, como se o rebaixamento do nível de consciência e de performance aparentemente justificasse o silêncio e o distanciamento emocional e relacional para com ela, desconsiderando suas necessidades e dignidade no processo de internação. Somando a isso, paciente M.P.C., apresentava rede de apoio fragilizada e geograficamente distante, esteve grande parte da internação sem visitas, onde o quadro clínico era passado de forma remota.

Diante desse cenário, percebemos que o luto não é apenas uma resposta emocional à perda, mas também um reflexo de como muitos profissionais encaram a finitude e a vulnerabilidade humana. Kellehear (2007, p. 45) relata que profissionais que lidam com a morte frequentemente encontram desafios emocionais e sociais que vão além da biologia do morrer. Eles devem confrontar o desconforto cultural em torno da morte e ajudar os pacientes e suas famílias a encontrar sentido e apoio no que pode ser um momento de intenso estigma e isolamento social.

A psicologia hospitalar, nesse sentido, emerge como um campo em que os profissionais não apenas lidam com o processo do morrer, mas também com os impactos sociais e emocionais que o estigma da morte impõe aos pacientes e às famílias.

*"Profissionais de saúde que lidam com a morte enfrentam o desafio de equilibrar a objetividade clínica com a compaixão necessária para apoiar famílias em luto. Eles estão na linha de frente, muitas vezes ajudando os pacientes e seus entes queridos a encontrarem sentido em meio à perda e ao estigma cultural em torno da morte" (Kellehear, 2007, p. 133).*

A morte, naquele espaço, não era apenas um desfecho, mas uma parte constante do cotidiano, um lembrete diário das nossas próprias fragilidades e limitações. Percebemos que lidar com a morte exige uma abertura para sentir, e que o "profissionalismo" não significa se distanciar emocionalmente, mas sim acolher e compreender a profundidade dessas vivências.

## **Eixo 2) Os cuidados paliativos: processo ativo de morte e terminalidade**

Embora a recente difusão de Cuidados Paliativos, a limitação da abordagem ao momento de processo ativo e de terminalidade do paciente reflete uma visão restrita e muitas vezes equivocada dos profissionais que estão à frente dos cuidados hospitalares. O paciente

S.J.P., de 71 anos, sexo masculino, com histórico de doença renal crônica, inicialmente admitido por uma provável pneumonia, foi levado à UTI para acompanhamento intensivo.

Apesar de seu quadro, o paciente mantinha uma postura resiliente e sempre manifestava alegria quando disponibilizamos uma caixinha para ouvir forró. Após uma internação prolongada, quando o paciente não respondia mais aos tratamentos curativos e a doença progrediu para lesões renais graves, pneumonia nosocomial e sepse, a equipe da UTI adotou, finalmente, os cuidados paliativos, porém, o paciente já se encontrava em processo ativo de morte, vindo a falecer no dia seguinte.

No caso do paciente S.J.P., a implementação precoce dos cuidados paliativos poderia ter evitado muitos dos efeitos colaterais das intervenções. Kübler-Ross (1998), que investigou profundamente as fases da terminalidade, defende que, ao se postergar os cuidados paliativos, não só se aumenta o sofrimento físico do paciente, mas também a angústia psicológica e social, pois o paciente perde a chance de viver a terminalidade de maneira mais digna e consciente, como também, limitou os familiares de promoverem momentos únicos de despedida com o ente querido.

Como afirmado por Cicely Saunders (1999), a medicina paliativa é sobre a "arte de ajudar a morrer", enfatizando que o cuidado deve ser uma prática ativa, que busca aliviar o sofrimento e promover dignidade até o último momento de vida. Essa transformação de visão é um desafio contínuo, mas essencial para que possamos proporcionar um cuidado mais humano e integral.

A importância da autonomia e do empoderamento do paciente é um conceito fundamental nos cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), o cuidado deve ser centrado no paciente, levando em consideração seus desejos e valores, promovendo um ambiente de diálogo aberto entre a equipe de saúde e a família. A compreensão familiar do que está sendo realizado e a construção de um bom diálogo entre a equipe e a família é crucial para garantir que o paciente tenha uma experiência digna e respeitosa em seus momentos finais.

### **Eixo 3) Os processos multidimensionais dos cuidados paliativos: o paciente integral que parte**

O ambiente do hospital público, onde realizamos o estágio, não possui a infraestrutura adequada para atender a demanda, o local está constantemente lotado de

pessoas em situações de vulnerabilidade, além de profissionais sobrecarregados. Ali, compreendemos o que Carl Jung quis expressar ao dizer: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”.

Este pensamento ressalta a importância de enxergar o paciente não como um corpo doente, mas como um ser humano com medos, angústias e desejos. Escutar que a dor maior não é a da perna quebrada, ou da pancreatite, é a vontade de amamentar o filho recém-nascido que ficou em casa, é a preocupação com o cachorrinho que só dorme na cama com ele, e a angústia de não poder andar novamente, ou ser funcional como antes.

Através do acompanhamento da paciente I.R.C., de 71 anos, sexo feminino, percebemos a importância de um cuidado que vai além da medicina tradicional, focando no bem-estar integral do paciente, mesmo quando não há modificação da doença de base. Independentemente da fase da doença em que o indivíduo se encontra, o cuidado não deve ser visto como inatividade, pelo contrário, é um processo ativo e proporcional.

Saunders (2002) apresenta o conceito de "*total pain*" (dor total), que considera as dimensões física, emocional, social e espiritual da dor, compreendendo que, na terminalidade, o sofrimento se intensifica não só pela dor física, mas pela perda da autonomia e dos prazeres da vida tanto para o paciente quanto para a família que, muitas vezes, precisa reorganizar a dinâmica familiar para oferecer suporte.

Na vivência da paciente I.R.C., diagnosticada com câncer de estômago metastático, por exemplo, foi ofertado na trajetória de tratamento a mesma, medidas de conforto em pequenas ações, como as chamadas de vídeo, passeios externos do ambiente de UTI, visitas extras, fotos de seus familiares e de seus animais de estimação, além de impressões de alguns versículos bíblicos que demonstrou a relevância de cuidado para além do corpo físico. Essa prática enfatizava que o que importa não é apenas proporcionar mais tempo de vida, mas também dias mais significativos e dignos.

No ambiente hospitalar, foi possível observar que muitos dos pacientes em seu processo de internação são reduzidos a fragmentos de si, sendo recortes de seus sintomas, doenças e medicações. O paciente, antes um ser inteiro, torna-se um objeto de intervenção clínica, de tal modo que sua identidade e subjetividade se dissolvem em protocolos e procedimentos técnicos para tempo hábil.

Michel Foucault (1963), em sua obra “*O Nascimento da Clínica*”, evidencia como o corpo é fragmentado e disciplinado pelos sistemas de poder, especialmente na medicina e nas instituições de saúde. Segundo o autor, o corpo é reduzido a um objeto de conhecimento e controle, fragmentado em partes para facilitar a intervenção e o domínio. Esse processo transforma o corpo em objeto de estudo e intervenção, ampliando o controle dos profissionais de saúde sobre ele.

No entanto, ao tratarmos o eu de forma cindida, muitas vezes evitamos enfrentar o que o paciente realmente sente: suas dúvidas, as dores não explicáveis, seus medos e ansiedades. Estamos habituados a lidar com o que é objetivo e mensurável, e nos deparar com a complexidade do viver pode nos fazer sentir vulneráveis. Quando o paciente expressa sua angústia existencial e seus receios, a subjetividade do outro nos faz descortinar e refletir sobre nossa própria humanidade.

#### **Eixo 4) Outras vivências e atravessamentos: "do lado de cá"**

Como estagiárias, o processo de estar "do lado de cá" foi desafiador. Viver a experiência de acompanhar pacientes em seu processo de adoecimento, sua esperança pela melhora clínica e as reflexões que o vislumbre de vida e morte traz aos mesmos em suas trajetórias, nos confrontou gradualmente com a fragilidade da vida. Assim como, redigir esse relato de experiência nos trouxe muitas contemplações sobre conceitos, valores e resistências pessoais.

No início do estágio, tivemos uma paciente muito amável, G.M.S. de 78 anos, sexo feminino. Realizamos sua admissão, e o preenchimento do formulário afetivo, onde descobrimos diversas histórias, dificuldades enfrentadas, boas recordações e, especialmente, sobre os amores de sua vida. Ao longo de sua trajetória, seu hobby, sua paixão e seu trabalho foi a culinária, e dizia que sua maior felicidade era preparar um banquete para a família reunida. Tinha um sorriso acolhedor e afetuoso, verdadeiramente como o de uma avó.

A paciente havia fraturado o fêmur e necessitava de uma cirurgia, porém, o medo e a ansiedade, somados a um problema preexistente, faziam sua pressão permanecer constantemente elevada, adiando o procedimento. Nos dedicamos a auxiliá-la e oferecemos suporte ao contexto emocional presente. Após algum tempo, a cirurgia foi realizada, porém, durante o procedimento a mesma desenvolveu um trombo que levou a uma parada cardiorrespiratória (PCR), sendo encaminhada em estado grave para a UTI.

Na semana seguinte, no início de nossos atendimentos, por volta das 09h00 fomos à UTI para a visita multiprofissional. Lá, soubemos que ela havia falecido. As enfermeiras estavam preparando seu corpo para que fosse encaminhado ao necrotério. Foi então que percebemos o quão equivocada estávamos ao pensar que não sofreria com a perda de um paciente.

Com essa vivência, podemos concluir que estar onde estamos, em parte, é aceitar a nossa própria limitação em oferecer cura e, ao mesmo tempo, reconhecer o valor inestimável do cuidado e da empatia. É perceber que, embora estejamos ali como estagiárias, nosso papel se estende para além do técnico. Com o acompanhamento próximo, ressignificamos o "estar presente", começamos a compreender a importância de proporcionar um espaço seguro e de respeito à experiência única de cada paciente, em todos os atendimentos, como se fosse o último.

Na obra “Enquanto eu respirar”, a autora Ana Michelle relata

*“É nessa de viver nosso último dia todo dia, percebemos o quanto tudo tem um sabor especial. Acreditem, entender que a vida acaba é a ferramenta de empoderamento e autoconhecimento mais incrível de todas (e ninguém precisa de câncer pra isso). Não há tempo a perder. Não há sentimento a ser desperdiçado. Viver é prioridade.” (AnaMi, 2019, p. 79).*

Seu discurso nos impulsiona a refletir sobre a urgência e a preciosidade da vida, conceitos que, embora pareçam abstratos, tornam-se mais tangíveis quando se está “do lado de cá”. Ao estar em contato com pacientes em estágios avançados de adoecimento, não podemos ignorar o impacto profundo que esses momentos de vulnerabilidade provocam, não apenas nos pacientes, mas também em quem está ao redor, prestando cuidado. A frase de AnaMi ecoa em nossa prática: "Não há sentimento a ser desperdiçado." Cada interação no estágio se tornou uma oportunidade de crescimento, aprendizado e de oferecer presença genuína, mesmo diante de situações onde o prognóstico desafia a esperança.

## **Eixo 5) Desafios institucionais e perspectivas humanas na implementação dos cuidados paliativos**

Ao longo das observações realizadas no hospital, onde os cuidados paliativos começaram a ser introduzidos em março de 2023 com a contratação de um médico

paliativista, tornou-se evidente que a equipe multiprofissional — composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais — enfrenta desafios consideráveis na compreensão e aceitação dessa abordagem. Embora o hospital tenha dado início à formação de uma equipe especializada, a prática ainda é vista com resistência e incompreensão, que têm demonstrado baixa adesão às capacitações oferecidas.

Essa resistência pode ser entendida não apenas como um reflexo do perfil emergencial do hospital, mas também como uma resistência emocional e existencial à ideia da finitude da vida, algo que toca diretamente o ser humano em seu núcleo mais profundo. Muitos profissionais tendem a interpretar os cuidados paliativos como uma intervenção "última" e definitiva, o que desperta receios, sentimentos de "dó" ou de "abandono", além de uma incompreensão quanto à importância e ao alcance desse atendimento. Arantes (2017) aponta que essa visão limitada é comum em instituições nas quais a prática paliativa foi recentemente introduzida, especialmente em contextos de alta complexidade, onde o foco principal está na recuperação física imediata, sem considerar o sofrimento existencial do paciente.

Para que os cuidados paliativos sejam compreendidos em sua totalidade, é essencial que os profissionais adotem uma visão que transcenda o atendimento ao paciente terminal, reconhecendo que essa abordagem se configura como um esforço contínuo para a melhoria da qualidade de vida em qualquer estágio da doença, respeitando a trajetória existencial do paciente. No entanto, durante as capacitações, percebi que a abordagem técnica isolada não tem sido suficiente para gerar engajamento. Falta uma conexão mais profunda, tanto emocional quanto cognitiva, com os princípios da prática paliativa, que envolvem o acolhimento das emoções do paciente, das famílias e também dos próprios profissionais, que muitas vezes se veem diante do desafio de lidar com a finitude de forma tão direta.

A implementação de cuidados paliativos em hospitais de perfil geral, como o que estamos inseridos, exige não apenas uma reestruturação técnica, mas também uma adaptação cultural e psicológica da equipe. De acordo com a teoria de Saunders (2006), é fundamental que cada membro da equipe multiprofissional entenda a filosofia paliativa como um suporte integral, que não compete com o tratamento curativo, mas o complementa, oferecendo dignidade, conforto e apoio emocional e espiritual ao paciente. Essa dimensão, embora essencial, é frequentemente negligenciada em ambientes hospitalares voltados para

intervenções curativas, onde o foco tende a sobrepor-se ao alívio de sintomas e ao cuidado contínuo.

A resistência observada pode estar relacionada à percepção de desvalorização do trabalho paliativo, como explorado por Frankl (2008), que destaca a importância do valor atribuído ao trabalho de cada profissional para seu compromisso emocional. A falta de compreensão do valor dos cuidados paliativos dentro do hospital pode intensificar essa resistência, com muitos profissionais os vendo como um desfecho "derrotista" em vez de um apoio essencial ao bem-estar do paciente. Essa resistência impacta diretamente a qualidade do atendimento, já que a baixa adesão às capacitações limita a implementação de uma abordagem paliativa humanizada.

Pacientes e familiares poderiam se beneficiar enormemente de um atendimento que, ao priorizar a dignidade, ajuda a encontrar sentido, mesmo nos momentos mais adversos da vida. Para tanto, é essencial que a equipe esteja preparada para oferecer um cuidado integral, que aborda não apenas os sintomas físicos, mas também o acolhimento emocional e o apoio espiritual, promovendo uma experiência mais humanizada e digna.

A literatura sugere que a resistência em equipes multiprofissionais, como a observada nesta unidade de saúde, pode ser superada por meio de capacitações que integrem abordagens teóricas e práticas, além de explorar aspectos emocionais e valores pessoais dos profissionais, conforme recomendado por Santos (2020). Esse enfoque tende a gerar um engajamento mais autêntico, essencial para a construção de uma cultura hospitalar que valorize o atendimento integral e humanizado, que reconheça e acolha o sofrimento existencial do paciente e dos próprios colaboradores.

O planejamento de uma equipe específica para cuidados paliativos é um passo importante para consolidar essa abordagem no hospital. Estudos indicam que, ao trabalhar em equipe, o profissional de saúde se sente mais apoiado e motivado, o que contribui para maior adesão e aceitação dos princípios paliativos. A implementação de uma equipe multiprofissional, com capacitações periódicas e o suporte de psicólogos e educadores em saúde, pode transformar a visão sobre os cuidados paliativos e, conseqüentemente, a forma como pacientes e familiares vivenciam o cuidado, dando-lhes a oportunidade de vivenciar sua própria existência de maneira mais plena e digna.

Como Arantes (2017) destaca, o papel do psicólogo nos cuidados paliativos é essencial para dar sentido ao sofrimento e para promover uma experiência humanizadora. Considerando o perfil do hospital e os desafios atuais, capacitações focadas em modelos interdisciplinares, que permitam aos profissionais vivenciar a importância do cuidado paliativo não apenas no nível técnico, mas também na conexão emocional e na construção de significado para pacientes e familiares, são de grande valia.

A experiência de observação no hospital tem sido fundamental para meu crescimento acadêmico e profissional, proporcionando uma compreensão mais profunda sobre os cuidados paliativos e a humanização no atendimento em saúde. Ao acompanhar a introdução dessa prática, pude perceber de perto os desafios enfrentados pela equipe multiprofissional e a resistência inicial dos profissionais, o que me levou a refletir sobre o papel essencial da empatia e da comunicação na construção de uma abordagem mais humanizada.

Como apontam Campos e Amaral (2018), a humanização em saúde implica reconhecer o paciente em sua totalidade, respeitando suas dimensões físicas, emocionais, culturais e sociais. Essa vivência reforçou a importância de uma formação que vá além do conhecimento técnico, estimulando competências emocionais e a valorização do cuidado integral, além de me ensinar que o cuidado é uma via de mão dupla: tanto o paciente quanto o profissional são tocados pela experiência da finitude, e a verdadeira humanização exige que ambos encontrem sentido nesse processo.

## Considerações Finais

Ao refletirmos sobre as vivências que nos atravessaram ao longo deste estágio, com o foco nos cuidados paliativos, observamos que o processo de implementação desta prática no ambiente hospitalar não é apenas uma questão técnica, mas profundamente humana. A resistência e os desafios enfrentados pelos colaboradores refletem o impacto da morte e do sofrimento daqueles que, diariamente, se deparam com ela. No entanto, a verdadeira essência do cuidado paliativo está em proporcionar uma presença significativa que transcende o corpo e alcança a dimensão emocional, cognitiva e espiritual do paciente, mas também dos profissionais envolvidos.

Inspiradas pelas palavras de Viktor Frankl (2008), que diz, "Se percebemos que a vida realmente tem um sentido, percebemos também que somos úteis uns aos outros. Ser um ser humano é trabalhar por algo além de si mesmo." Entendemos que a verdadeira utilidade do nosso trabalho como psicólogos no contexto hospitalar não está apenas em nossa presença técnica, mas na possibilidade de tocar as vidas de pacientes e equipes de uma forma que vai além de si mesmos.

A cada relato compartilhado, a cada experiência vivida, somos lembradas de que nosso propósito se constroi a partir da escuta ativa e da presença empática, não apenas em nossos pacientes, mas também em nossos colegas de trabalho. Nesse cenário, o apoio psicológico se apresenta como um elo fundamental para fortalecer essa rede de cuidados que se estende para além da terminalidade da vida, buscando humanizar, acolher e oferecer significado àqueles que se veem em processos de sofrimento e morte.

Portanto, ao final desta jornada de observação e reflexão, reafirmamos a importância do cuidado como prática de humanidade, que, ao ser vivenciada, permite que profissionais e pacientes se conectem de forma mais profunda com o que realmente importa: o valor da vida e da presença do outro, a capacidade de transcender o sofrimento e perceber que somos todos, de alguma forma, úteis uns aos outros.

### Referências Bibliográficas

- Arantes, A. C. Q. (2017). *A morte é um dia que vale a pena viver: A trajetória da médica que escolheu cuidar da vida até o fim*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2018). *A clínica e a saúde coletiva na construção das redes de cuidado*. São Paulo: Hucitec.
- Frankl, V. E. (2008). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1963). *O nascimento da clínica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense - Universitária.
- Goffman, E. (1981). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Grollmus, N. S., & Tarrés, J. P. (2015). Relatos metodológicos: Difractando experiencias narrativas de investigación. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 16(2). Disponível em <http://qualitative-research.net>
- Kubler-Ross, E. (2016). *“Sobre a morte e o morrer”* (9ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (2017). *“Sobre a morte e o morrer”* (10ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Mussi, Ricardo Franklin de Freitas, Flores, Fábio Fernandes, & Almeida, Claudio Bispo de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 60-77. Epub 25 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
- Organização Mundial da Saúde. (2007). *Cuidados paliativos: Uma necessidade global*. Genebra: OMS.
- Santos, L. M. (2020). Cuidados paliativos: Um olhar humanizado na prática hospitalar. *Ciência & Saúde*, 15(2), 144-159.
- Saunders, C., & Baines, M. (1983). *Living with dying: The management of terminal disease*. Oxford: Oxford University Press.

Saunders, C. (1999). *Vivendo com a morte: A gestão da doença terminal*. São Paulo: Martins Fontes.

Saunders, C. (2002). *Cuidando do paciente terminal*. São Paulo: Martins Fontes.

Saunders, C. (2006). Cuidado paliativo e o papel dos profissionais de saúde. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 123-131.

Soares, A. M. (2019). *Enquanto eu respirar*. Rio de Janeiro: Sextante, 79.