

SABERES E PRÁTICAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS SEGUNDO PSICÓLOGOS ATUANTES EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Railda Fernandes Alves¹✉, Myriam Melo², Samkya Andrade³, & Valéria Sousa⁴

¹Universidade Estadual da Paraíba; ²Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento, Campina Grande, Brasil; ³Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil; ⁴Alpargatas, Campina Grande, Brasil.

RESUMO- A abordagem dos cuidados paliativos (CP) no Brasil, ainda não está consolidada. Somente em 2001 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar para oficializar as assistências em CP (Brasil, 2001). O número de serviços dedicados aos CP não cobre as demandas do país e os profissionais de saúde, dentre eles o psicólogo, têm dificuldade em identificar as práticas relacionadas. O objetivo do estudo foi conhecer os saberes e as práticas sobre os CP dos psicólogos atuantes em dois hospitais públicos da cidade de Campina Grande-PB-Brasil. A abordagem foi quantiquantitativa e os instrumentos foram um questionário sócio demográfico e uma entrevista. A leitura dos dados orientou-se pela análise da enunciação e pela estatística descritiva e foi demonstrada através de árvores de associação de sentidos. A amostra foi formada por 21 psicólogos. Os resultados apontam uma amostra essencialmente feminina (90,5%) e 95% confirmaram ter contato com pacientes terminais. A análise dos discursos mostrou que as práticas estão voltadas para técnicas psicológicas, assistências ao paciente, à família e à equipe de saúde. Existem dificuldades no relacionamento com essa equipe. A formação acadêmica é deficitária. A importância da humanização é reconhecida, ainda que não seja praticada como deveria. Foi expressa a necessidade de se ter uma sistematização em CP como guia das ações. A conclusão indica fragilidade no preparo dos profissionais da saúde para o exercício desses cuidados. Fato que compromete as assistências aos pacientes terminais e leva ao aumento de um sofrimento que poderia ser evitado.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; pacientes terminais, humanização.

KNOWLEDGE AND PRACTICES ABOUT PALLIATIVE CARE FOR PSYCHOLOGISTS ACTIVE AT PUBLIC HOSPITALS

ABSTRACT- The approach of palliative care (PC) in Brazil is still not consolidated. Only in 2001 the Ministry of Health launched the National Program for Humanization of Hospital Care to officiate assists in PC. The number of services dedicated to PC does not cover the demands in the country and health professionals, including psychologists, have difficulty identifying related practices. The objective of this study was to understand the knowledge and practices on the PC of active psychologists at two public hospitals in the city of Campina Grande-PB, Brazil. It was adopted a qualitative and quantitative approach and it was administered a demographic questionnaire and an interview. Reading data was guided by the analysis of enunciation and by descriptive statistics and was demonstrated through the association of meanings trees. The sample comprised 21 psychologists. The results point out an essentially female sample (90.5%), and 95% of the

✉ Universidade Estadual da Paraíba; Rua Rodrigues Alves, 350, apto. 303, Prata. Campina Grande – PB – Brasil; Telef.: 0055 83 87141430; e-mail: raildafernandesalves@gmail.com

participants have confirmed to have contact with terminal patients. The discourse analysis showed that practice is characterized by the use of psychological techniques, and patient, family and healthcare team assistance. There are difficulties in the relationship with the team. Academic training is deficient. The importance of humanization is recognized, even if it is not practiced as it should. The need to have systematization in PC to guide actions was expressed. The conclusion indicates fragility in the preparation of health professionals to exercise such care. Factor that compromises the assistances of terminal patients and leads to increased suffering that could be avoided.

Keywords: Palliative care, terminal patients, humanization.

Recebido em 9 de Dezembro de 2013/ Aceite em 20 de Março de 2014

O trabalho consiste em uma produção resultante de uma pesquisa que se propôs a estudar os saberes e as práticas sobre os cuidados paliativos (CP) num momento em que se observam grandes evoluções científicas na área da saúde, e mudanças no perfil epidemiológico mundial.

A evolução da ciência e o aumento das tecnologias em saúde, principalmente a partir da segunda metade do século XX, trouxeram como consequência direta o aumento da expectativa de vida com o aumento do número de pessoas longevas. Em concomitância a este fenômeno observou-se o aumento das doenças crônicas e, com isso, a ampliação do número de doentes fora do alcance terapêutico.

Em tal contexto, a prática dos CP vem se tornando cada vez mais necessária, pois quando não existe possibilidade de cura as pessoas continuam necessitando de receber cuidados para aliviar seu sofrimento e o de sua família. Essa ação não irá trazer a cura para o doente, mas vai proporcionar-lhe uma maior qualidade de vida e, possivelmente, uma morte digna. Pessini e Bertachini (2006) afirmam que se não é possível aumentar os dias de vidas para esses pacientes, então se deve dar vida aos dias que esses pacientes ainda têm.

Nesse tipo de assistência o psicólogo desempenha um papel importante. Já que como profissional de saúde, especialista em comportamento, deve incorporar as equipes de saúde em todos os níveis de atenção, a exemplo dos CP. O pouco preparo para atuar nesses cuidados e a falta de uma sistematização dessa prática, específica para o psicólogo, chamam a atenção de pesquisadores e profissionais de saúde.

O histórico dos CP mostra, segundo Pessini e Bertachini (2006), que sua base foi forjada na filosofia do moderno movimento *hospice*, inicialmente conhecido como “assistência *hospice*”. Há também referências a uma origem já na antiguidade, onde existiam lugares que buscavam o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. Esses lugares foram tomando formas durante as Cruzadas na Idade Média, com a criação de casas para acolher os doentes e moribundos (Associação Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2011).

No processo de criação dos CP encontra-se a participação do padre São Vicente de Paula, no século XVII, com a fundação da Ordem das Irmãs da Caridade em Paris. E ainda o considerável empenho da cuidadora, enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, no século XX, através da fundação, em 1967, do St. Christopher’s Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor, até o sofrimento psicológico (ANCP, 2011).

Segundo a Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos (APCP, 2011), o movimento moderno dos CP teve sua origem por volta da década de 60, na Inglaterra, e foi se expandindo por Canadá, Estados Unidos, até atingir o restante da Europa, por volta do final do século XX.

Esse movimento foi dirigido para os doentes incuráveis como uma forma de resposta ativa para o sofrimento dessas pessoas em busca de qualidade de vida (APCP, 2011; Floriani & Schramm, 2008).

Hoje, no século XXI, podem-se perceber numerosos desenvolvimentos de cuidados direcionados a pacientes com doenças crônico-degenerativas ou em fase final. Tal avanço é decorrente de uma demanda da sociedade mundial que busca por dignidade mesmo em condições extremas da falta de saúde (Pessini & Bertachini, 2006).

Paliativo é um termo derivado do latim *pallium*, que significa capa, manto, o qual está relacionado ao casaco de lã, usado pelos pastores para enfrentar o clima adverso. A priori, esta definição está direcionada ao cuidado e proteção, sem apresentar uma relação explícita com as medidas de cuidados aos pacientes terminais (Kovács, 1999).

De acordo com Pessini e Bertachini (2006), a definição do termo pela Organização Mundial da Saúde [OMS] surgiu primeiramente em 1990, na qual o CP além de ser ação ativa aos pacientes com uma assistência global, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, também foca o controle da dor e prioriza os problemas de ordem psicológica, espiritual e social. Porém, o termo “tratamento curativo” foi questionado por existirem pacientes com doenças sem cura, mas com prolongamento de vida (Pessini & Bertachini, 2006).

Em 1998, a OMS amplia a definição de CP para incluir as crianças e familiares. Esses cuidados consistem em uma ação total sobre a criança: mente, corpo e espírito, e envolve também o apoio à família. Seu início se dá com a confirmação do diagnóstico, devendo avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança (Pessini & Bertachini, 2006; WHO, 2011).

Em 2002, a OMS (WHO, 2011) definiu os CP como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

Os CP eficazes, segundo a OMS (cit. in Pessini & Bertachini, 2006), requerem uma abordagem ampla e multidisciplinar que inclua a família e faça uso dos recursos comunitários disponíveis. Podendo ser prestados em instalações de cuidados terciários, em centros comunitários de saúde e até mesmo em lares de crianças. Atualmente os cuidados paliativos são definidos como:

[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (Pessini & Bertachini, 2006, p.16).

Para isso, seus objetivos, segundo a WHO (2011), são basicamente proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes, afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural, integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente. Além de oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença incluindo o aconselhamento do luto; melhorar a qualidade de vida; podendo, também, influenciar positivamente o curso da doença em conjunto com outras terapias que visem prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia; e incluir as investigações

necessárias para melhor compreender e gerenciar angustiantes complicações clínicas (WHO, 2011).

A partir desses elementos, pode-se perceber que os CP estão fundamentados em buscar combater os sintomas estressores e angustiantes que atinjam os pacientes e familiares em confronto com doenças terminais, e, assim, fornecer os meios para que essas pessoas se considerem mais dignas. A preocupação com a morte e a manutenção da dignidade da pessoa em qualquer condição, faz parte da filosofia desse cuidado. Auxiliar no processo de uma “boa morte” consiste em que a morte seja sem dor, com o menor sofrimento possível e principalmente com os desejos dos pacientes sendo respeitados (Floriani & Schramm, 2008).

Para atender as demandas que compõem os CP torna-se necessário compreendê-los dentro de um modelo que prestigie cuidados totais, integrais e ativos fornecidos tanto aos pacientes com doenças terminais, como seus familiares. Isso também contribuirá para que o paciente possa morrer com dignidade (Silva & Hortale, 2006).

A recomendação da OMS sobre o respeito e a consideração à ordem espiritual do paciente, deve ser seguida pelos profissionais da saúde. Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos [EAPC] (2011), é preciso valorizar os desafios existenciais de cada sujeito, considerar os valores e atitudes e ainda as questões religiosas, a fé e as crenças.

No Brasil, os CP começam a ter visibilidade por volta de 1980. Neste momento histórico ainda predomina no país um modelo de saúde hospitalocêntrico e curativo. E a formação de profissionais de saúde é prioritariamente voltada à valorização dos aspectos biológicos, além do trabalho do profissional ser predominantemente individual e fragmentado. Os pacientes com diagnóstico de doença incurável tinham morte solitária, sem a presença de seus familiares e muitas vezes morriam sem o conhecimento de sua situação clínica (ANCP, 2011; Peixoto, n.d.). Essa realidade foi predominante para o alvorecer dos CP.

Os primeiros serviços voltados aos CP no Brasil surgem na Região Sudeste e ao final da década de 80, chega à Região Sul. Alguns avanços devem ser levados em consideração na década de 90, dentre eles a influência do professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, que instalou os primeiros cursos e atendimentos com a filosofia dos CP, na Escola Paulista de Medicina.

O Instituto Nacional do Câncer também foi um projeto pioneiro do Ministério da Saúde do Brasil, que em 1998 inaugurou o hospital Unidade IV, dedicado exclusivamente aos CP. Sendo apenas em 2004 que aconteceu a inauguração da Hospedaria (*hospice*) no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

No Brasil, atualmente, existem por volta de 88 serviços dedicados à prática dos CP, distribuídos em: ambulatórios (serviços que possuem área de assistência ambulatorial em CP, sem internação, realizada por equipe multiprofissional); assistência domiciliar (serviços que mantêm equipes multiprofissionais que visitam os pacientes em suas casas); e enfermarias (serviços que mantêm uma área específica, com leitos, para internação de pacientes em CP com equipe própria multiprofissional, liderada por médico paliativista). Além da equipe de interconsulta (serviços que possuem uma equipe multiprofissional de CP que atende os pacientes em seus leitos a pedido de outras especialidades); hospedaria (serviços que possuem uma casa de internação, na qual realiza assistência em CP); hospital dia (serviços que mantêm atendimento em CP de um dia de internação para algum procedimento mais urgente. Serviço ligado ao ambulatório); e serviços especializados (instituição especializada que atende exclusivamente CP). Tais Serviços funcionam em hospitais públicos e clínicas privadas, que

muitas vezes iniciaram suas atividades apenas com o controle da dor, aderindo posteriormente ao CP (ANCP, 2011; Peixoto, n.d.; Rodrigues, 2004).

O quadro a seguir mostra como esses serviços estão distribuídos em todo o Brasil, por Estado e por Região. Pode-se perceber que a maioria dos serviços referentes aos CP está localizada na Região Sudeste, provavelmente, em consequência de ter sido essa região o “berço” dos CP no Brasil.

Quadro 1.
Distribuição dos serviços em cuidados paliativos no Brasil

Tipo de serviço	Quantidade	Forma de distribuição por estados brasileiros	Forma de distribuição por região
Ambulatoriais	17	RJ (5); SP (4); PE (2); AC(1); RS(1); PR(1); RN(1); AM(1); SC(1)	Sudeste: 9; Nordeste: 3 Sul: 3; Norte:2
Assistência domiciliar	22	RJ(5); SP(4); PR(3); ES(2); GO(1); AC(1); BA(1); PE(1); CE(1); SC(1); MG(1); AM(1)	Sudeste: 14; Nordeste: 3; Centro-Oeste: 2; Norte: 2; Sul:1
Enfermaria	14	SP(5); PE(2); AC(1); SC(1); CE(1); AL(1); RN(1); PR(1); RJ(1)	Sudeste: 6; Nordeste: 5; Sul: 2; Norte: 1
Equipe de interconsulta	21	SP(7); RJ(4); PE(2); PR(2); AC(1); RS(1); ES(1); SC(1); MG(1); AM(1)	Sudeste: 12; Sul: 4; Norte: 2; Nordeste: 2; Centro-Oeste: 1
Hospedaria	4	SP(3); RJ(1)	Sudeste: 4
Hospital dia	7	SP(2); RJ(2); PE(1); SC(1); AM(1)	Sudeste: 4; Norte: 1; Nordeste: 1; Sul: 1
Hospital especializado	3	PE(1); AL(1); RJ(1)	Nordeste: 2; Sudeste: 1
Total	88		

Fonte da pesquisa: ANCP (2011)

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos; AMB – Associação Médica Brasileira; ANCP – Associação de Cuidados Paliativos; APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; CP – Cuidados Paliativos; EACP – European Association for Palliative Care; FAP – Fundação Assistencial da Paraíba; OMS – Organização Mundial da Saúde; SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos; SUS – Sistema Único de Saúde; SUAS – Sistema Único de Assistência Social; UNIC – Unidade de Cuidados

A consolidação dessa prática foi se fortalecendo com o passar do tempo através das práticas dos profissionais e do surgimento de associações que tiveram por objetivo incluir a filosofia dos CP nas ações de saúde. São fundadas, em 1997, as Associações Brasileiras de Cuidados Paliativos (ABCP), em São Paulo, pela Psicóloga Ana Geórgia de Melo; e, em fevereiro de 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), também na cidade de São Paulo. Esta por sua vez, luta, juntamente com a Associação Médica Brasileira (AMB), pela regularização da medicina paliativa como atuação médica (ANCP, 2011; Peixoto, n.d.).

O Ministério da Saúde do Brasil, como forma de oficializar os CP, lança as Portarias como a de nº 881, de 19 de julho de 2001 (Brasil, 2001), que institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, além de estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes que necessitam de CP; e a de nº 3.535, de 02 de setembro de 1998 (Brasil, 1998), que estabelece o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia, inserindo outras modalidades de assistência como os CP (Brasil, 2001; Peixoto, n.d.; Rodrigues, 2004). A Portaria de nº 19, de janeiro de 2002, (Brasil, 2002a) vem ampliar ainda mais a inserção dos CP na saúde, pois com ela se institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos CP. Este

Programa tem como objetivos articular as iniciativas dedicadas ao desenvolvimento de uma cultura de assistência à dor, além da educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a prática dos CP. A criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica se dá com a Portaria de nº1319, de 23 de julho de 2002 (Brasil, 2002b).

Em relação à existência de manuais e guias de CP foi feita uma revisão (não exaustiva) de literatura, na qual foram encontrados dois documentos: o Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer (UNIC, 2009) e o Guia de Cuidados Paliativos, criado pela Sociedade Espanhola em Cuidados Paliativos [SECPAL] (2011). O Manual traz um capítulo que explicita as ações de cada profissional da saúde, incluindo as ações dos psicólogos. Nesse capítulo foram destacadas as técnicas de escuta psicológica, esclarecimentos de informações entre os pacientes e a equipe, e o trabalho com o sofrimento do paciente a fim de minimizar os sentimentos de angústia e de medo.

Já o Guia não especifica as ações direcionadas para cada profissão. Mostra as diretrizes gerais em termos clínicos que todos os profissionais precisam seguir. Dentre elas estão o conjunto de sintomas que identificam o momento de iniciar os CP, protocolos para tratamento de determinados sintomas, recomendações para a formação de uma competente equipe de saúde, questões sobre o respeito à autonomia do paciente, dentre outros.

De forma geral, tanto o manual como o guia buscam orientar os profissionais a fim de desenvolver cuidados específicos e de boa qualidade para os pacientes em estágio terminal. E através disso proporcionar conforto tanto para eles como para seus familiares. Dessa forma, o tempo de vida pode ser prolongado em virtude do controle da doença principal. Mas o mais importante é que esse tempo deverá ser vivido com o máximo de dignidade possível.

O esboço exposto no quadro 2 foi construído em consonância com o Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer (UNIC, 2009) e, também, com o Guia de Cuidados Paliativos, criado pela Sociedade Espanhola em Cuidados Paliativos (SECPAL,2011). O objetivo foi selecionar e dar destaque a algumas das intervenções específicas dos profissionais de psicologia na equipe multiprofissional.

Quadro 2.

Atividades do profissional de psicologia para intervenção nos cuidados paliativos

Ações do psicólogo para intervenção nos cuidados paliativos

Exercer as atividades em equipe multidisciplinar
Servir de elo entre paciente/família e a equipe de saúde
Proporcionar apoio psicológico para a busca do bem estar do paciente
Propor ações que visem sensibilizar a equipe de saúde que está em contato direto com o paciente fora do alcance terapêutico
Fazer escuta psicológica
Usar técnicas de esclarecimento
Trabalhar os processos de morrer em seus aspectos conceituais e vivenciais
Acompanhar o médico no ato da comunicação de óbitos e assistir aos familiares
Fazer um trabalho pessoal para obter uma prática humanizada

(continua)

Quadro 2. (continuação)

Ações do psicólogo para intervenção nos cuidados paliativos
Buscar uma formação contínua sobre os CP como: especializações e capacitações, para acompanhar a evolução da ciência
Trabalhar com ética as questões espirituais, quando trazidas pelo paciente
Amenizar o sofrimento do paciente até sua morte
Melhorar a qualidade de vida do paciente tanto no hospital como em casa, quando possível
Disponibilizar total assistência à família do paciente
Trabalhar a dor emocional dos pacientes e familiares
Estimular a busca da autonomia para a obtenção da dignidade do paciente
Entender o histórico do paciente
Atender ao desejo do paciente, quando possível

O presente trabalho se justifica pela necessidade prática de provocar discussões sobre o tema, refletir sobre a sistematização dos CP no Brasil, e denunciar a necessidade urgente de melhorar a capacitação profissional dos psicólogos para atuarem com competência em CP.

O objetivo geral desta pesquisa foi conhecer as concepções e práticas sobre CP dos psicólogos atuantes no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). E os específicos foram conhecer as práticas aplicadas atualmente; conhecer as dificuldades existentes no exercício desses cuidados; conferir a existência de práticas humanizadas no tratamento com pacientes terminais; e verificar a percepção sobre a necessidade de sistematizar os cuidados paliativos para a intervenção na área de psicologia.

MÉTODOS

A Abordagem da pesquisa foi quantiquantitativa (Tanaka & Melo, 2004), objetivando abordar o fenômeno de forma mais completa. Aproveitando-se da complementaridade entre as duas modalidades, para valorizar o que há de melhor em cada uma delas.

Participantes

A composição da amostra ($N=21$) foi formada pelos profissionais de psicologia que atuam em dois hospitais de Campina Grande, Paraíba: o Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, por ter uma grande concentração de profissionais atuantes na área de psicologia hospitalar, e a Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, por ser um hospital referência em oncologia na cidade. Seguiram-se os critérios de aceitabilidade e disponibilidade à pesquisa.

CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFIOS PARA PSICÓLOGOS

Material

Os instrumentos de coleta de dados foram um questionário sócio demográfico (Rea & Parker, 2000), e uma entrevista por pautas (Gil, 1999).

Procedimento

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP os dados foram coletados entre janeiro e março de 2012, por meio de contato individual com cada psicólogo. Para facilitar o armazenamento das informações as entrevistas foram gravadas mediante o consentimento dos participantes.

Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que reúne os objetivos da pesquisa e os direitos dos entrevistados. Após a anuência do entrevistando os instrumentos foram aplicados. Primeiro o questionário sócio demográfico seguido pela entrevista mediada por pautas, previamente construídas. As entrevistas foram transcritas na íntegra respeitando-se a coloquialidade do discurso.

Para analisar os discursos captados nas entrevistas foi utilizada a análise da enunciação, proposta por Bardin (1977). E para dar visibilidade aos resultados, as árvores de associação de sentidos, propostas por Spink e Lima (1999). Os dados quantitativos foram analisados mediante o uso da estatística descritiva.

A orientação ética da pesquisa foi regulada pela legislação vigente no Brasil conforme as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta a utilização do termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Esta Resolução está em conformidade com os termos da Declaração de Helsínquia de 1989.

RESULTADOS

Características sócio demográficas dos psicólogos

No que diz respeito aos aspectos sócios demográficos a amostra é composta por 21 psicólogos atuantes nos dois hospitais estudados: Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e a Fundação Assistencial da Paraíba – FAP.

Quadro3.

Varáveis sóciodemográficas da amostra

Variável	Categoria	N	%
Idade	20 – 30 anos	11	52,4%
	31 – 40 anos	06	28,6%
	Acima de 40 anos	04	19,0%
Sexo	Feminino	19	90,5%
	Masculino	2	9,5%
Estado Civil	Solteiro (a)	10	47,6%
	Casado (a)	10	47,6%
	Separado (a)/divorciado (a)	1	4,8%

(continua)

Quadro3. (continuação)

Variável	Categoria	N	%
Pós-graduação	Não tem	4	19%
	Especialização	13	61,9%
	Mestrado	3	14,3%
Cursos	Curso de formação em psic. hospitalar	1	4,8%
Tempo de exercício da profissão	1 - 5 anos	10	47,6%
	6 – 10 anos	9	42,9%
	11 – 15 anos	1	1,4%
	Acima de 15 anos	1	1,4%
Hospital que trabalha	Hospital do Trauma	20	95,5%
	Hospital da FAP	1	4,8%
Contato com pessoas em estado terminal	Sim	20	95,2%
	Não	1	4,8%
Total		21	100%

Conforme pode ser visualizado no quadro 03, a maior predominância de profissionais encontra-se na faixa etária entre 20 e 30 anos (52,4%). Em segundo lugar na faixa etária entre 30 e 40 anos (28,6%), com uma idade média de 32 anos e desvio padrão de aproximadamente 6,07. A predominância de profissionais jovens em campo explica-se pela criação de novos postos de trabalho para o psicólogo nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Fenômeno compreendido, principalmente, pela reordenação das Políticas e Programas públicos tanto de saúde como de assistência social, em que os psicólogos passaram a ser mais respeitados e requisitados.

Em relação ao sexo, a grande predominância de mulheres 90,5% do total da amostra, confirma que a psicologia continua sendo uma profissão feminina. Esse dado corrobora o estudo de Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) que em uma caracterização dos psicólogos atuantes nos hospitais do Rio Grande do Norte, encontraram uma amostra essencialmente feminina (80%). Fenômeno explicado por Melo, Rodrigues e Schmidt (2009), como sendo o papel de cuidar culturalmente associado às mulheres.

Com relação à escolaridade, pode-se perceber que 61,9% correspondem aos profissionais com especialização, 19% têm apenas a graduação em psicologia, 14,3% mestrado e 4,8% curso de formação na área de psicologia hospitalar. Sendo assim, é possível observar que a grande parte da amostra não se restringiu à graduação, além de indicar uma preocupação positiva voltada à qualificação e ao desenvolvimento profissional.

Com respeito à experiência profissional em psicologia, foi destacado que 47,6% apresentam entre 1 e 5 anos de prática profissional, 42,9% têm entre 6 e 10 anos e acima de 15 anos de atuação corresponde apenas a 1,4%. Esse dado converge com a pesquisa desenvolvida por Santos e Vieira (2012), sobre a atuação dos psicólogos nos hospitais e nas maternidades do Estado de Sergipe, que registrou que 55% dos psicólogos atuantes não tinham mais que cinco anos de experiência, tal dado, segundo as autoras, reafirma a ideia de ser esta área de atuação emergente.

Análise dos discursos sobre os cuidados paliativos

Os dados a seguir se referem às análises das 21 entrevistas que corresponde a 100% da amostra coletada. Foram definidas 5 categorias para serem demonstradas através das árvores de associação de sentidos. As categorias refletem os discursos das duas amostras e o caráter coloquial dos mesmos foi mantido.

Conforme pode ser visualizado na figura 1, alguns profissionais de psicologia direcionaram a definição de CP para a assistência a pacientes que não apresentam prognóstico de cura, norteando suas ações para a obtenção de qualidade de vida para esses pacientes. Tais

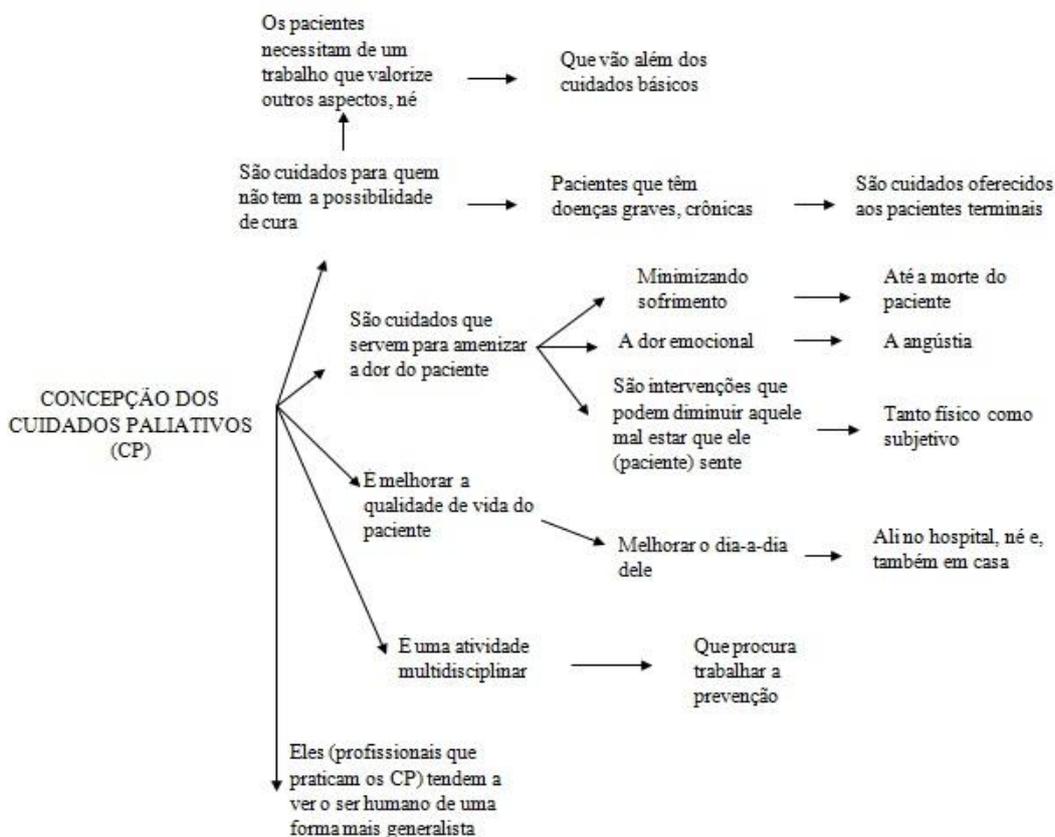


Figura 1. Concepções sobre os cuidados paliativos

discursos estão alinhados aos de Santos, Pagliuca e Fernandes (2007) e Pessini e Bertachini, (2004), quando afirmam que os CP são medidas que objetivam o aumento da qualidade de vida de pacientes que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida.

Ao falar da amenização das dores, muitos fizeram referência à dor emocional, à angústia e até mesmo ao mal estar psicológico que o paciente vive. Pessini e Bertachini (2006) afirmaram que o atendimento não pode ser focado apenas no físico, mas, também, tem de levar em consideração os aspectos psicossociais do indivíduo, além do fator emocional que é um dos sistemas mais abalados nos pacientes terminais.

Os interlocutores mencionaram que a assistência em CP exige uma intervenção em equipe multidisciplinar. O Manual de Cuidados Paliativos para Pacientes com Câncer também

ênfatisa a fundamental importância de uma equipe completa na prática desses cuidados, a fim de que a pessoa seja vista e tratada numa perspectiva bio-psico-social (UNIC, 2009).

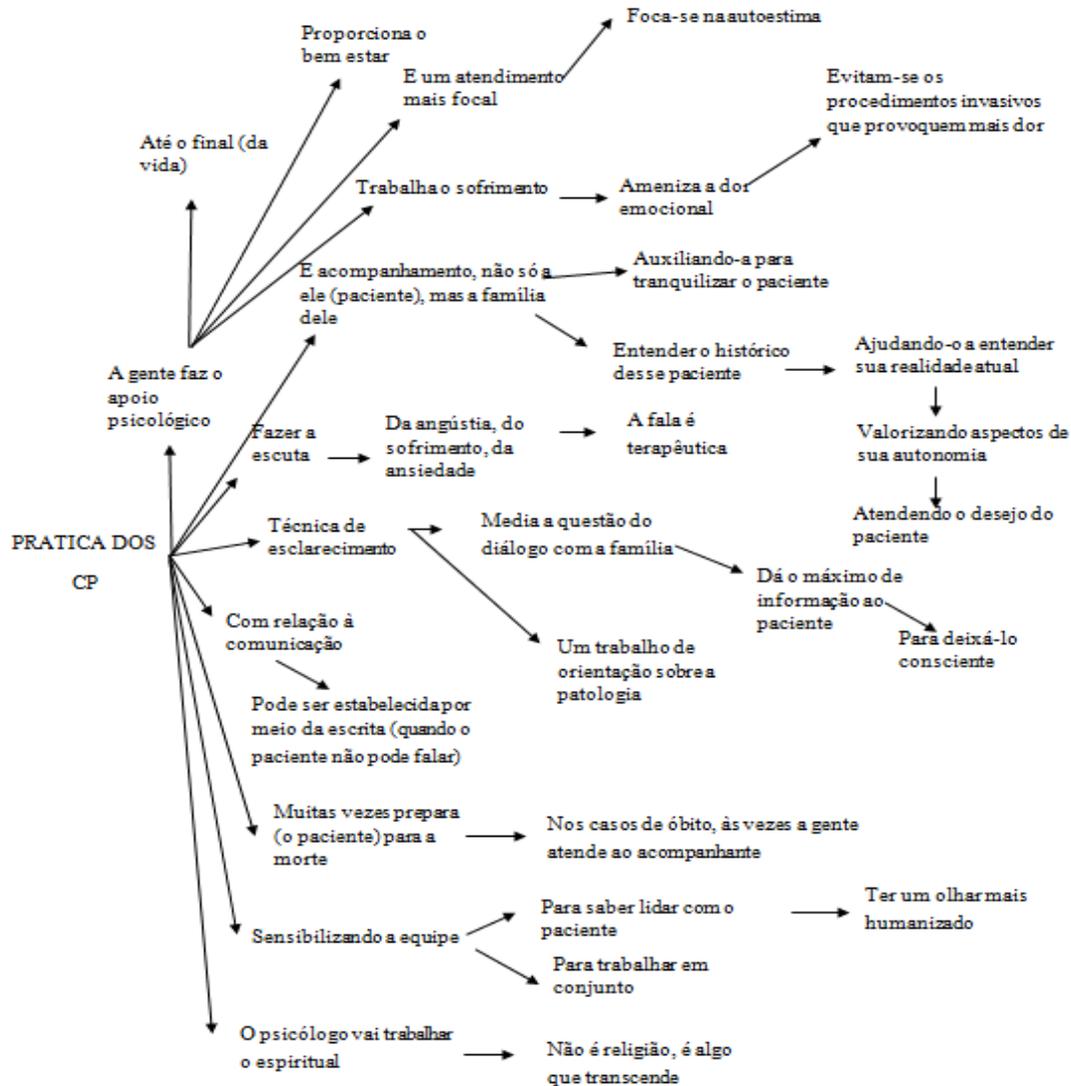


Figura 2. Prática dos cuidados paliativos pelo psicólogo

Dentre os resultados apresentados na figura 2, pode-se observar que os profissionais de psicologia direcionam suas práticas a partir de três eixos: para as técnicas que a psicologia oferece, para os aspectos assistenciais ou, para os aspectos relacionados ao fator espiritual e à morte.

No que diz respeito às ‘técnicas’, foi percebido uma maior frequência para o apoio psicológico, a escuta e o esclarecimento. O apoio psicológico foi mencionado com o objetivo de trabalhar o sofrimento, mas precisamente os aspectos emocionais. Em consonância com essa afirmação Santana et al. (2009) afirmam que o profissional de saúde ao preocupar-se com o lado emocional está agindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua

família, além de ajudá-lo a suportar possíveis dores e angústias resultantes de um contexto de morte eminente.

Para proporcionar apoio aos pacientes alguns psicólogos citaram como direcionamento o modelo focal, que, segundo Braier (2000), consiste em um modelo que procura trabalhar os pontos de urgências, ou seja, aquilo que surge do paciente naquele momento. Mas, para isso, é necessária uma escuta técnica com qualidade. A escuta psicológica pode ser utilizada como recurso não apenas para ouvir, mas para saber direcionar o caminho que minimize o sofrimento. O diálogo do psicólogo com a equipe de saúde, paciente e sua família, cumpre a importante função de elo. Função muito usada no esclarecimento de informações ao paciente e seu familiar, de assuntos sobre a doença e os procedimentos que estão sendo usados pela equipe de saúde. Tal ação fornece ao paciente uma zona de segurança e conforto que também ajuda em seu processo pela busca da qualidade de vida. Essa ação de esclarecimento entre paciente/família e equipe de saúde foi destacada no Manual dos Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer como papel do psicólogo na função de elo (UNIC, 2009).

Quanto ao eixo ‘assistência’, para a maioria dos entrevistados, a abordagem dos CP inclui a atenção não só aos pacientes, mas, também aos seus familiares. O objetivo é tranquilizar a família para que ela possa intervir de forma mais eficaz na busca da qualidade de vida do paciente. Tal atenção é citada pela Organização Mundial de Saúde e discutida por Pessini e Bertachini (2004), quando dizem que a qualidade de vida precisa ser proporcionada aos pacientes e seus familiares, pois o bem estar de um, influencia o bem estar do outro.

A sensibilização da equipe também foi relatada pelos psicólogos como pertinente ao seu papel. Para eles, o trabalho funciona bem quando existe um comprometimento tanto dos psicólogos, como dos outros profissionais da saúde que estão em contato direto com o paciente. A importância de uma equipe multidisciplinar humanizada é recomendada pelo Guia de Cuidados paliativos da Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2011).

Além das técnicas e das assistências os profissionais entrevistados trabalham as questões ‘espirituais’ que o próprio paciente expõe ou ainda trabalham o significado da morte. Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EACP, 2011), o aspecto espiritual está intrínseco no ser humano e tanto suas atitudes, como seus valores são pontos fundamentais para serem trabalhados. A WHO (2011) também enfatiza o aspecto espiritual quando recomenda que seja trabalhado para poder alcançar a qualidade de vida almejada pelo paciente e sua família.

Finalmente, os profissionais relataram que a valorização dos elementos supracitados podem contribuir a que a pessoa tenha uma “boa morte”. Algo que é fundamentalmente procurado dentro do quadro de pacientes que estão fora do alcance terapêutico (Floriani & Schramm, 2008).

Dentre as respostas mais recorrentes expostas na figura 3, pode-se perceber que o relacionamento do psicólogo com a equipe é uma das dificuldades mais evidentes. A mesma é expressa em muitos relatos que denotam também o desconforto pela falta de uma relação multiprofissional. Essa situação pode estar relacionada com a ausência de conhecimento da equipe de saúde quanto à função do psicólogo nos hospitais, uma vez que sua presença nesse meio ainda é considerada recente, apesar de estar em constante desenvolvimento (Gorayeb & Guerrelhas, 2003; Tonetto & Gomes, 2007).

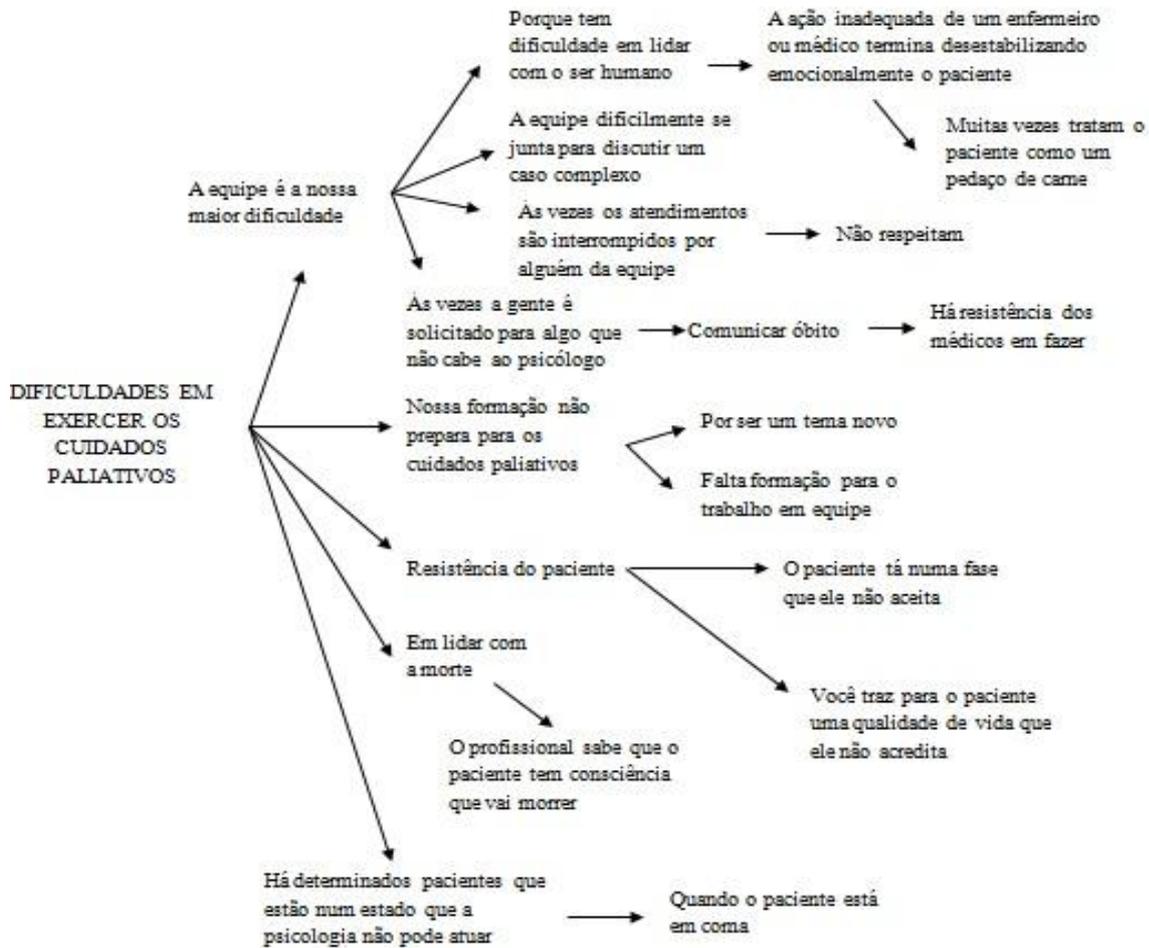


Figura 3. Dificuldade em exercer os cuidados paliativos

A atribuição ao psicólogo para fazer a comunicação de óbitos aos familiares foi relatada como falta de conhecimento acerca do papel do psicólogo pela equipe de CP. Segundo o Código de Ética Médica art. 36 inciso 2 (Conselho Federal de Medicina, 2010), o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que em CP. Assistência que deve ser mantida até os últimos dias de vida, incluindo a família no momento do óbito. Nessa situação o psicólogo pode contribuir com ações durante o comunicado e principalmente posterior a ele, no sentido de dar apoio à família. Porém, não é função primária do psicólogo fornecer tal notícia.

Sobre a relação entre os integrantes da equipe de saúde foi possível perceber que muito dessa dificuldade também está relacionada com a falta de humanização nesses serviços. Demonstrando não só a falta de sensibilização da equipe com os pacientes como, também entre os próprios colegas de trabalho.

Outra dificuldade exposta pelos participantes está relacionada à sua formação profissional que, segundo eles, não aborda o tema e nem prepara para o exercício dos CP. Esta mesma dificuldade foi identificada na pesquisa realizada por Avellar (2011), na qual os 21 psicólogos participantes elencaram como dificuldades para atuar nos hospitais a formação acadêmica insuficiente e a desvalorização ou o desconhecimento do trabalho do psicólogo, pelos demais profissionais.

De acordo com Spink (2003), essa dificuldade pode ser consequência das recentes mudanças ocorridas no papel dos psicólogos, pelas novas configurações nos modelos e práticas de saúde, inclusive as práticas do profissional de psicologia no meio hospitalar. A constatação dessa dificuldade põe de manifesto a necessidade de o psicólogo de hoje buscar uma formação profissional permanente, a fim de alcançar a capacitação ideal para atender a uma demanda pontual, que é a demanda de pacientes fora de alcance terapêutico.

Finalmente, existe ainda uma dificuldade trazida pelos entrevistados sobre a resistência do próprio paciente em aceitar a assistência psicológica. Segundo eles, muitos pacientes ficam fechados e resistentes a essa ajuda. Mas essa situação pode estar relacionada ao fato do paciente ainda não ter aceitado seu diagnóstico, estando ele vivenciando o estágio de negação proposto por Kübler-Ross (1985). Esse estágio marca o momento em que o paciente se depara com o diagnóstico, mas não o aceita como forma de tentar evitar o sofrimento.

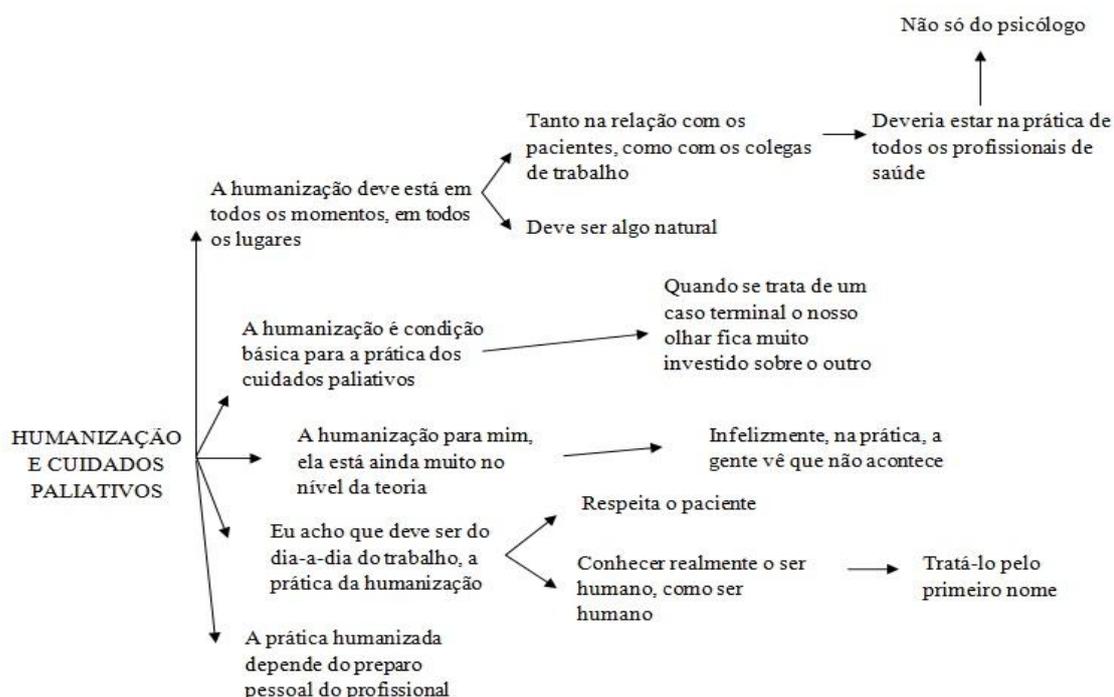


Figura 4. Humanização e cuidados paliativos

Conforme pode ser visualizado na figura 4 os entrevistados trataram de condicionar a atenção humanizada à prática dos CP. Denunciaram também a falta de atitude humanizada nas ações dos profissionais da saúde. Bermejo (2008) afirmou que a humanização está direcionada à competência dos profissionais de saúde em tratar o ser humano com respeito à unicidade de cada pessoa, ou seja, personalizando cada assistência.

Os resultados mostram que na maior parte do tempo a forma de pensar sobre a humanização fica apenas na teoria. Em face da necessidade de aplicar os CP a humanização cumpre um papel diferenciado, pois com pacientes fora do alcance terapêutico a assistência humanizada deve existir de forma mais efetiva. Floriani e Schramm (2008) dizem que esses pacientes apresentam sintomas angustiantes e estressantes de forma mais aguda em função do estado de sofrimento em que estão. Esses sintomas decorrem da vivência relacionada com a proximidade da morte. Sendo assim, os entrevistados dizem que para praticar a humanização, primeiro tem que dar início à preparação pessoal do profissional através do auto-conhecimento. Só assim é que sua assistência poderá se ampliar ao outro mediante uma atenção mais integral ao paciente e à sua família (SECPAL, 2011). Porém, para o profissional praticar uma assistência humanizada, é necessário estar respaldado pela ética e acima de tudo desenvolver atitude de empatia para com o outro, visto que, segundo Costa e Azevedo (2010), a empatia pode enriquecer a prática desenvolvida pelo médico e outros profissionais na área da saúde devendo ser um alicerce em suas formações.

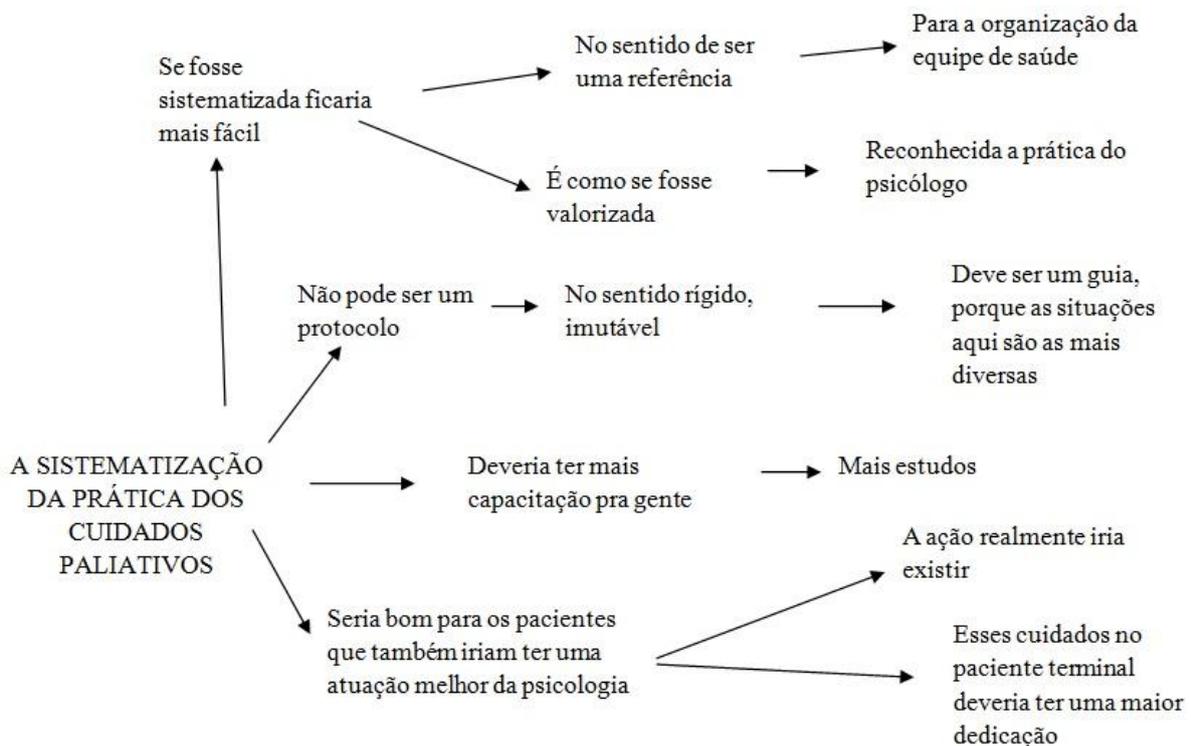


Figura 5. Sistematização da intervenção psicológica em CP

A figura 5 expressa a necessidade da existência de uma sistematização para a atuação do psicólogo em CP. A sistematização é descrita como uma forma de guiar suas atuações com pacientes que estão fora do alcance terapêutico. A necessidade é justificada pela falta de preparo específico para trabalhar com essas questões. Tal déficit também foi encontrado no trabalho de Silva e Moreira (2010) sobre os desafios da sistematização dos CP na área de enfermagem. Os autores concluíram que os profissionais não têm total domínio dessa

temática. Isso não só confirma a falta de preparo de outros profissionais da saúde como, também, amplia a necessidade de buscarem capacitações para melhor praticarem os CP.

Segundo os entrevistados, tal sistematização servirá não só para facilitar e melhorar a conduta dos profissionais como, também, contribuirá com o aumento da valorização e do reconhecimento da profissão do psicólogo. Os interlocutores reforçaram algumas das características que um instrumento que sistematize as ações do psicólogo em CP deveria ter, como, por exemplo, que não deve ser algo rígido e imutável, pois cada paciente é um mundo e as condutas do psicólogo dependem do andamento dos atendimentos e devem ser adaptadas a cada caso. Portanto, essa sistematização tem que ser construída com o objetivo de orientar e não de ditar as ações que devem ser realizadas.

DISCUSSÃO

Os consideráveis avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e a mudança do perfil epidemiológico das populações mundiais impõem novos desafios aos profissionais de saúde. Um perfil diferente pede intervenções novas, atualização dos currículos acadêmicos e capacitação continuada para o atendimento da demanda de formação atual. Neste cenário, as assistências em CP entram em discussão com status de urgente.

Este estudo mostrou as inquietações dos psicólogos em relação aos saberes e as práticas sobre os CP. Destacou que os psicólogos reconheceram sua importância e gerou uma oportunidade para a discussão sobre como contribuir para melhorar a qualificação da assistência psicológica aos pacientes fora do alcance terapêutico, além de ter produzido reflexões sobre a formação profissional.

Os resultados desta pesquisa mostram que os psicólogos direcionam suas assistências em CP, mediante o uso das técnicas psicológicas, como a escuta e o esclarecimento; as assistências que são prestadas não só ao paciente, mas, também, ao familiar e ainda à própria equipe de saúde, que precisa ser sensibilizada para trabalhar com essa demanda.

Os psicólogos relataram suas dificuldades para colocar em prática as ações de CP. Tais dificuldades estão relacionadas, muitas vezes, com a fragilidade das comunicações e a falta de elo entre eles e a equipe de saúde. Segundo os entrevistados, não há por parte da equipe um reconhecimento e valorização da atuação do psicólogo, fato que dificulta o desenvolvimento do trabalho do profissional de psicologia na equipe. A falta de uma formação acadêmica adequada para desempenhar bem os CP, também foi citada como empecilho a uma boa atuação em CP.

Os psicólogos afirmaram que existe um descompasso entre o dito e o feito, no que se refere à assistência humanizada. Ou seja, é patente a ausência da ação humanizada tanto em direção aos pacientes em estado terminal como em relação à própria equipe de saúde, apesar de aparecer de forma unânime, no discurso dos entrevistados, a importância desta ação.

Nesse sentido, uma maior reflexão/ação no que se refere à humanização das práticas de saúde, deve anteceder a própria reflexão sobre CP. O questionamento que se levanta seria: Como atuar em CP sem que haja, entre as equipes multidisciplinares, um lastro de conceitos que fundamente a práxis em saúde?

Diante do exposto, defende-se a necessidade de propor uma sistematização das assistências psicológicas em CP. Que auxilie os profissionais a lidarem melhor com pacientes que vivem em situações ameaçadoras da vida, e que favoreça a superação do tabu da morte, em prol da

garantia da qualidade de vida e da dignidade daquele que já não pode ter seu sofrimento prolongado. Sugere-se que a formação dos profissionais de saúde, principalmente a do psicólogo, deva contemplar este assunto ainda no nível curricular. Cursos para capacitação continuada devem ser oferecidos. Enfim, todos os esforços devem ser mantidos para melhorar as assistências em CP.

Com este trabalho, espera-se chamar a atenção tanto de governantes como das entidades formadoras de profissionais de saúde, para a urgência e necessidade da realização de novas investigações, para a reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, bem como, para fomentar, nos gestores públicos, a necessidade da criação de novos serviços de saúde dedicados aos CP. Espera-se, finalmente, que o conhecimento produzido agregue qualidade à atuação dos profissionais de psicologia. Tendo como horizonte aperfeiçoar as assistências em saúde e consequentemente trazer mais dignidade ao ser humano que adocece.

REFERÊNCIAS

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2011). Acesso outubro 28, 2011, em <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2011). Acesso novembro 12, 2011, em <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>
- Avellar, L. Z. (2011). Practice of psychologist in hospitals in Grande Vitória/ES: a description. *Psicologia em Estudo*, 16, 491–502.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bermejo, J. C. (2008). *Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores*. Petrópolis: Vozes.
- Braier, E. A. (2000). *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Brasil (1998). Ministério da Saúde. *Portaria no. 3.535*, Brasília.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. *Portaria no. 881*, Brasília.
- Brasil (2002a) Ministério da Saúde. *Portaria no. 1.319*, Brasília.
- Brasil (2002b) Ministério da Saúde. *Portaria no.19*, Brasília.
- Conselho Federal de Medicina (2010). *Código de Ética Médica*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Costa, F. D., & Azevedo, R. C. S. (2010). Empatia, Formação Médico-paciente e Formação em Medicina: Um Olhar Qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 261 – 269. doi: 10.1590/S0100-55022010000200010
- Melo, T. M., Rodrigues, I. G., & Schmidt, D. R. C. (2009). Caracterização dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55, 365–374.
- European Association for Palliative Care. (2011). Acesso novembro 12, 2011, em <http://www.eapcnet.eu/Themes/Ethics/PCeuthanasiataskforce/tabid/232/Default.aspx>
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2123-2132. doi: 10.1590/S1413-81232008000900017
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

- Horayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 11-19.
- Kovács, M. J. (1999). Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In M. M. J. Carvalho (Ed.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 318 – 337). São Paulo: Summus.
- Kübler-Ross, E. (1985). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Melo, T. M., Rodrigues, I. G., & Schmidt, D. R. C. (2009). Caracterização dos cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos no domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55, 365-374.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo-Edições Loyola.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). *O que entender por cuidados paliativos*. São Paulo: Paulus.
- Peixoto, A. F. (n.d). *Cuidados Paliativos: Generalidades*. Acesso abril 12, 2010, em <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf>
- Rea, I. M., & Parker, R. A. (2000). *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira.
- Rodrigues, I. G. (2004). *Cuidados Paliativos: análise de conceito* (Dissertação de Mestrado). Universidade São Paulo, Ribeirão Preto.
- Santana, J. B., Campos, A. V., Barbosa, B. G., Baldessari, C. F., Paula, K. F., Rezende, M. E., & Dutra, B. (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*, 3, 77–86.
- Santos, L. J., & Vieira, M. J. (2012). Atuação do psicólogo nos hospitais e maternidades do estado de Sergipe. *Ciências e Saúde Coletiva*, 17, 1191-1202. doi: 10.1590/S1413-81232012000500013
- Santos, M. C. L., Pagliuca, L. M. F., & Fernandes, A. F. C. (2007). Cuidados Paliativos ao portador de câncer: Reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15, 350-354.
- Silva R. F., & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2055-2066. doi: 10.1590/S0102-311X2006001000011
- Silva, M. M., & Moreira, M. C. (2010). Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12, 483 – 490. doi:10.5216/ree.v12i3.7274
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2011). Acesso novembro 27, 2011, em <http://www.secpal.com/biblioteca/index.php>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2011). *Guía de Cuidados Paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Acesso novembro 23, 2011, em <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
- Spink, M. J., & Lima, H. (1999) Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93 - 122). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2003) *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2004). Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In M. L. M. Bosi, & F. J. Mercado (Eds.),

- Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (pp. 121- 136). Rio de Janeiro: Vozes.
- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24, 89–98. doi:10.1590/S0103-166X2007000100010
- Unidade de Cuidados (UNIC, 2009). *Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer*. Rio de Janeiro: UNATI.
- World Health Organization (2011). Acesso outubro 28, 2011, em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yamamoto, O. H., Trindade, L. O., & Oliveira, T. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia Universidade de São Paulo*, 13, 217-246. doi: 10.1590/S0103-65642002000100011.