

FICHA CATALOGRÁFICA

Editor-Chefe

Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto (SBPH/Instituto de Psicologia-USP)

Comissão executiva

Layla Raquel Silva Gomes (Instituto de Psicologia - UFU)

Cláudio Kazuo Akimoto Júnior (Instituto de Psicologia - USP)

Comissão editorial

Alinne Nogueira Silva Coppus (Faculdade de Psicologia – UFJF)

Caio Henrique Vianna Baptista (Hospital São Luiz Rede D`OR -SP)

Danuta Medeiros (Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Extrema)

Gláucia Faria da Silva (Instituto Sedes Sapientiae)

Layla Raquel Silva Gomes (Instituto de Psicologia - UFU)

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Faculdade Pernambucana de Saúde)

Luciane de Rossi (Hospital das Clínicas – SP)

Marcos Vinícius Brunhari (Instituto de Psicologia - UERJ)

Maria Lívia Tourinho Moretto (Instituto de Psicologia - USP)

Mônica Marchese Swinerd (Instituto do Câncer – RJ)

Natália Fontes Caputo de Castro (Instituto de Neuropsicologia e Psicologia – INP)

Patricia Bader dos Santos (Núcleo Pró-Creare/Rede D`OR – SP)

Silvia Maria Cury Ismael (Associação Beneficente Síria – Hospital do Coração – SP)

René Martins Viana (Neuro[psi]cognitiva)

Pareceristas

Rodrigo Noronha da Fonseca

Renata Pereira Condes

Carolina Marson

Camila Bassi Pechanski

Mariana Rodrigues

Marcelo Chahon

Márcia Regina Lima Costa

Nina Gomes da Costa

Paula Lorena Gomes

Sumário

Editorial	1
------------------------	----------

PARTE I – PANDEMIA: O CUIDADO E SEUS EFEITOS

A vivência do luto em familiares de pacientes internados pela COVID-19*

The experience of mourning in family members of patients hospitalized by COVID-19

Thaina Aparecida Barbosa Rocha, Vitória Freitas de Souza, Viviane de Fátima Dias da Silva, Ana Cristina de Oliveira Almeida 3

Os efeitos do desamparo psíquico em profissionais da saúde no atendimento de pacientes com COVID-19

The effects of psychic helplessness in health professionals in the care of patients with COVID-19

Lucas Jivago Lourenço Franco, Debora Lydinês Martins Corsino, Sílvia Nogueira Cordeiro 17

Cuidado aos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19: intervenções possíveis em momentos de crise

Care for health professionals in the Covid-19 pandemic: Possible interventions in times of crisis

Amanda de Castro Felten, Maristela Piva 31

Fazer viver, deixar morrer: considerações ético-políticas em cuidados paliativos para tempos de covid-19 no Brasil

To make live, to let die: ethical-political considerations in palliative care for covid-19's period in Brazil

Luíza Michelini Vilanova, Cláudia Bechara Fröhlich, Janniny Gautério Kierniew..... 42

PARTE II – INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Aspectos psicológicos de pais de crianças e adolescentes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa

Psychological aspects of parents of children and adolescents in palliative care: an integrative review

Raquel Lacerda Paiani, Taritza Basler Pereira, Isadora da Rocha Poggetti, Luiza Hentz Wissmann, Adrielly de Ávila Alves, Ana Carolina de Oliveira Bittencourt, Tagma Marina Schneider Donelli 55

“Prefiro estar assim do que não estar”: videochamadas como instrumento de humanização em Cuidados Paliativos

“I’d rather be like this than not be”: video calls as an instrument of humanization in Palliative Care

Mabel Viana Krieger, Mariana de Abreu Machado, Livia Costa de Oliveira, Karla Santos da Costa Rosa, Alessandra Gomes Simões, Fernanda Araújo Gonçalves..... 68

Percepção dos cuidados da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos

Perception of the care from multi-professional team in assistance to oncological patients in Palliative Care

Greice Herédia dos Santos-Moura, Deborah Nimitzovitch Cualhete, Maria Teresa de Almeida Fernandes..... 83

Sentimentos pré-cirúrgicos: o que as crianças relatam?

Pre-surgical feelings: what do children report?

Ani Carolini Pinto, Gislaïne Cristina Müller, Camilla Volpato Broering..... 96

PARTE III – ABORTO LEGAL, PREMATURIDADE E ADOECIMENTO

“Amor Diário”: um recurso terapêutico no contexto da prematuridade e na construção da parentalidade

“Love Diary”: a therapeutic resource in the context of prematurity and in the construction of parenting

Juliana Faligurski Aires, Elsa Cristine Zanette Tallamini, Juliane Disegna Fraporti 108

Aborto legal: qualidade da assistência e vivência das mulheres que realizam a interrupção da gravidez

Legal abortion: quality of care and experience of women who perform the termination of pregnancy

Renata Alves Freire, Karina Peruzzo Pereira Zimmermann, Hudelson dos Passos..... 123

EDITORIAL

É com muita alegria que anuncio o segundo número do volume 25 da **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Os leitores e leitoras têm em mãos uma coletânea de artigos que trazem contribuições importantes para a psicologia hospitalar, uma área que cada vez mais se firma como um campo de atuação e também como um terreno fértil para pesquisa e produção de conhecimento.

Os artigos desta edição encontram-se divididos em três partes: **Pandemia: o cuidado e seus efeitos; Intervenções psicológicas em cuidados paliativos** e, por fim, **Aborto legal, prematuridade e adoecimento na infância**.

Na primeira parte deste número, autoras e autores debruçaram-se sobre a importância do cuidado, bem como sobre seus efeitos no contexto da pandemia da COVID-19, considerando que a vivência de um acontecimento sem precedentes convocou os psicólogos e as psicólogas hospitalares a desenvolverem dispositivos clínicos para abordar o sofrimento não apenas dos pacientes, como também de seus familiares e da própria equipe de saúde.

Em seguida, temos os artigos que versam sobre as possibilidades e limites da intervenção psicológica nos cuidados paliativos, levando em consideração a especificidade desse campo de atuação, a saber, quando o corpo não é mais passível de autodefesa e passa a necessitar constantemente do auxílio do outro, encarnado aqui nas medicações, nos profissionais de saúde e na própria hospitalização. Nesse contexto, os autores propuseram intervenções possíveis que vão desde o uso de recursos de videochamadas, passando pela abordagem do sofrimento de pais de crianças e adolescentes em cuidados paliativos, chegando à necessidade da atenção ao sofrimento da equipe de saúde.

Na última parte desta edição, apresentamos artigos com valiosas reflexões sobre o quanto fundamental é a presença do psicólogo e da psicóloga hospitalar em situações de adoecimento e de necessidade de procedimentos cirúrgicos na infância, bem como tratam da importância de se considerar as especificidades da clínica do infantil quando a prematuridade da criança tem efeitos na construção da parentalidade. Encerramos essa terceira e última parte com um artigo de extrema relevância sobre a decisão de interrupção legal de uma gravidez fruto de abuso sexual e as repercussões psíquicas e sociais que devem ser consideradas para que se possa estabelecer uma ética do cuidado.

Finalmente, leitoras e leitores mais atentos devem ter percebido que este número de nosso periódico está sendo publicado com pouco mais de um mês de atraso. Além disso, desde o primeiro trimestre de 2022 suspendemos a submissão de novos manuscritos. Por isso, nós, da equipe editorial, desculpamo-nos tanto com as associadas e associados da SBPH, bem como com autoras e autores que nos confiam seus manuscritos e sempre valorizaram a seriedade e a transparência do nosso processo editorial.

Cabe ressaltar que, desde o fim do ano passado, a **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar** está passando por um processo de atualização e aprimoramento da sua política editorial. A publicação agora conta com um site próprio para submissão de manuscritos: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/index> e, a partir do volume 26, irá adotar o sistema de publicação contínua de artigos, dando mais celeridade à divulgação dos trabalhos.

Todas essas mudanças, evidentemente, estão sendo implementadas com a maior rapidez possível e sempre com base no estado da arte da comunicação científica internacional e no respeito e adesão aos mais altos padrões éticos e editoriais. A previsão é de que em meados de

março todo esse processo esteja finalizado e a submissão de manuscritos restabelecida. Desde já agradecemos a compreensão de toda a comunidade acadêmica pelos eventuais atrasos na publicação de trabalhos e na tramitação de manuscritos.

Dessa forma, termino esse editorial sublinhando que a **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar** é fruto da dedicação, do trabalho e do entusiasmo de nossas comissões executiva e editorial, bem como de nossos pareceristas. Assim, em nome de todos, faço votos para que os artigos desta edição contribuam de forma significativa para a psicologia hospitalar e para a comunidade acadêmica como um todo.

Cordialmente,
Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Editor-Chefe da Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar

A vivência do luto em familiares de pacientes internados pela COVID-19*

The experience of mourning in family members of patients hospitalized by COVID-19

Thaina Aparecida Barbosa Rocha¹
Vitória Freitas de Souza²
Viviane de Fátima Dias da Silva³
Ana Cristina de Oliveira Almeida⁴

Resumo

Esta pesquisa objetivou identificar, descrever e examinar o fenômeno do luto na experiência dos familiares de pacientes internados em um hospital escola, com suspeita e/ou diagnóstico confirmado de COVID-19. Trata-se de um estudo retrospectivo, configurando-se como relato de pesquisa. A amostra constitui-se como de conveniência, foram utilizados dados obtidos pela assistência prestada aos familiares, sendo ao todo, um público adulto. Foram analisados 385 atendimentos que continham discursos relacionados ao luto de 136 familiares. Utilizou-se a análise temática de Bardin para análise dos resultados. Os instrumentos correspondem à entrevista semidirigida e planilha de dados. Verificou-se a manifestação de discursos associados à vivência do luto, relacionada ao afastamento físico e temor do falecimento do paciente, bem como a mudanças no cotidiano dos familiares assistidos. Conclui-se que a vivência do luto foi recorrente na experiência da população atendida. O acompanhamento psicológico orientou-se à mitigação do sofrimento emocional e à prevenção do luto complicado.

Palavras-Chave: covid-19; luto; psicologia hospitalar.

Abstract

This research aimed to survey, identify and describe the mourning of family members of patients interned in a teaching hospital, with suspected and/or confirmed diagnosis of COVID-19. This is

¹ Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – rochaathaina@gmail.com

² Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Carapicuíba/SP – psivitoriasouza@gmail.com

³ Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP – diass.viviane@gmail.com

⁴ Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP – ana.coalmeida@hc.fm.usp.br

* Agência de fomento: FUNDAP – Fundação do desenvolvimento administrativo.

a retrospective study, formed as a research report. The sample was formed as a convenience sampling, using data obtained from the assistance provided to adult family members. The analysis comprised a total of 385 attendances related to the mourning of 136 family members. Bardin's thematic analysis was used to analyze the results. The instruments correspond to a semi-structured interview and a data sheet. It was verified discourses associated with the experience of mourning, related to physical withdrawal and fear of the patient's death, as well as changes in the daily life of the family members. It is concluded that mourning was recurrent in the experience of the family members. Psychological follow-up was aimed at mitigating emotional suffering and preventing complicated grief.

Keywords: covid-19; mourning; health psychology.

O processo de internação e tratamento de um adoecimento é dotado de implicações e modificações na vida do sujeito e de sua família, sendo compreendido como um momento complexo vivenciado por ambos (Caiuby, 2013). Quando situamos esta experiência no contexto da pandemia de COVID-19, a vivência da internação acaba por infligir maiores limitações, o que por sua vez repercute negativamente sobre o campo psicológico dos sujeitos afetados.

A pandemia de COVID-19 impôs aos familiares a impossibilidade de contato físico com o paciente internado, o que fez com que o sofrimento psicológico desses sujeitos fosse intensificado (Gesi, Carmassi, Cerveri, Carpita, Cremone, & Dell'Osso, 2020). Esse sofrimento se agrava quando o paciente internado evolui a óbito. Tal conjuntura impeliu aos sujeitos perdas em diferentes níveis, manifestando-se diante delas reações emocionais que podem caracterizar o início de um processo de luto.

Bertuccio e Runion (2020) apontam as consequências deletérias geradas pela atual conjuntura na saúde mental da população, afetada por um intenso sentimento de perda e luto, decorrentes das mudanças na rotina e do crescente número de óbitos pela COVID-19. As autoras apontam que a "angústia de incerteza" (Bertuccio & Runion, 2020, p. 87) seria um dos principais sintomas produzidos a partir desta experiência, caracterizando-a como um sentimento de angústia propiciado pela incerteza quanto ao futuro.

Freud (1917/1969), em Luto e Melancolia, discorre sobre as reações dos sujeitos diante de uma perda sofrida, que podem se configurar como um processo de luto ou de melancolia. Ele caracteriza o luto como uma reação à perda de um ente querido, à perda real de um objeto amado que recebeu forte investimento libidinal, como também à perda simbólica, de uma abstração que ocupou o lugar desse objeto. As expressões psíquicas do luto e da melancolia assemelham-se pelo desânimo profundo e penoso, a suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de investir em um novo objeto de amor e a inibição de atividades que não estejam relacionadas ao objeto perdido.

Ainda que o luto abranja a perda de interesse pelo mundo externo, havendo um afastamento do indivíduo do que seria considerado como uma atitude normal diante da vida, ele não é considerado como uma condição patológica. Já para algumas pessoas, as mesmas influências podem suscitar melancolia, e nestes casos, suspeita-se que esses sujeitos apresentam uma disposição patológica. Na melancolia é presente uma diminuição dos sentimentos de autoestima, culminando na expressão de autorrecriminação. Essa última característica não é presente no luto. No luto, é necessário tempo para que o teste da realidade se imponha, para que então o ego consiga libertar o investimento da libido do objeto perdido (Freud, 1917/1969).

Nasio (1997) afirma que a dor presente não se refere diretamente à perda, mas ao trabalho de elaboração do luto, que se compreende como o processo presente na reação à

perda do objeto amado. O processo do luto é descrito por meio de três momentos: inicialmente há necessidade de ocorrer a retomada aos detalhes que interligavam a pessoa enlutada ao objeto perdido, deste modo, há um período de focalização a esse objeto, o investimento na representação que se mostra presente. Em seguida, ocorre o desinvestimento dessa imagem, e por último, há o transporte para o eu da libido que fora destacada da imagem mental desse outro perdido, possibilitando a identificação com a imagem perdida. Pode-se nomear os três momentos da elaboração do luto como superinvestimento, desinvestimento e o transporte do afeto para o eu, ou seja, a identificação (Nasio, 1997).

Kübler-Ross (1996) propõe que diante da iminência de morte o indivíduo vivencia estágios, que caracterizam o processo de luto por se relacionarem à perda, nestes casos, da própria vida. O primeiro estágio seria a negação, etapa em que o sujeito não é capaz de aceitar a realidade da perda. O segundo estágio é caracterizado pela exteriorização do sentimento de raiva, momento em que há o reconhecimento da perda e uma conseqüente revolta pelo fato. Em seguida tem-se o estágio da barganha, definido pelas tentativas do indivíduo de “negociar” o adiamento da perda, que é inevitável. O quarto estágio é manifesto pela depressão, indicado por um intenso sentimento de pesar. E o último estágio, a aceitação, em que há maior tranquilidade e amenidade em face à perda.

A Perda Ambígua, o Luto Antecipatório e o Luto Complicado são apontados por Bertuccio e Runion (2020) como três repercussões emocionais originadas a partir da experiência de perda vivenciada na situação da pandemia atual. A perda ambígua é caracterizada pelas autoras como “(...) presença psicológica e ausência física ou presença física e ausência psicológica”. (Bertuccio & Runion, 2020, p. 2)

Em consonância com o estudo de Wallace, Wladkowski, Gibson e White (2020); Bertuccio e Runion (2020) apontam que o luto antecipatório acontece diante dos inevitáveis questionamentos e presunções sobre as possibilidades de perdas. Cancelamentos ou adiamentos de projetos e celebrações também são mudanças inevitáveis que geram sofrimento. Perante essas possibilidades, os sujeitos podem ser acometidos por sentimentos ansiosos. Já o luto complicado, é caracterizado pelas autoras como um processo que suscita sintomas graves e disfuncionais por meses ou anos após uma perda. Pode se assemelhar a quadros ansiosos e depressivos, mas difere destes por ser uma resposta à perda. “Os sintomas incluiriam saudade do que foi perdido, solidão, ruminação, choque, negação, raiva e desconfiança” (Bertuccio & Runion, 2020, p. 2). Em um contexto de pandemia, tais aspectos podem se manifestar com intensidade.

A relevância do trabalho da psicologia no contexto de luto objetiva auxiliar os indivíduos na elaboração dos sentimentos vivenciados diante da morte, utilizando-se da escuta psicológica dos familiares e paciente, além do suporte à equipe de saúde, tendo como foco o acolhimento (Carr, Boerner & Moorman, 2020; Faria & Figueiredo, 2017).

Diante das informações apresentadas, a pesquisa se faz relevante, visto que destaca e busca esclarecer a importância do cuidado psicológico aos familiares dos pacientes internados, configurando-se como prática preventiva, visando a melhor elaboração do luto e o favorecimento da saúde mental desses sujeitos.

Objetivo

O estudo teve como objetivo identificar, descrever e examinar o fenômeno do luto na vivência dos familiares de pacientes internados com suspeita e/ou diagnóstico confirmado de COVID-19.

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo de natureza exploratória, configurando-se como relato de pesquisa. O estudo utilizou como base os dados oriundos da assistência psicológica prestada às famílias de pacientes internados no Hospital das Clínicas de São Paulo. Para tal, foi construída uma planilha em que as manifestações da experiência de luto foram categorizadas e quantificadas, possibilitando assim a análise qualitativa dos dados obtidos. Buscou-se a compreensão dos dados obtidos a partir dos aportes teóricos da psicanálise. O projeto que deu origem a esse estudo foi encaminhado à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da instituição e foi aprovado por meio da Plataforma Brasil (CAAE: 40977320.7.0000.0068 e número do parecer 4.540.263). Houve também a aprovação do Comitê de Ética de Psicologia responsável do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (COSEP) com número de parecer 05/20.

Critério de Inclusão

Constituirá a amostra os relatos de familiares dos pacientes internados devido à COVID-19 no período de 14/04/2020 a 31/07/2020, que apresentarem idade mínima de 18 anos.

Critério de Exclusão

Serão excluídos desta pesquisa dados de familiares que não aceitaram a realização da primeira entrevista psicológica ou que não atenderam os contatos telefônicos realizados.

Participantes

A amostra configurou-se como de conveniência, uma vez que corresponde ao público atendido durante o período de assistência psicológica, destinada aos familiares dos pacientes internados devido à COVID-19. Foram realizados 469 atendimentos aos 191 familiares acompanhados durante o período de assistência, que ocorreu de 14 de abril de 2020 até 31 de julho de 2020. Desse total, 136 familiares apresentaram discurso relacionado ao luto, casuística que compõe os dados a serem analisados neste trabalho. O número total de atendimentos analisados é de 385.

Instrumentos

Entrevista Semidirigida (Anexo A)

O formulário de atendimento ao familiar consiste em eixos temáticos que foram utilizados para análise. Utilizaram-se apenas aqueles que têm relação com o objetivo de investigação deste estudo, conforme a seguir:

A. Dados de caracterização (sócio demográficos); B. Avaliação situacional (compreensão da demanda psicológica); C. Plano terapêutico do familiar atendido, assim como, as informações referentes aos atendimentos pós-óbitos.

Planilha

Foram utilizados os dados de anotações das entrevistas semidirigidas, obtidos por meio da assistência prestada aos familiares, a partir das anotações dos psicólogos responsáveis

pelo estudo. Tais dados constituíram uma planilha, composta pelo discurso dos participantes do estudo, objetivando a categorização e análise dos dados.

Procedimentos

Coleta de Dados

Foram utilizadas as informações adquiridas por meio da assistência psicológica prestada aos familiares de pacientes em situação de internação devido à COVID-19. Tais informações correspondem aos dados oriundos de entrevistas semiestruturadas realizadas no primeiro contato com o familiar, bem como, informações decorrentes dos atendimentos psicológicos de seguimento dos familiares que permaneceram em acompanhamento. Os dados citados foram extraídos das anotações clínicas dos psicólogos responsáveis que realizaram os atendimentos psicológicos, além de uma planilha composta por esses dados.

Deste modo, foi realizada a análise dos dados obtidos utilizando-se da teoria psicanalítica com foco nas manifestações e repercussões do luto. A assistência psicológica realizada estabeleceu um planejamento de atendimento que objetivou a oferta de acompanhamento psicológico aos familiares, por meio da tecnologia. Para a investigação dos objetivos deste estudo foram analisados os casos em que as manifestações relacionadas a processos de luto puderam ser identificadas.

Para realização dos atendimentos psicológicos, foi disponibilizada a opção de atendimento por vídeo, além do contato telefônico.

De acordo com a resolução N^o4¹⁰, de 26 de março de 2020, foi estabelecida a normativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), para a regulamentação da prestação de serviços psicológicos mediante Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia da COVID-19, a prestação de serviços psicológicos através dessas plataformas está condicionada à realização de cadastro prévio na plataforma e-Psi junto ao respectivo Conselho Regional de Psicologia - CRP. Os autores desta pesquisa, também responsáveis pelo atendimento realizado durante a assistência prestada, foram devidamente cadastrados nesta plataforma, estando assim habilitados e autorizados a realizar os atendimentos online e por meio de aparelho telefônico.

Os atendimentos ocorreram a partir da técnica de orientação psicológica utilizada em situações de crise ou emergência, com enfoque no contexto hospitalar, intervindo em favor da estabilização emocional e organização psíquica dos sujeitos atendidos, como propõem Schmidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva e Demenech (2020).

Aspectos Éticos – Processo de Consentimento Livre e Esclarecido

Trata-se de trabalho retrospectivo que não necessita de identificação dos pacientes ou instituição, utilizando material já coletado. A partir do método de análise, compreende-se e explicita-se que o anonimato dos discursos apresentados pelos familiares será mantido, preservando o sigilo dos atendimentos realizados, bem como, respeitando o contexto de atuação envolto por situações de luto. Deste modo, houve a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Análise dos dados

Realizou-se o levantamento quantitativo dos dados obtidos. A análise qualitativa dessas informações foi feita a partir do referencial teórico da psicanálise.

Análise Quantitativa

Foi realizada a análise quantitativa dos dados sociodemográficos obtidos, como por exemplo, idade dos participantes, sexo e constituição familiar. As variáveis qualitativas, que correspondem aos conteúdos apresentados no discurso dos participantes, também foram analisadas quantitativamente em sua frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), após a tabulação dos dados, possibilitando o cálculo de média. Objetivou-se analisar, em seguida, os dados quantitativos em conjunto aos dados qualitativos.

Análise Qualitativa

A partir dos dados obtidos, foram identificadas as manifestações do luto diante da internação do familiar em situação de pandemia. Todo o conteúdo discursivo foi categorizado para análise qualitativa, utilizando a análise de conteúdo.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada por meio da Análise Temática proposta por Bardin (1977/2006), na qual o objetivo é possibilitar a interpretação do conteúdo do discurso, quantificando o conteúdo manifesto das respostas à questão proposta.

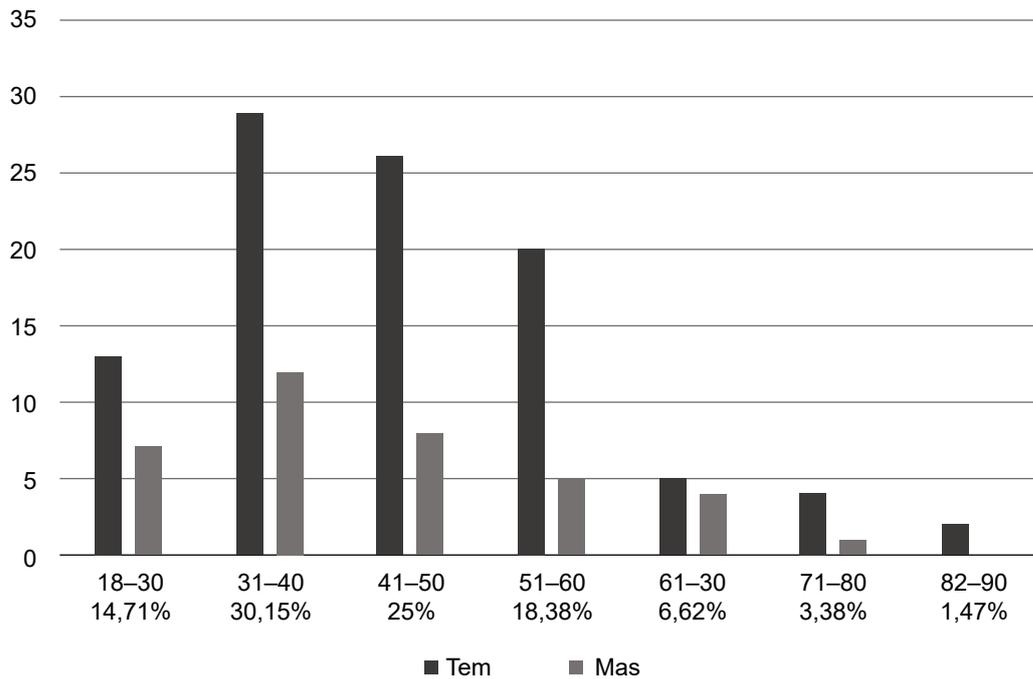
Resultados

Foram analisados os dados correspondentes aos familiares que apresentaram discurso ou manifestações relacionadas ao luto. Desse modo, foram analisados dados correspondentes a 113 famílias no total. Foi disponibilizado o acompanhamento psicológico a 136 familiares, e deste total, ao final do atendimento inicial, 15 familiares não aceitaram seguir em atendimento, correspondendo a 11,03%, enquanto 121 aceitaram e seguiram em atendimento psicológico.

Ao todo, foram realizados 385 atendimentos, com média de 2,83 atendimentos por familiar. Os atendimentos foram feitos via contato telefônico em sua totalidade. Foi ofertada a possibilidade de se realizar os atendimentos através de aplicativos de comunicação que possibilitasse a videoconferência, como WhatsApp e Skype, porém, observou-se unanimidade na preferência pelo atendimento via telefone. Dessa forma, diante da impossibilidade dos familiares ao uso de outras mídias, devido à indisponibilidade de recursos ou por sua preferência em seguir com a modalidade de atendimento inicial, os atendimentos foram realizados através de contato telefônico.

Quanto ao gênero, 72,79% (99/136) dos familiares atendidos foram mulheres, versus 27,21% (37/136) dos familiares do gênero masculino. Ao todo, 40,44% (55/136) de famílias tinham crianças em seu núcleo familiar. Foi possível identificar que desta totalidade, apenas 10,29% (14/136) das famílias apresentaram dificuldade no manejo com as crianças, tanto em relação à situação de pandemia quanto às informações relacionadas à hospitalização do paciente. O maior público atendido correspondeu aos familiares com idade entre 31 a 40 anos, com total de 30,15% (41/136), seguido do intervalo de 41 a 50 anos, que correspondeu a 25% (34/136) dos familiares. Os dados integrais a respeito do sexo e idade dos familiares são apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1
 Sexo e Idade dos Familiares Atendidos



Em relação ao parentesco dos familiares atendidos, verificou-se o predomínio dos filhos (as) e noras em 46,32% (63/136), companheiros (as) amorosos 27,21% (37/136) e irmãos (ãs) em 11,03% (15/136), enquanto outros familiares (mães, netos, sobrinhos, primos, ex-companheiras, sogra, pai, tia e cuidadora) atingiram o total de 15,44% (21/136).

Na entrevista inicial observou-se que 11,76% (16/136) dos familiares apresentaram diagnóstico anterior de transtornos mentais e acompanhamento psiquiátrico. Referente à ocupação laboral, 58,09% (79/136) dos familiares atendidos estavam trabalhando e com algum tipo de renda, enquanto 27,94% (38/136) não apresentavam atividade laboral, restando 13,97% (19/136) de familiares que não referiu a situação profissional durante os atendimentos.

Em relação à presença de diagnóstico e sintomas da COVID-19, constatou-se o total de 11,76% (16/136) familiares com diagnóstico confirmado, 16,18% (22/136) familiares citaram a presença de sintomas, porém sem confirmação. Em 36,03% (49/136) familiares houve manifestação de dúvidas sobre a internação e/ou quadro clínico do paciente, assim como temores e dúvidas quanto à COVID-19. Em ambos os casos, os familiares receberam orientações acerca da necessidade de procurar atendimento médico em caso de piora dos sintomas, bem como esclarecimentos acerca dos sintomas indicativos da COVID-19 e as precauções necessárias para evitar a contaminação e possível propagação do vírus, como a manutenção do isolamento social, evitar compartilhar objetos pessoais e o uso correto da máscara.

No atendimento inicial realizado identificou-se no discurso dos familiares manifestações relacionadas ao luto, isto é, conteúdo relacionado às diversas perdas ocorridas durante o período de pandemia. Por vezes, o mesmo familiar apresentou mais de uma demanda durante o atendimento psicológico, por exemplo, sofrimento em razão do afastamento de seu familiar e/ou temor de sua morte e a interrupção de planos pessoais. Tais queixas são apresentadas na Tabela 1 (Queixas e manifestações de luto).

Tabela 1
Queixas e Manifestações de Luto

Discurso	%	n
Afastamento/ perda de contato/ temor da morte do familiar	86,76	118/136
Afastamento / perda do emprego	23,53	32/136
Interrupção de planos pessoais	19,85	27/136
A perda da possibilidade de ir e vir/Perda das atividades de lazer	23,53	32/136
Distúrbio do sono e da alimentação	49,26	67/136
Preocupações com outros familiares do âmbito familiar	30,88	42/136
Dúvidas sobre a internação/quadro clínico/ Temores e dúvidas quanto à COVID-19	36,03	49/136

No enfrentamento da angústia suscitada pelas queixas e sintomas descritos acima, foram identificados os mecanismos de defesa utilizados pelos familiares, com maior frequência, para lidar com as situações de luto que se apresentaram. Do mesmo modo, a partir dos discursos dos familiares atendidos, objetivou-se identificar e compreender quais recursos de enfrentamento eram utilizados.

Com relação aos pacientes internados que tiveram suas famílias atendidas, a partir das quais foram analisados os dados nesse estudo, receberam alta hospitalar 63,97% (87/136) e 36,03% (49/136) evoluíram para óbito. No desfecho dos atendimentos 33,09% (45/136) dos familiares apresentaram demanda para seguimento com atendimento psicológico e/ou psiquiátrico. Sendo assim, os devidos encaminhamentos foram realizados. Foram realizados encaminhamentos a serviços externos para assistência em saúde mental, devido ao término do vínculo com o hospital naquele momento, bem como à necessidade de seguimento e acompanhamento psicológico, em razão da permanência de demandas relacionadas a manifestações de luto. Dispositivos de saúde com oferta de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico foram mapeados para o direcionamento destes familiares, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que fossem referência ao território de suas residências. Outra modalidade foram os serviços de atendimento online disponibilizados especialmente para responder às demandas que surgiram durante o período da pandemia.

A partir dos resultados quantitativos apresentados, foi possível observar e compreender conteúdos manifestos nos discursos dos familiares atendidos relacionados a processos psíquicos que se referem à manifestação de luto. Criou-se, deste modo, categorias de análise correspondentes às queixas apresentadas, às manifestações do luto, aos mecanismos de defesa apresentados e aos recursos de enfrentamento utilizados.

Discussão

Queixas

Diante dos resultados obtidos, foi possível analisar o discurso dos sujeitos atendidos a partir de suas queixas mais frequentes. Foram identificados os sentimentos de angústia manifestados por esses sujeitos frente à situação de internação de seu ente querido, que se intensificaram com o isolamento social e a impossibilidade de visita aos pacientes hospitalizados no contexto de pandemia. No total, 68,38% (93/136) dos familiares atendidos manifestaram sentimentos de angústia diante deste contexto. Outra queixa que surgiu em 36,03% (49/136)

dos casos foram as dúvidas e temores referentes ao quadro clínico do familiar internado e às formas de transmissão da COVID-19. Foi possível identificar, que nestes casos, os familiares temiam tanto um desfecho desfavorável ao seu ente querido, quanto uma ameaça à sua própria existência. Laplanche e Pontalis (2001) apresentam o conceito utilizado por Freud no quadro da sua segunda teoria da angústia: “angústia perante um perigo exterior que constitui para o sujeito uma ameaça real.” (p.26).

Neste cenário, a angústia se refere ao afeto que mobiliza o sujeito, impactando em um sofrimento emocional importante. Os sujeitos que relataram tal sintoma apresentavam uma desorganização frente às atividades do cotidiano e de autocuidado. Foram mencionadas em 49,26% (67/136) dos casos dificuldades em se estabelecer um sono regular e saudável, como também sintomas de inapetência. Os sujeitos que manifestavam reações de angústia, apresentavam dificuldade em nomear o que estavam sentindo diante da falta de seu familiar. Essa falta demarca a manifestação de aspectos condizentes com a experiência de luto.

Manifestações do luto

O processo de luto envolve diferentes e amplos aspectos, como se propôs introduzir neste trabalho. Surge a partir da perda de um objeto, ou como no caso do luto antecipatório, surge a partir da possibilidade e aproximação de uma potencial perda (Wallace et al., 2020). Durante a pandemia de COVID-19, inúmeras foram as perdas diárias com as quais a população se deparou, e ao mesmo tempo, foi chamada a enfrentar.

Pode-se compreender que a primeira perda presente, diante da necessidade do isolamento social, correspondeu à ausência de liberdade. A população foi orientada a permanecer em suas residências. A experiência do isolamento gera impactos negativos na vivência emocional dos indivíduos (Wallace et al., 2020). Essa vivência desencadeou intenso sofrimento na população, tal sofrimento é inerente ao processo de luto. Nasio (1997) descreve e compreende o processo de luto como doloroso, pois advém da reação à perda de um objeto amado. A partir das concepções de Freud, o autor discute que a dor presente no processo de luto, não corresponde diretamente à dor de perder um objeto, mas de ter presente a representação de um objeto que se mostra ausente.

Em reflexão sobre as perdas atuais, é possível identificar o enfraquecimento de vínculos sociais e a perda da gratificação afetiva presente nas relações sociais e profissionais. Esse aspecto é identificado no afastamento da rotina de trabalho e da rotina diária, diante da necessidade de se manter em casa. Na amostra deste estudo, 23,53% (32/136) dos familiares afastaram-se de seu emprego. A mesma porcentagem de familiares relatou sofrimento decorrente da impossibilidade de sair conforme sua vontade ou de realizar atividades de lazer devido a pandemia de COVID-19. Eventos estressantes, o isolamento social, bem como, o enfraquecimento de vínculos são fatores que podem agravar o processo de luto (Carr et al., 2020). Deste modo, compreende-se que a forma de vivência do luto modificou-se durante o período de pandemia, devido ao risco de seu agravamento (Singer, Spiegel & Papa 2020).

A interrupção de planos pessoais se mostrou presente no discurso de 19,85% (27/136) dos familiares. Momentos significativos como o planejamento de eventos importantes foram impossibilitados ou tiveram de ser adiados, não somente pela situação de pandemia, mas pela própria internação do ente querido e as preocupações que esse período proporcionou aos familiares.

No estudo de Ishikawa (2020), buscou-se compreender como os idosos têm enfrentado o período de pandemia, podendo ser observado a presença da interrupção de planos pessoais no relato de um de seus participantes, como é ilustrado pelo autor na frustração de uma mulher de 75 anos que se mudaria para a praia, junto de sua filha, mas não o pode devido a sua contaminação por COVID-19.

O sofrimento presente devido à impossibilidade de visita aos pacientes internados também se mostrou como aspecto significativo apresentado pelos familiares. No total, 86,76% (118/136) dos familiares referiram sofrimento diante da perda do contato físico com seu familiar. O distanciamento e a perda de contato compreendem-se como outra forma de manifestação do processo de luto relacionado às diversas experiências de perda na pandemia. Mesmo cientes das impossibilidades geradas pela COVID-19, os familiares questionavam os motivos do impedimento de visitas. A ausência da visita e acompanhamento do familiar internado, é apresentada por Gesi et al., (2020) como um complicador do processo de luto, caso haja o falecimento do paciente, e assim é um fator que contribui para a aparição do luto complicado.

Outros fatores também são importantes na possibilidade de aparição de dificuldades na elaboração do luto. A impossibilidade da despedida apresentou-se como angustiante para os familiares atendidos que temiam o falecimento de seus entes, tanto para os familiares que se depararam com a possibilidade do óbito confirmada pela equipe médica, quanto aos familiares dos pacientes internados e em recuperação que não tinham essa confirmação. O temor do falecimento mostrou-se em 86,76% (118/136) dos familiares atendidos. Wallace et al., (2020) e Gessi et al., (2020), apontam que a impossibilidade de despedida corresponde a um fator que possibilita a aparição do luto complicado. O temor da morte mostrou-se frequente, em relação aos pacientes internados e aos próprios familiares, quando refletiam sobre a possibilidade de contaminação e se depararam com a sua finitude.

Durante o acompanhamento e atendimentos psicológicos realizados, objetivou-se proporcionar o trabalho ao luto antecipatório com propósito de intervir preventivamente no surgimento do processo de luto complicado, tendo em vista o alto risco de óbito apresentado pelo quadro de COVID-19 dos pacientes internados. Wallace et al., (2020), define o luto complicado por suas características mal adaptativas, permeado por sentimento de intenso desgosto, impedindo que o indivíduo lide com sua perda de maneira natural. Deste modo, buscou-se realizar o acolhimento do familiar em processo luto de modo a tornar esse momento significativo e passível de elaboração. Conversar com os familiares sobre a vida do falecido, ouvir histórias e memórias da pessoa que partiu, mostra-se como uma conduta necessária nesse momento (Carr et al., 2020).

Ao todo, 22,06% (30/136) da amostra receberam atendimento psicológico pós-óbito do paciente internado. Nos casos em que houve indicativos que sugeriam o início de um processo de luto complicado (Bertuccio & Runion, 2020), como discursos em que predominavam a ausência de suporte afetivo; dificuldade de encontrar recursos de enfrentamento; sintomas depressivos como ideias de culpa, inutilidade, e perspectiva pessimistas e irreais sobre o futuro; sentimento de solidão, expressão de pensamento ruminativo ou negacionista, relacionado à doença e à própria morte do paciente; foram realizados mais de um atendimento.

Além dos atendimentos pós-óbito, 33,09% (45/136) dos familiares atendidos receberam encaminhamento para continuidade do acompanhamento em serviços de saúde mental. Nos casos em que houve a manifestação de repercussões emocionais que predisporia a manifestação do luto complicado, os familiares foram encaminhados para continuidade do acompanhamento psicológico através da UBS e/ou pelos serviços de atendimento psicológico online, oferecidos por instituições de tratamento para saúde mental. Os familiares que já apresentavam transtornos mentais ou de comportamento, que ainda não recebiam atendimento psiquiátrico regular, receberam encaminhamento para início do acompanhamento em CAPS e/ou serviços ambulatoriais destinados ao tratamento em saúde mental da região a qual pertencia o familiar.

Mecanismos de Defesa

A experiência de permanecer afastado de um ente querido, sob o risco de perdê-lo, mostrou-se como vivência ameaçadora, gerando intensas repercussões emocionais para os

familiares dos pacientes internados. Foi observado que alguns deles recorriam a mecanismos de defesa como forma de proteção diante da intensidade da experiência vivida. A repressão (ou supressão), apresentada por 10,29% (14/136) dos familiares atendidos, manifesta-se pela tentativa consciente de retirar do campo psíquico um afeto ou ideia que cause desconforto ao sujeito (Roudinesco & Plon, 1998). Nos casos onde a mesma foi verificada, os familiares costumavam dedicar-se a atividades ou práticas em que pudessem focar a atenção, numa tentativa de “silenciar” o afeto incômodo.

A negação, observada no discurso de 6,62% (9/136) dos familiares, é definida como a ação de negar como seu um desejo, uma ideia ou afeto, pelo desconforto gerado ao assumir tais conteúdos como próprios (Laplanche & Pontalis, 2001). Esse mecanismo foi observado quando os familiares se negavam a reconhecer a gravidade do quadro clínico do paciente, ou mesmo a patologia que motivou a internação do mesmo, isso pela perturbação psíquica que tal reconhecimento geraria. Outro mecanismo de defesa observado foi a projeção, entendida enquanto método cujo sujeito localiza no outro seus desejos e afetos, que não são identificados como seus (Roudinesco & Plon, 1998). Observou-se em 5,88% (8/136) da amostra discursos em que a consternação emocional era observada em outro familiar, quando na verdade, no decorrer dos atendimentos verificou-se que o familiar atendido era quem apresentava dificuldade em vivenciar a experiência, sendo uma saída inconsciente reconhecer esta fragilidade no outro, no caso, os demais familiares do paciente.

Recursos de Enfrentamento

Luna e Moré (2020), em estudo com familiares enlutados, definem que “os recursos de enfrentamento no luto se referem aos comportamentos de apoio utilizados pelos participantes para a elaboração de um luto.” (p. 99). Observa-se que o indivíduo lança mão de tais recursos a fim de diminuir o impacto emocional causado por determinada situação, suportando assim vivenciá-la. O que definirá quais mecanismos serão utilizados serão as características próprias do indivíduo e os recursos disponíveis em seu meio (Luna & Moré, 2020). Em se tratando dos recursos de enfrentamento, os mais utilizados pelos familiares atendidos foram a busca de apoio social (61,03% 83/136), o estabelecimento de rotina (50,74% 69/136), a religião (51,47% 70/136) e o desenvolvimento de práticas de autocuidado (19,12% 26/136).

A busca de apoio social caracterizou-se pela tendência dos familiares a procurarem suporte afetivo e emocional em outras pessoas da família, em amigos ou na comunidade à qual pertenciam, sendo o apoio recebido descrito como fator importante para manutenção do bem-estar psicológico e redução da tensão. Kübler-Ross (1996) corrobora com tal compreensão quando afirma que o investimento no suporte afetivo oferecido por amigos e pessoas próximas, favorece a expressão da vivência dos familiares e os ajuda a mitigar suas dores. A tentativa de envolver-se em atividades e afazeres, ou continuar seguindo a rotina estabelecida antes da internação do paciente, demonstrou ser um recurso frequentemente utilizado pelos familiares atendidos. Neste caso, destaca-se a busca desses indivíduos por alguma atividade ou tarefa que lhes possibilitasse focar em algo além da internação do ente querido.

A prática de atividades de autocuidado também se fez presente no discurso dos familiares. Compreendemos tais práticas como aquelas definidas pelos indivíduos como mantenedoras ou propiciadoras de bem-estar emocional. Kubler-Ross (1996) defendeu a importância de que os familiares se dedicassem a atividades de gratificação própria, mudando por algum período o foco de suas vidas, que na maior parte do tempo se dirige ao paciente adoecido, algo maléfico para ambos, em muitos casos.

Observou-se que o contato com a religiosidade assume papel valoroso diante do impacto emocional causado pela internação ou óbito do ente querido, possibilitando aos mesmos vivenciar a experiência e atribuí-la a um sentido suportável. Dentre as práticas religiosas,

as orações, a participação em cultos online, grupos de oração e louvores foram as mais apresentadas. Como assinala Kovacs (2007), “a busca religiosa tem relação com a situação existencial do homem, na qual as questões de vida e morte têm um lugar preponderante.” (p. 247). A mesma autora assinala ainda que a religiosidade se faz presente em situações limite, em que há intenso sofrimento psicológico, por favorecer a contemplação e reflexão sobre as experiências as quais os sujeitos vivenciam (Kovacs, 2007).

O oferecimento de uma escuta ativa e acolhedora, embasada pela compreensão psicanalítica do ser, possibilitou aos familiares atendidos um espaço para expressarem conteúdos psíquicos represados, convocando-os a colocar em palavras suas dores, preocupações, medos e anseios, o que contribuiu para a sua estabilização emocional, bem como para um melhor enfrentamento da situação de internação, adoecimento e morte do ente querido. Como ressalta Monteiro (2019) “(...) a escuta do sofrimento psíquico se torna necessária, pois é ela que, em algum ponto, possibilita sua elaboração...” (p. 294). Ao todo, 33,06% (45/136) dos familiares atendidos foram encaminhados para continuidade de acompanhamento em saúde mental após o encerramento da assistência psicológica proposta, isto é, após o óbito ou alta do familiar internado.

É importante salientar que a atuação realizada junto aos familiares também teve caráter psicoeducativo, uma vez que foram realizadas orientações aos familiares sobre a COVID-19 e sobre o funcionamento da instituição, configurando-se igualmente como fatores mitigadores de sofrimento emocional, visto que a falta de esclarecimento sobre a doença e o processo de hospitalização do ente querido suscitavam sentimentos de angústia e preocupação nos familiares. Como pontuam Singer et al., (2020), “psicólogos que trabalham em ambientes hospitalares têm demonstrado atuar como mediadores da comunicação entre pacientes, suas famílias e profissionais de saúde e fornecer psicoeducação aos membros da família” (p.91).

Dentre os 191 familiares atendidos durante o período de assistência, foram encontrados e analisados os dados correspondentes aos familiares que apresentaram discurso ou manifestações relacionadas ao luto. Deparamo-nos com 136 familiares que apresentaram processos psíquicos que envolvem o luto, correspondente a 71,2% (136/191), número que compôs a nossa amostra.

Dentre os processos psíquicos relacionados ao luto, observamos que a população estudada se utilizou de mecanismos de defesa no intuito de lidar com as situações de conflito que envolveram tais vivências. Foi possível identificar os processos de repressão, negação e projeção. Na tentativa de elaboração das vivências acerca do luto, foi constatado que os familiares buscaram formas de enfrentamento como recurso, que podemos destacar como as mais recorrentes: a busca de apoio social, o uso da religião, atividades de autocuidado e o seguimento da rotina.

O intenso sofrimento dos familiares diante das perdas sofridas devido ao contexto de pandemia e de internação hospitalar do ente querido foi notoriamente identificado, tendo demonstrado a necessidade e importância de oferecer a essas pessoas suporte psicológico, a fim de que as repercussões psíquicas fossem atenuadas e não gerassem outros agravos. Nesse sentido, nossa atuação se dirigiu à mitigação do sofrimento dos familiares, a fim de lhes possibilitar maior bem-estar e prevenir o agravamento destes quadros.

O aspecto preventivo de nossa atuação também foi observado, uma vez que foram diagnosticadas situações de risco psicológico e vulnerabilidade social ou, no caso de familiares com diagnóstico de transtorno mental, sem acompanhamento regular. Foi observada uma tendência ao luto complicado entre os indivíduos que apresentavam histórico de transtorno psiquiátrico ou sintomas atuais condizentes, mas sem tratamento adequado. Nestas situações, foram realizadas orientações e encaminhamentos para que tais indivíduos pudessem ser acompanhados de forma integral.

Evidenciou-se que os familiares assistidos se beneficiaram do atendimento ofertado por meio da tecnologia da informação, pois, além do maior alcance através dessa abordagem, eles puderam ser suportados e acolhidos sem que precisassem circular e se expor ao risco de contaminação.

Quanto às limitações da pesquisa, identifica-se a brevidade do acompanhamento psicológico ofertado aos familiares, que cerceou a quantidade de conteúdos narrativos referentes ao luto possíveis de serem identificados e categorizados. Outro limitador foi a rotina efêmera que constitui o ambiente hospitalar e a escassez de recursos materiais para melhor produção da pesquisa. Por fim, ainda que tenham se mostrado efetivas, visto o número de sujeitos aderentes ao atendimento psicológico, as sessões realizadas por telefone impediram que fosse possível verificar elementos comportamentais apresentados pelos sujeitos, o que também comporia dados relevantes acerca da experiência vivida pelos mesmos.

Sugerimos para trabalhos futuros analisar as repercussões psíquicas e culturais, não só imediatas, mas a longo prazo, destas perdas sofridas. Outro fator observado se refere à predominância da mulher exercendo o papel de cuidadora, aspecto que poderá ser discutido em futuros estudos.

Referências

- Bardin L. (2006). *Análise de conteúdo. [Content Analysis]* L. de A. Reto & A. Pinheiro (trads.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1977).
- Bertuccio, R. F. e Runion, M. C. (2020). Considering Grief in Mental Health Outcomes of COVID19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, pp.1-3. <https://doi.apa.org/fulltext/2020-37338-001.pdf>.
- Caiuby, A. V. S. (2013). Intervenções psicológicas em situação de crise. *[Psychological interventions in crisis situation]* In P. B. A. Andreoli, A. V. S. Caiuby & S. S. Lacerda (Orgs.), *Psicologia Hospitalar* (pp. 99-121). São Paulo: Editora Manole.
- Carr, D. Boerner, K. Moorman, S. (2020). Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. *Journal of Aging & Social Policy* 32(4), pp. 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). Resolução Do Exercício Profissional Nº 4, De 26 De Março De 2020. *[Federal Council of Psychology. (2020). Resolution of Professional Practice No. 4, of March 26, 2020.]* <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao>
- Faria, S. S. & Figueiredo, J. S. (2017). Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 44-66. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005
- Freud, S. (1969). *Luto e melancolia. [Mourning and Melancholia]* (Obras completas v.14., C. M. Oiticica & V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. Obra original publicada em 1917.
- Gessi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M. & Dell'Osso, L. (2020) Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Front. Psychiatry* 11:489. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00489/full>
- Ishikawa, R. Z. (2020). I may never see the ocean again: Loss and grief among older adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S85-S86. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000695>.
- Kovacs, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia - cuidados compartilhados. *[Spirituality and psychology - shared care] O mundo da saúde*, v. 31(2), 246-255. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf

- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer [On death and dying]* (7a. ed.; P. Menezes, trad.). São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2001). Vocabulário de Psicanálise. [*The language of Psychoanalysis*] (4ª Ed.; P. Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Luna, I. J. & Moré, C. L. O. O. (2020). Redes pessoais significativas e os recursos de enfrentamento no luto. [*Significant Personal Networks and the Resources for coping with bereavement*] *Saúde & Transformação Social*, v. 11(1), 91-104.
<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5337>
- Monteiro, M. C. (2019). O adoecer. [*To get ill*] In J. Quayle (Org.). *Demandas Subjetivas em Urgências e Emergências: Avaliação e Intervenção*. (pp. 295-308). São Paulo: Editora dos Editores.
- Nasio, J. D. (1997). A dor do luto. *O livro da dor e do Amor [The book of love and pain]* (In L. Magalhaes, trad., pp. 158-168).
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise [Dictionary of Psychoanalysis]* (1ª Ed.; V. Ribeiro, L. Magalhães, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). [*Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19)*] *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063., p. 1-13.
<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Singer, J., Spiegel, J. A., & Papa, A. (2020). Preloss grief in family members of COVID-19 patients: Recommendations for clinicians and researchers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), pp. 90-93. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000876>.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), p. 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>

Thaina Aparecida Barbosa Rocha – Psicóloga Especialista em Psicologia Hospitalar.

Vitória Freitas de Souza – Psicóloga Especialista em Psicologia Hospitalar.

Viviane de Fátima Dias da Silva – Psicóloga Especialista em Psicologia Hospitalar.

Ana Cristina de Oliveira Almeida – Psicóloga Mestre pela USP, psicóloga supervisora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCFMUSP.

Os efeitos do desamparo psíquico em profissionais da saúde no atendimento de pacientes com COVID-19*

The effects of psychic helplessness in health professionals in the care of patients with COVID-19

Lucas Jivago Lourenço Franco¹
Debora Lydinês Martins Corsino²
Sílvia Nogueira Cordeiro³

Resumo

A infecção COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, foi responsável por uma pandemia de escala mundial, ocasionando grande impacto na sociedade como um todo, especialmente no âmbito da saúde. No que se refere aos profissionais da linha de frente no combate contra o vírus, sabe-se que eles foram uma das primeiras classes de trabalho afetadas pelo novo cenário. Nesse sentido, a presente pesquisa objetivou compreender os efeitos na saúde mental dos profissionais de saúde que vivenciaram o processo de cuidado de pacientes adoecidos pela COVID-19. O delineamento do estudo apresentou-se como descritivo, de natureza clínico-qualitativa. Utilizou-se de entrevistas semidirigidas, com questões abertas direcionadas a sete profissionais da saúde que atuavam no contexto de pandemia da COVID-19 em hospitais do Paraná. Os resultados e a discussão foram apresentados em forma de categorias, que foram estudadas a partir do método da análise de conteúdo de Bardin. Foi possível compreender que as vivências do ofício hospitalar para aqueles presentes na linha de frente da pandemia foram marcadas pelo desamparo psíquico, que trouxe sofrimento aos profissionais de saúde, decorrente das especificidades do tratamento dos pacientes com COVID-19, excesso de casos e falta de amparo dos órgãos competentes.

Palavras-chave: coronavírus; pandemia; profissionais da saúde; saúde mental.

Abstract

The COVID-19 infection, caused by the SARS-CoV-2 coronavirus, was responsible for a worldwide pandemic, causing great impact on society as a whole, especially in the field of health. Regarding the professionals struggling against the virus in the frontline, it is known that they were one of the first working classes affected by this new scenario. Thereby, the present research aimed to

¹ Universidade Estadual de Londrina – Londrina/PR – lucasjivagolfranco@gmail.com

² Universidade Estadual de Londrina – Londrina/PR – deboralydines.mc@gmail.com

³ Universidade Estadual de Londrina – Londrina/PR – silvianc@uel.br

* Agência de Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

understand the effects on the mental health of health professionals who experienced the process of caring for ill patients with COVID-19. The study design was presented as descriptive, of a clinical-qualitative nature. Semi-structured interviews were used, with open questions directed at seven health professionals who worked in the context of the COVID-19 pandemic in hospitals in Paraná. The results and discussion were presented in the form of categories, which were studied using the method of content analysis by Bardin. It was possible to understand that the hospital professional experiences, for those present on the front line of the pandemic, were marked by psychological overload, which brought suffering to health professionals, resulting from the specificity of treating COVID-19 patients, excess of cases and lack of support from the responsible agencies.

Keywords: coronavirus; pandemic; healthcare professionals; mental health.

Introdução

O Sars-CoV-2, vírus responsável por causar a infecção que se popularizou como COVID-19, teve seus primeiros casos anunciados em dezembro de 2019 (WHO, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia no início de 2020, sob o cenário de 110 mil casos distribuídos em 114 países. No Brasil, declarou-se Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no início de fevereiro de 2020, devido à rapidez do contágio da doença, que influenciou de maneira significativa a vida de bilhões de pessoas em todo o planeta (Brasil, 2020).

Destaca-se que, no momento do presente estudo, com a coleta tendo sido interrompida em maio de 2021, não havia ampla disponibilidade de vacinas e a dificuldade de encontrar um tratamento comprovadamente eficaz para o coronavírus fez da estratégia de distanciamento social a medida mais importante na intervenção para o controle do vírus. No entanto, essa estratégia não se aplica às equipes de assistência à saúde, principalmente para os profissionais que estão no cuidado direto de pacientes com suspeita ou com diagnóstico confirmado de Covid-19 (Teixeira et al., 2020).

A exposição direta aos pacientes infectados fez dos profissionais hospitalares grupo de risco para a doença, sendo também afetados por fatores como cansaço físico, estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde. Situação que traz como consequência um aumento significativo de sofrimento psíquico nestes profissionais (Teixeira, et al. 2020).

Esses fatores têm íntima relação com o cenário contemporâneo de crise econômica mundial, acenado pela expansão do modo de produção capitalista e neoliberal, que possibilitou processos de reorganização dos Estados marcados pelo desmonte das políticas sociais, aprofundamento da precarização do trabalho, retirada de direitos e ataques à democracia, pesquisa, educação e meio ambiente. Criou-se, portanto, um contexto propício para uma pandemia devastadora, que atingiu boa parte da população mundial afetada por não possuir condições mínimas para realizar o isolamento social, devido a situações precárias de trabalho, saúde e moradia (Pinto & Cerqueira, 2020).

Essa precariedade diz respeito à implementação da doutrina neoliberal, que se dá a partir da década de 70, marcada pela entrada do discurso de psicologização no campo econômico e político, trazendo intervenções profundas em relação ao estatuto social do sofrimento nos modos de socialização capitalistas. Esse processo identifica como falha moral a não correspondência das expectativas impostas com o ideal de existência do sujeito do desempenho, o “empresário de si” (Safatle, 2021).

O sujeito, portanto, sofre de uma eterna sensação de cansaço e insuficiência ao ter sua identidade formada e padronizada a partir do neoliberalismo. Nesta política do sofrimento,

descobre-se que sua administração adequada e mensurada serve como um forte motor para a produção. Desse modo, faz-se uma gestão individualizada e instrumentalizada do sofrimento psíquico, primando pela supervalorização do consumo e da produção acima do bem-estar social (Dunker, 2021).

É a partir disso que, com a suspensão do “mundo existente” na pandemia, os profissionais da saúde acabam por ser engolidos pelos seus trabalhos, confinando-os em um período de crescentes demandas hospitalares. Essa situação se encaixa nas exigências das políticas neoliberais que, ao seguir uma tendência para além da economia, passa a legitimar sofrimentos úteis para a produtividade, caracterizando tanto os sintomas clínicos quanto o mal-estar existencial (Safatle, 2021).

Nesse contexto, os profissionais da saúde foram requeridos a atender demandas desgastantes, acentuadas pelo descaso dos órgãos competentes em realizar medidas de isolamento social e investimento no combate ao coronavírus, levando os sistemas funerário e de saúde de alguns estados à beira de um colapso (Pinto & Cerqueira, 2020; Kind & Cordeiro, 2020). Foi possível observar que a irrupção desses fatores coloca em evidência o desamparo psíquico do ser humano, intensificado pelo cenário traumático da pandemia.

Nesse sentido, frente à angústia e devido à demanda de amor e proteção, o sujeito recorre a recursos internos e/ou externos para construções imaginárias e simbólicas que lhe permitem lidar com o desamparo psíquico. Uma solução ilusória para essa fragilidade sentida pelo sujeito dá-se através do laço social, sendo construído por ele em associação com sua rede de relações intersubjetivas dentro do contexto em que está inserido, criado como reação às situações de desamparo (Ceccarelli, 2009).

Os laços sociais foram colocados em questão na pandemia, como consequência do déficit das condições materiais oriundas da falta de amparo técnico e dificuldades na gestão pública, aliadas ao excesso de trabalho. A situação descrita trouxe sobrecarga psíquica aos profissionais de saúde, sendo também fruto da necessidade súbita da mobilização de trabalhos de luto, não somente pelas perdas de pacientes, colegas e familiares, mas também pela perda simbólica relacionada ao desaparecimento das antigas rotinas, à restrição da liberdade de circulação e do convívio social (Dantas et al., 2020).

Em vista disso, será apresentado, no primeiro ponto, um recorte do conceito de angústia nos escritos freudianos enquanto um afeto que se destaca em situações de perigo sentidas pelo sujeito, que reage de maneira diferente perante essas vivências. Já no segundo ponto, será demonstrado o processo de construção da morte no ocidente, assim como ela se presentifica no ambiente hospitalar, impactando a imagem e o ofício do profissional da saúde.

Angústia: afeto privilegiado no cotidiano hospitalar

O confronto com a morte é uma experiência que coloca o sujeito diante do limite humano: a realidade da finitude da vida, o desamparo. A experiência com a morte é singular e difícil de ser simbolizada e subjetivada, o que torna necessário um tempo para a elaboração. A angústia é um afeto privilegiado nessa experiência, na medida em que dá o tom para as vivências psíquicas de um sujeito que passa por situações de perda ou separação (Oliveira, 2020).

As primeiras formulações sobre o afeto em questão ocorrem nos Estudos sobre a histeria de Breuer e Freud (1894/1980). Nesses textos, anteriores à estruturação da teoria metapsicológica da psicanálise, a angústia foi abordada dentro de uma entidade clínica de sintomatologia própria (irritabilidade, ansiedade, expectativa angustiante e ataques de angústias diversos) denominada “neurose de angústia”. Ela possui fonte orgânica e se origina como reação a traumas, repetindo-se cronicamente. Esta abordagem foi estabelecida devido à insuficiência do uso de fatores externos enquanto explicação para o surgimento e manutenção da angústia (Lourenço, 2009).

Naquele momento, a angústia foi compreendida como uma excitação resultante de uma disfunção que invade a psique, expressando-se como um “sentir-se mal”, podendo apresentar sudorese, vertigem, distúrbios respiratórios, tremores, pânico noturno, entre outros indicadores. Entre as condições etiológicas para a aparição da neurose de angústia, Freud (1894/1980) observou uma que aparenta ser a única de natureza não sexual: a neurose que emerge como produto da sobrecarga de trabalho.

Assim, quando há esforço exaustivo, como, por exemplo, o cuidado de enfermos durante noites em claro, a energia libidinal, por ser pouco resistente ao cansaço, é transformada de tal maneira que não consegue mais lidar com a excitação somática, desligando-se da representação e causando uma irrupção de afetos. Essa energia excessiva e desligada pode ser considerada um substrato primordial para a angústia (Freud, 1894/1980).

Nas “Conferências Introdutórias à Psicanálise”, Freud (1916-1917/2014) voltou a abordar o afeto, agora sob a primazia dos aspectos psíquicos devido à abordagem metapsicológica presente na investigação psicanalítica. Assim, o autor compreendeu o afeto a partir da elevação de tensão no sujeito, oriundo dos conflitos internos sentidos como ameaças. A angústia, portanto, passou a ser considerada um estado de expectativa a um perigo indeterminado, sentido como interno ou externo.

Foi apenas no segundo momento da teorização que Freud (1926/2014) em “Inibição, Sintoma e Angústia”, olhou para o conjunto de observações clínicas de seu período para retificar algumas de suas conclusões sobre o tema. O autor primou pelo argumento de que este afeto consta em uma reação à sinalização de perigo, de modo que o Eu defensivamente aplica investimento na liberação de desprazer em forma de angústia ao perceber representantes psíquicos apreendidos como causas de conflitos ou possíveis ameaças.

Freud ressaltou que a angústia possui importância primordial na formação do infante, visto que é o afeto que indica o perigo desde o momento do nascimento, e torna-se modelo para as situações de perigo posteriores, existindo, portanto, anteriormente aos conflitos intrapsíquicos e não sendo produto deles. Assim, para o autor, o afeto de angústia tem a capacidade de ser atualizado de acordo com as vivências traumáticas presentes na história do sujeito, sendo despertado quando situações análogas aos estados de perigos passados ocorrem (Freud, 1926/2014).

O estado de perigo, para Freud, incide na verificação da angústia pelo infante ao se ver abandonado e sem segurança frente a possíveis ameaças; logo, sem o cuidador que sempre satisfizes suas demandas, essa ausência representa situação de aflição. A sensação de angústia, então, revela-se como produto do desamparo psíquico do infante, construída conforme suas vivências, além de ser essencial para a preparação do ser humano, pois visa a autopreservação (Freud, 1926/2014).

Neste sentido, a angústia foi compreendida como uma expectativa do trauma ao mesmo tempo que se trata da “reprodução atenuada” dele, um sinal de ajuda a partir do que foi experienciado passivamente, podendo ser interpretada como uma repetição que objetiva uma participação mais ativa do sujeito perante as atribuições vividas (Freud, 1926/2014).

Esse breve percurso foi feito visando às contribuições da abordagem freudiana da angústia enquanto afeto psíquico originado na reação a perigos indeterminados e suas possíveis relações com as vivências dos profissionais da saúde durante a pandemia. A partir disso, o próximo ponto pretende discutir uma dessas fontes de perigo que se faz presente no hospital e mobiliza diversas reações e modos de agir: a morte.

A morte no ocidente e sua influência na atuação do profissional da saúde

A circunscrição da morte no contexto hospitalar se deu no advento da modernidade, a partir do século XIX. Da Idade Média até os dias de hoje, a concepção de morte mudou radicalmente pois, se antes a morte era familiar e presente no cotidiano, agora passa a ser negada, ocultada

e distanciada através de um longo processo histórico. Assim, sua presença passa a ser recebida em conjunto com as ideias de falência do corpo, dos métodos de atenção à saúde, das relações sociais etc. (Ariès, 1977/2012).

Os significados atribuídos ao temor da doença e da morte fizeram com que a sociedade contemporânea utilizasse o saber e técnicas científicas como refúgio ou uma maneira de diluir a impotência sentida diante das representações de morte e sofrimento. Percebe-se uma dissociação entre a efemeridade da vida, a naturalidade do adoecimento e a inevitabilidade da morte, como se fossem elementos heterogêneos sem complementação (Ariès, 1977/2012).

A morte deixou de ser vista como um limite natural para o sofrimento, sendo construída em paralelo a este num contexto impregnado pelo pessimismo existencial das sociedades industriais. Ao aparecer junto com o sofrimento, causa perplexidade no sujeito, visto que há uma idealização comum sobre o processo de morrer (Pitta, 1999).

Portanto, compreende-se a construção social de um processo de trabalho do profissional da saúde, responsável, por meio dos aparatos técnico-científicos, de prolongar a vida até onde puder, afastando a dor, a doença, a morte, escondendo-as nos hospitais e UTIs, reforçando, então, suas características incômodas e míticas (Ariès, 1977/2012; Pitta, 1999).

Esse processo resulta em um homem moderno desaparelhado para lidar com as contingências da morte, impactando o dia a dia do profissional de saúde, que lança mão de estratégias, inconscientes e conscientes, para lidar com o que seria um padrão socialmente aceitável de morte, luto e adoecimento (Pitta, 1999). Considera-se aqui que a posição subjetiva ocupada pela pessoa na relação dela com o adoecer é influenciada por sua singularidade, sua rede de relacionamentos interpessoais e o contexto em que se insere (Simonetti, 2004).

É então possível adaptar a afirmação de Freud (1915/2020) sobre a perturbação da relação que se mantém com a morte, quando o sujeito é abalado em suas expectativas ao lidar com esse processo, especialmente quando envolve um grande número de mortes.

O caráter irrepresentável da morte influi nessa construção, pois “no fundo, ninguém acredita em sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo: no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (Freud, 1915/2020, p. 117). Essas circunstâncias corroboram a posição cultural convencional que o homem ocidental assume de deixar a morte de lado, buscando eliminá-la, não elaborando, portanto, sua própria condição enquanto ser efêmero.

As situações que causam angústia, como perdas e separação, têm um registro devido às experiências presentes na história do sujeito, porém a angústia diante da morte não tem esse mesmo registro. Assim, essa situação a que reage o Eu é captada como um estado de perigo e diz respeito ao sentimento de abandono do sujeito “pelas forças do destino -, de modo que não há mais segurança contra todos os perigos” (Freud, 1926/2014, p. 52).

Freud (1926/2014) também configurou o conceito de “inibição”, como resultado da restrição ou diminuição de uma função do Eu, não necessariamente patológica, que atinge funções básicas, com o objetivo de evitar a angústia. O excesso de tensão sentido pelo sujeito ocasiona no rebaixamento da libido. Assim, quando o Eu deve lidar com um trabalho psíquico que lhe requer grandes exigências, como o luto, há uma supressão de afeto que empobrece a energia libidinal disponível em prol da sua manutenção, com a possibilidade de desencadear estados depressivos e melancólicos (Freud, 1926/2014).

Por fim, Freud (1917/2016, p. 78) aponta que o luto diz respeito à perda de “uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc.”. A partir dessa afirmação, no cenário da pandemia, é possível observar o desamparo do sujeito diante das extensas reorganizações do aparelho psíquico exigidas pelos trabalhos de luto, restrições e aumentos das exigências no trabalho.

A partir das perspectivas colocadas, o presente estudo traz questionamentos sobre as possíveis consequências dessa catástrofe na vida dos profissionais de saúde, por meio da investigação dos efeitos psíquicos que lhes atravessam em face das exigências de desempenho cada vez mais impossíveis de se alcançarem. Dessa forma o objetivo da pesquisa visou compreender os efeitos na saúde mental dos profissionais de saúde que vivenciaram o processo de cuidado de pacientes adoecidos pela COVID-19.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo se estruturou como uma pesquisa descritiva, de natureza clínico-qualitativa, como definido por Turato (2003). Este delineamento envolve uma abordagem que relaciona os métodos qualitativos das ciências humanas com a atitude clínico-psicológica sob enfoque psicodinâmico, comum nas ciências da saúde, priorizando a compreensão da relação de significações dos fenômenos para os sujeitos e para a sociedade e o acolhimento de suas vivências emocionais.

Em consequência das restrições sanitárias impostas pela pandemia de Covid-19 no momento da pesquisa, a coleta de dados foi realizada de forma virtual, por meio do aplicativo *Google Meet*, com profissionais da saúde que atuam no tratamento de pacientes infectados pelo coronavírus dentro do contexto hospitalar brasileiro, especificamente, nos hospitais do Paraná. O pesquisador disponibilizou o convite para a participação da pesquisa por meio de e-mails e redes sociais (como o *Instagram*, *WhatsApp* e *Facebook*), aqueles que se interessaram pelo estudo entraram em contato com o pesquisador. Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, disponibilizado através do *Google Forms*, e confirmaram seu aceite em participar do estudo. O sigilo dos participantes foi assegurado em todas as etapas da pesquisa.

Foi elaborado um roteiro de perguntas que contemplasse os objetivos do estudo, ou seja, utilizou-se a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas, conforme proposto por Bleger (1998), com liberdade para que o pesquisador realizasse questionamentos de acordo com os conteúdos que surgissem (Turato, 2003). As entrevistas foram realizadas de forma individual e a partir da autorização prévia dos profissionais, essas entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente apagadas.

A seleção da amostra foi proposital e/ou intencional, pois buscou-se profissionais que fornecessem informações relevantes, seguindo os objetivos do estudo. Para definir o tamanho da amostragem foi utilizado o critério de saturação, a interrupção da coleta de dados ocorreu quando percebeu-se a redundância das informações entre os entrevistados (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Participaram do estudo sete profissionais, seis mulheres e um homem.

Após o início da coleta, foram feitas a transcrição e a avaliação das entrevistas, de maneira a compreender as informações que se repetiam até a identificação de saturamento da amostra. Os dados, envolvendo diário de campo da observação e as entrevistas transcritas na íntegra, foram analisados a partir de leituras sucessivas, por meio de avaliações conjuntas entre o pesquisador e sua orientadora, além de serem discutidos entre os pares do Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI) da Universidade Estadual de Londrina.

A análise de conteúdo foi a técnica escolhida para o tratamento dos dados, consistindo na descoberta, por meio de leituras flutuantes dos dados coletados, transitando entre os aspectos objetivos e subjetivos das unidades de sentido componentes da comunicação, tendo sua presença ou frequência como essencial para a significação, de acordo com o objetivo analítico pretendido (Bardin, 1977/2011).

Os dados foram analisados tendo como base a teoria psicanalítica e seus conceitos. O material coletado, portanto, foi lido e classificado em categorias temáticas pensadas a posteriori, de acordo com os temas e assuntos advindos das entrevistas (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008).

O presente estudo recebeu fomento do CNPQ, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob parecer nº 4.235.018.

Resultados e Discussão

O grupo foi composto por duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma fisioterapeuta e dois médicos. Os nomes atribuídos são fictícios, visando preservar o sigilo das identidades dos entrevistados. A faixa etária variou entre 26 e 56 anos, seis participantes declararam ser da religião católica e um espiritualista. Todos eram atuantes no Paraná, tanto em hospitais públicos quanto privados. A partir de suas narrativas, foram construídas três categorias de análise que serão apresentadas a seguir: “Nós estamos vivendo no sufoco”: o sufocamento subjetivo nos profissionais; “Os heróis da saúde”: sensação de não-visibility e impotência; e por fim, “Eu não consigo esquecer”: as singularidades nas reações frente à morte.

Nós estamos vivendo no sufoco: o sufocamento subjetivo nos profissionais

Nesta categoria foram abordadas as expressões do sujeito na posição de profissional de saúde submetido a demandas cada vez mais árduas devido à pandemia. Os entrevistados relataram como enfrentaram os incessantes casos a serem atendidos, demonstrando um esgotamento frente à sobrecarga, à precarização das condições de trabalho e ao isolamento social requerido, o que traz um novo conjunto de sofrimentos derivados da hipervigilância (com o vírus e com suas próprias condutas) e das vivências de desamparo.

Nossa, como tá sendo? Tá sendo sufocante. Tá sendo muito sufocante, nós estamos sofrendo muito. Porque nós não temos apoio, principalmente da direção, é superlotação (...), é isso, nós estamos vivendo no sufoco (...) (Carla, auxiliar de enfermagem).

A sobrecarga do trabalho evidenciada acima, que resultou da lotação hospitalar pandêmica e da falta de recursos, invadiu todas as esferas de vida dos profissionais. É possível inferir que esse excesso laboral associa-se aos processos neoliberais de subjetivação, onde se incorpora constante vigilância e autoavaliação, que o sujeito utiliza para medir suas ações e melhorar sua performance. (Safatle, 2021).

Assim, nesses processos, o indivíduo ideal é aquele que não abandona seu posto, buscando saciar a produtividade exigida, não só por seu empregador, mas também por si mesmo. Ele está sempre procurando otimizar seu desempenho ao administrar seu próprio sofrimento, mesmo que às custas de seu lazer e sua saúde (Dunker, 2021).

É assim que o trabalho hospitalar dos profissionais na pandemia passou a ser ressignificado e a energia dedicada foi excessivamente direcionada em prol da realização das demandas da COVID-19. Na volta ao lar, o sujeito continua a trabalhar, não podendo aproveitar do sentimento gratificante de descanso e liberdade pessoal, impedindo a elaboração dentro do confinamento, como se demonstra nas falas a seguir:

Vida pessoal não tem mais, não existe. Literalmente, você se dedica 24 horas pro hospital, então você acaba não... não conseguindo ter vida social, e até mesmo porque hoje a gente não tem mais vida social, não é? (Paula, técnica de enfermagem).

E na pessoal, é... a gente acaba esquecendo um pouco porque mergulha na parte do trabalho. Então eu não tenho me preocupado tanto com a questão pessoal em si (Jorge, médico).

A precarização das condições de trabalho no contexto pandêmico aliada ao excesso de cobrança permitiu o não desligamento das funções desempenhadas pelos profissionais da saúde. Com o auxílio das tecnologias atuais, mesmo quando estão em seu “tempo livre”, eles continuam a atender as demandas dos pacientes ou familiares, e realizavam as funções para os quais não tinham tempo no hospital, como se vê a seguir:

(...) o nosso Whats App às vezes é a noite toda, eu não desligo meu celular, a noite toda, eles estão pedindo informação, pedindo alguma ajuda. Então, assim, não tem mais vida nenhuma, é casa, trabalho, trabalho, casa e, assim, não há Sky, não há Netflix, não tem nada um livro, ou bíblia, ou qualquer coisa que seja, que possa, é... tirar da gente esse pensamento único desse ano de pandemia (Gabriele, fisioterapeuta e intensivista).

(...) de manhã, às seis da manhã eu saio de casa pra trabalhar, eu volto pra casa às 11 da noite (...) e agora, quando eu tenho uma noite livre, eu chego em casa mais cedo pra rever exame, falar com familiar de paciente ansioso, familiar ansioso de paciente, e dormir depois no horário, então eu não tenho mais tempo livre assim (Jorge, médico).

A angústia sentida pelos profissionais, de acordo com seus relatos, pode ser relacionada com as contribuições freudianas iniciais acerca da etiologia não sexual da “neurose de angústia”, quando o autor relatou que a energia excessiva proveniente de esforços exaustivos se torna a base da angústia ao ser transformada por não conseguir lidar com as quantidades de excitação (Freud, 1894/1980).

Por conseguinte, o estabelecimento dessa nova rotina não possibilitou um momento de “respirada” para a elaboração das situações desgastantes. A sensação de sufocamento dos profissionais pode ser interpretada por meio dos relatos que demonstram esgotamento diante das situações de trabalho hospitalar, sinalizando na forma de angústia a chegada do perigo, resultando na expressão de sintomatologias diversas, conforme apontado por Freud (1926/2014). É possível entender que esse perigo é associado ao período passado no hospital, ocupado pelo contato com pacientes.

E depois do que aconteceu, eu realmente percebi já, uns três plantões eu ando meio, digamos que com ansiedade, eu sinto, eu tô começando a ter sintomas que eu sei que é de uma síndrome de pânico” (Paula, técnica de enfermagem).

(...) então faz muito tempo que eu não consigo dormir uma noite completa, é... Faz muito tempo que eu não consigo não sentir medo e não ter segurança do que que me espera o próximo dia de trabalho, sabe? Então assim, as noites são interrompidas, às vezes por pesadelos (...) (Gabriele, fisioterapeuta).

Às vezes, acabam as energias (...) você se sente esgotado, já aconteceu mais de uma vez durante a pandemia... de eu me levantar de manhã... fisicamente descansado, porque eu durmo bem, mas psicologicamente exaurido. Daí eu trocava de sapato, de camisa, de jaleco no braço e não conseguia levantar da minha cama, fiquei ali umas duas horas mais ou menos, atrasei todos os atendimentos porque não conseguia sair da cama. É o esgotamento psíquico, que agora se fala bastante, da síndrome de esgotamento psíquico, o *burnout*. (Jorge, médico).

Foram evidenciados sinais de esgotamento psíquico nos relatos dos entrevistados, podendo, portanto, relacionar os sintomas relatados com o contexto compartilhado. Porém as posições subjetivas assumidas pelos profissionais variam de acordo com a sua relação com o adoecer e a significação dada às suas vivências de angústia.

Deste modo, alguns experienciam a sinalização de um perigo indeterminado em suas crises de ansiedade e noites de insônia, podendo ser relacionada ao trabalho hospitalar, devido à repetição dos estados de perigo nesse ambiente, enquanto outros relatam a inibição de suas funções, possivelmente resultado do esvaziamento psíquico pelo excesso de tensão, muito semelhante ao descrito por Freud (1926) e Simonetti (2004).

O esgotamento relatado também diz respeito às exigências excessivas impostas à figura do profissional da saúde, que serão discutidas na próxima categoria, em específico os efeitos psíquicos frente à impossibilidade de responder a essas demandas, devido às condições materiais do contexto.

“Os heróis da saúde”: sensação de não visibilidade e impotência

Serão discutidos nesta categoria os efeitos psíquicos nos profissionais ocasionados pela quebra da ilusão do laço social diante da sensação de não visibilidade perante a falta de amparo estatal e institucional, impactando em decorrência do contraste da idealização do profissional da saúde e a falta de reconhecimento pelo meio social.

A construção social da figura do profissional da saúde e a paralisia do sujeito ocidental moderno devido aos padrões socialmente aceitáveis quanto às vivências da morte e do adoecer, conforme já descritos, se relacionam com as idealizações imaginárias do profissional da saúde e com o que seria uma forma adequada de morrer e enlutar-se no hospital (Ariès, 1977/2012; Pitta, 1999). Processo que resulta no que se chamou de “heróis da saúde” e no que se espera deles na atuação frente a COVID-19.

Então, às vezes eles (colegas da equipe) falam, olha, nós não somos heróis não, a gente tá cumprindo, tentando fazer a nossa profissão (...), tentando cumprir o nosso trabalho, mas nosso trabalho tá extremamente desgastante. (Anita, enfermeira).

No começo da pandemia teve os 'heróis da saúde', não sei o que os 'heróis da saúde'. Agora todo mundo já esqueceu disso, todo mundo... continuou todo mundo trabalhando normal, exacerbadamente, e assim, não que a gente quer reconhecimento. Mas a gente é muito cobrado mesmo, então, é difícil isso. (Adriana, médica).

A cobrança ao profissional da saúde veio de diversas direções, da instituição em que atuou, da população brasileira que necessitou de sua atuação para o enfrentamento da pandemia, dos seus pacientes e seus familiares com pedidos de cuidados, e por fim, somado a tudo isso, a autocobrança do profissional. Essas expectativas foram construídas pelo meio social, podendo ser interpretadas como demandas não apenas para o combate ao coronavírus, mas também para solucionar um desamparo, já presente na criação do laço social e acentuado pela pandemia (Ceccarelli, 2009).

Assim, nas situações em que o descaso estatal, institucional e social foi experienciado, evidenciou-se uma lacuna entre o excesso de cobrança aos profissionais e a ausência de reconhecimento e amparo da sociedade e do conhecimento técnico-científico disponível. Houve, deste modo, uma quebra da ilusão heroica do profissional hospitalar pela não correspondência dessa idealização com a realidade material, como se vê nos relatos a seguir:

Ah, e outra coisa, falta de tudo essa semana. (...) Cortamos garrafas para tomar água porque não tinha mesmo copo pra tomar. Medicação tá faltando, você pode esperar que essa semana vai faltar oxigênio (...). Nossos respiradores estavam acabando, e a parte mais triste que tem no hospital é quando você precisa é... esperar uma pessoa ir a óbito, pra você poder limpar, então, o respiradouro dele pra usar, essa é uma parte triste também (Carla, auxiliar de enfermagem).

(...) às vezes nós passamos por falta de respiradores, a gente já passou por, é... mortes prematuras de gente jovem, a gente já viu paciente morrer na nossa frente sem que pudéssemos fazer nada (...) (Gabriele, fisioterapeuta intensivista).

Concluiu-se que os relatos dos profissionais denotam vivências de desamparo ao terem entrado em confronto com os limites humanos da vida, sendo necessário trabalhos de luto não apenas pelas fatalidades, mas também por abstrações, como idealizações da imagem e atuação do profissional da saúde perante o adoecimento e a morte (Freud, 1917/2016; Dantas et al., 2020).

Assim, pode-se entender que as mortes não evitadas devido à indisponibilidade de conhecimento médico necessário, associado às condições que impossibilitaram a atuação sem sobrecarga do profissional, demandam extensas reorganizações psíquicas nos profissionais e tempo para a elaboração dessas vivências de perdas e separações (Oliveira, 2020).

Esta situação desembocou nos estados de perigo sentidos pelo sujeito, passíveis de serem apreendidos conforme o que Freud (1926/2014) relata sobre situações de angústia naquele que se vê abandonado por forças exteriores sem qualquer segurança diante das ameaças deste tempo, em específico o excesso de mortes. Essa angústia diante da morte será mais bem trabalhada na próxima categoria, em que se discute a perda de pacientes pelos profissionais da saúde e a impotência sentida pela falta de condições propícias para o atendimento

“Eu não consigo esquecer”: as singularidades nas reações frente à morte

Esta categoria visa apresentar as vivências dos profissionais marcadas pelo excesso de mortes e pelas suas relações com os pacientes. Essas relações mobilizam identificações com os pacientes e seus familiares, além de demarcar posições singulares observadas nas diferentes modalidades de cuidado e nas reações frente às contingências de morte e luto específicas da pandemia, associadas ao sentimento de impotência devido à falta de conhecimento técnico e as concepções de morte ocidentais.

As mortes como consequência da pandemia podem ser associadas a uma quebra de expectativa devido à própria posição cultural ocidental do sujeito frente ao ato de morrer, que escape de quaisquer ideais. A morte idealizada, segundo Pitta (1999) e Freud (1915/2020), está dissociada de uma relação com o sofrimento e é abalada diante de grandes números. Assim, observaram-se efeitos da perturbação dessa visão nas situações de atendimento e as reações dos profissionais em seus relatos após “saberem” que seus pacientes iriam morrer e se sentirem impotentes diante disso, como se vê a seguir:

E com todas essas coisas faltando, você entra em uma enfermaria e, paciente com aquela oxigenação ruim, ele fala assim, enfermeira por favor, pede pro médico, manda ele me intubar. E é triste, essa parte, quando o paciente pede pra ser intubado, e que você sabe que ele vai ser intubado e ele não vai voltar (Carla, auxiliar de enfermagem).

E muitas vezes tá chegando no final da jornada ali, da vida dele, e você fala senhor amado, quanta medicação, quanta coisa, e sabe que o paciente não vai voltar, mas não deixa de fazer, faz tudo o que você pode fazer, investe tudo que tem que investir, mas mesmo assim, ele não, não retorna pra gente. (Paula, técnica de enfermagem).

A falta de conhecimento científico para combater a COVID-19 pode ser associado a esse sentimento de impotência percebido nos relatos, visto que o saber técnico-científico é utilizado como refúgio devido ao desamparo sentido diante das representações de doença e morte (Pitta, 1999). Com suas limitações aparentes, não restam alternativa aos profissionais a não ser assistirem os enfermos como podem.

Aí você fala, até que ponto que a gente consegue, é... intervir para uma melhora, então a gente se depara com as nossas limitações... a gente tentar aliviar o sofrimento, mas nem sempre a gente consegue efetivamente ter essa melhora (Anita, enfermeira).

A partir disso, pode-se interpretar, segundo Pitta (1999), que os profissionais “desaparelhados” para lidar com essas contingências lançam suas estratégias de defesa singulares, seja pela via da indignação e denúncia da situação, da conformação passível de ser interpretada por alguns como banalização, ou pelo desânimo intenso, como percebido nos relatos a seguir.

(...) então, é a sobrecarga de trabalho, é bem grande mesmo, e aí quando você vai perdendo o paciente, é mais um que foi. Mas não dá

pra sobreviver fisicamente trabalhando, com tanta gente precisando da sua assistência, é a lei natural assim, que tá selecionando quem tá sobrevivendo, porque na verdade, a situação que tá hoje, sobrevive quem Deus quer (Adriana, médica).

(...) essas pessoas que não levam a sério, deviam passar pelo menos um dia dentro de uma UTI (...). Mas ficar dentro de uma UTI para COVID. Só pra pessoa sentir como que é e dar um pouquinho mais de valor à vida dela mesmo, porque tá extremamente cansativo... (Paula, técnica de enfermagem).

(...) o que tem acontecido é uma negligência. Não uma negligência desculpa, uma banalização da morte pelo COVID. Já ouvi vários médicos dizerem assim: COVID mata mesmo. Não, não é assim, COVID não mata mesmo. Eu acho que a gente tem que lutar pela vida de qualquer pessoa até a última gota. (Gabriele, fisioterapeuta e intensivista).

Estas últimas falas revelam as vicissitudes do tratamento da COVID-19 e uma amostra do impacto deixado na vida daqueles em contato com os pacientes durante a pandemia. Deste modo, entende-se que as consequências das alterações significativas trazidas por esse cenário perpassam a atuação profissional, tendo reações diretas nas vidas pessoais dos entrevistados.

Considerações finais

A partir das entrevistas, foi possível acompanhar a dimensão da pandemia em uma parcela de profissionais atuantes no contexto hospitalar paranaense e, embora não se deva fazer generalizações, tal recorte ilustrou uma realidade possível no combate ao coronavírus. Esse cenário reverberou no contingente dos profissionais, tendo efeitos em sua saúde psíquica, ao estarem próximos da morte e da contaminação pelo vírus, submetidos à precariedade das condições laborais, marcados pelo sofrimento, medo, insegurança, estresse e exaustão.

Portanto, o combate à COVID-19 revelou o hiato entre a sobrecarga de casos e desconhecimento da doença e a necessidade de seu atendimento imediato. Esse desencontro relaciona-se com o que se esperou da ciência enquanto saber capaz de solucionar o desamparo advindo das demandas desta conjuntura e o que se efetuou na realidade material.

Assim, pensa-se na importância da escuta da singularidade promulgada pela psicanálise de modo a abordar o sofrimento considerando o descompasso estrutural do sujeito e seu meio. Essa escuta considera os limites das respostas científicas frente ao mal-estar, sem ignorar a incidência do laço social na manifestação dos sintomas, e visa legitimar os sofrimentos em questão e entende ser fundamental a responsabilização dos órgãos competentes em prol do reconhecimento social das mazelas enfrentadas pelos profissionais.

Referências

Ariès, P. (2012). *História da Morte no Ocidente: Da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1977).

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70 LDA. (Trabalho original publicado em 1977).
- Bleger, J. (1998). *Temas de psicologia: Entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) (Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html
- Ceccarelli, P. R. (2009). Laço social: uma ilusão frente ao desamparo. *Reverso*, 31(58), p. 33-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200004&lng=pt&nrm=iso
- Dantas, C. de R., et al. (2020). O luto nos tempos da COVID-19 : Desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 23(3), 509–533. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>
- Dunker, C. (2021). A hipótese depressiva. In V. Safatle, N. Silva Junior, & C. Dunker (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (p. 177-212). Belo Horizonte, Autêntica.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), p. 17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Freud, S. (1980). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 48-68). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1894 e publicado em 1895).
- Freud, S. (2014). A angústia. In S. Freud, *Obras Completas: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)* (S. Tellaroli, Trad., vol. 13, pp. 422-442). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud, *Obras Completas: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)* (P. C. de Souza, Trad., Vol. 17, pp. 13-123). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2016). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud* (Vol. Neurose, psicose e perversão, M. R. Salzano, Trad., pp. 78-95). São Paulo: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2020). Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud* (Vol. Cultura, sociedade, religião: o mal-estar na cultura e outros escritos, M. R. Salzano, Trad., pp. 99-135). São Paulo: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915).
- Kind, L., & Cordeiro, R. (2020). Narrativas sobre a morte: a Gripe Espanhola e a Covid-19 no Brasil. *Psicologia e Sociedade*, 32, p. 1–19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240740>
- Lourenço, L. C. d'Avila. (2009). A pulsão de morte e a gênese da angústia. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(1), p. 101–117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000100007>
- Oliveira, L. C. (2020). Saúde mental nos tempos de pandemia: Uma releitura dos afetos e da pulsão de morte em Freud. *Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), p. 18-34. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n1-2>
- Pinto, M. B., & Cerqueira, A. S. (2020). Reflexões sobre a pandemia da COVID-19 e o capitalismo. *Libertas*, 20(1), p. 38–52. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2020.v20.30485>
- Pitta, A. (1999). *Hospital: dor e morte como ofício* (4ª ed.). São Paulo: Hucitec.

- Safatle, V. (2021). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: Sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In V. Safatle, N. Silva Junior, & C. Dunker (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 17-46). Belo Horizonte: Autêntica.
- Simonetti, A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença* (8 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, C. F. de S. et al. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(9), p. 3465–3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Turato E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação das áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- World Health Organization - WHO. (2020). Novel coronavirus China: Disease outbreak news [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233>

Lucas Jivago Lourenço Franco – Psicólogo. Graduado em Psicologia. Bolsista de Iniciação Científica CNPq.

Debora Lydinês Martins Corsino – Psicóloga. Mestranda em Psicologia PPGPSI Universidade Estadual de Londrina.

Sílvia Nogueira Cordeiro – Docente Associada do Departamento de Psicologia e Psicanálise.

Agência de Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

Cuidado aos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19: intervenções possíveis em momentos de crise

Care for health professionals in the Covid-19 pandemic: Possible interventions in times of crisis

Amanda de Castro Felten¹
Maristela Piva²

Resumo

A pandemia do coronavírus expôs a iminência do medo, incerteza e a sensação de desamparo. Estudos denotam que os profissionais de saúde vêm apresentando sintomas emocionais e físicos que podem ocasionar agravos em sua Saúde Mental. Portanto, o objetivo deste estudo, em formato de revisão bibliográfica, com enfoque nas contribuições psicanalíticas, foi buscar refletir acerca do sofrimento dos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19, bem como as possibilidades de intervenções e cuidado ao sofrimento destes trabalhadores. Buscou-se integrar estudos sobre os impactos da Covid-19 na Saúde Mental dos trabalhadores de saúde, associando-os aos aportes teóricos sobre reconhecidas iniciativas em momentos de crise e tragédia como a ditadura-civil brasileira, Boate Kiss, Bento Rodrigues e em Brumadinho. Afinal, estes revelam que as estratégias de intervenções e cuidado que proporcionam espaços de fala, narrativa e testemunho, são basilares na construção da elaboração e ressignificação de um acontecimento com potencial traumático. Concluiu-se, que tais formas de cuidado precisam ser contínuas, e deveriam ser oferecidas aos profissionais de saúde neste momento pandêmico, cuidando da Saúde Mental destes trabalhadores.

Palavras-Chave: covid-19; cuidado; profissionais da saúde; psicanálise; testemunho.

Abstract

The coronavirus pandemic exposed the imminence of fear, uncertainty and a sense of helplessness. Studies show that health professionals have been showing emotional and physical symptoms that can cause damage to their Mental Health. Therefore, the aim of this study, in a literature review format, with a focus on psychoanalytic contributions, was to seek to reflect on the suffering of health professionals in the Covid-19 pandemic, as well as the possibilities of interventions and care for the suffering of these workers. We sought to integrate studies on the impacts of Covid-19 on the Mental Health of health workers, associating them with theoretical contributions on recognized initiatives in times of crisis and tragedy such as

¹ Universidade de Passo Fundo (UPF) – Passo Fundo/RS – amandafelten@gmail.com

² Universidade de Passo Fundo (UPF) – Passo Fundo/RS – maristela@upf.br

the Brazilian civil dictatorship, Boate Kiss, Bento Rodrigues and in Brumadinho. After all, they reveal that the intervention and care strategies that provide spaces for speech, narrative and testimony are fundamental in the construction of the elaboration and resignification of an event with traumatic potential. It was concluded that such forms of care need to be continuous and should be offered to health professionals in this pandemic moment, taking care of the Mental Health of these workers.

Keywords: covid-19; care; health teams; psychoanalysis; testimony.

Introdução

O contexto pandêmico vivenciado no Brasil desde 2020, trouxe incertezas, mudanças abruptas e até mesmo pânico. Tais alterações ao cotidiano provocaram transformações em nossa rotina pessoal, familiar, socioafetiva, econômica e laboral, ocasionando um cenário de desamparo, perdas e frustrações (Birman, 2020; Izcovich, 2020).

Em um horizonte onde se apresenta uma emergência de saúde pública, além das preocupações com a saúde física, ocorrem também preocupações relacionadas ao sofrimento psicológico, que pode se fazer presente na população geral e também nos profissionais de saúde envolvidos (Schmidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva, & Demenech, 2020).

Especialmente nos profissionais de saúde a atualidade pandêmica modificou a relação com o trabalho, interferindo no cuidado, tempo e sofrimento, haja vista, a exigência dos cuidados com a higiene, isolamento social, aumento incontrolável dos casos, superlotação dos hospitais e exposição às notícias na mídia e em redes sociais (Bazán et al., 2020; Dantas, 2021; Schmidt et al., 2020). Entende-se que ao conviver em um cenário catastrófico, há produção de marcas nos sujeitos em sua dimensão real, simbólica e imaginária (Verztman & Romão-Dias, 2020).

Dantas (2021) menciona que os profissionais de saúde considerados linha de frente no combate ao coronavírus, estavam em uma posição iminente ao risco de contágio. Além do mais, experienciaram um aumento da carga de trabalho, estressaram-se, por vezes, com falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e insumos hospitalares. O autor ressalta que em alguns momentos os profissionais de saúde precisaram decidir diretamente sobre quais pacientes teriam o direito à determinadas assistências e/ou tecnologias de cuidado, tendo assim, um cotidiano atrelado à impotência, perdas e mortes.

Diante desse contexto pandêmico, vários autores ponderam que os profissionais da linha de frente foram afetados negativamente em sua Saúde Mental, justamente por lidarem constantemente com o medo da infecção, do contágio de seus amigos e familiares, e como já explicitado, com a sobrecarga de trabalho (Bazán et al., 2020; Dantas, 2021; Maia & Guimarães, 2021).

Para Dantas (2021) a partir do tempo de exposição dos profissionais de saúde em um trabalho complexo, intenso e exaustivo, será improvável saber quais serão os desdobramentos da pandemia na Saúde Mental desses trabalhadores a curto, médio e longo prazo. Maia e Guimarães (2021) pontuam que o bem-estar dos profissionais de saúde ainda é uma temática pouco abordada. No entanto, os autores ressaltam que o cuidado com bem-estar dos profissionais de saúde é fundamental, pois interfere diretamente na saúde da população que precisa buscá-los.

Visto que este contato direto dos trabalhadores na linha de frente à pandemia vem trazendo-lhes sofrimento, angústia e desamparo, é mister pensar e discutir quais os possíveis espaços de cuidado que pudessem ser oferecidos a esses profissionais para a elaboração desse “acontecimento”. Afinal, será viável que um acontecimento que produziu e repercutiu tanto sofrimento possa se tornar uma experiência simbolicamente elaborada na vida desses sujeitos? De que forma pode-se pensar e construir um espaço saudável que favoreça

a elaboração das angústias desses sujeitos? Enfim, pensar um lugar de cuidado após um acontecimento crítico e com potencial traumático talvez fosse uma intervenção crucial. Deste modo, o presente artigo, de formato bibliográfico, com enfoque na psicanálise, busca responder os questionamentos assinalados, refletindo sobre o sofrimento dos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19 e sobre as possibilidades de intervenções e cuidados possíveis ao sofrimento destes trabalhadores.

Autores como Maia e Guimarães (2021) ponderam que momentos de diálogo e discussão sobre esse tema possibilitam espaços de entendimento, elaboração e possíveis construções de estratégias de cuidado aos trabalhadores, que, conseqüentemente, resultarão em benefícios à população em geral. Os autores ainda salientam que frente ao aumento do adoecimento mental dos profissionais, torna-se necessário pesquisas e intervenções que promovam o suporte para esses profissionais, pensando em estratégias que articulem e construam formas de cuidado. Portanto, vê-se a importância de trabalhar/investigar essa temática, uma vez que a pandemia vem trazendo prejuízos à Saúde Mental dos profissionais de saúde (Maia & Guimarães 2021).

Sofrimento e pandemia: desdobramentos nos trabalhadores de saúde

O sofrimento é inerente ao ser humano, sendo parte da constituição do sujeito e das relações subjetivas, socioafetivas e laborais que constrói e estabelece. Assim, a dimensão do sofrer está presente no homem desde sempre, sendo apresentada em três aspectos: a relação com outro, a relação com o próprio corpo e aquilo que é externo à sua natureza humana (Freud, 1930/2010b).

Para Figueiredo (2012) o sofrimento é intenso e constante, pois está atrelado ininterruptamente na troca das relações que ocorrem e marcam a vida humana. O autor refere que quando há um novo acontecimento, ocorre a urgência de uma mudança e reorganização, que desenrola-se pela via do sofrimento. Nesse aspecto, a questão que se entende e se apresenta é a maneira que vamos enfrentar o sofrimento presente no cotidiano e que em situações de mudanças ele é acentuado.

Vale destacar que para Dunker (2015) a posição subjetiva de cada sujeito diante do seu sofrimento apresenta-se a partir de uma lógica do reconhecimento social e cultural, que vai ao encontro com o contexto vivenciado em cada época na humanidade. Assim, cada momento se constrói, estabelece e transforma a maneira de sofrer e lidar com esse sofrimento. Nesse aspecto, Figueiredo (2012) aponta que o lugar da psicanálise está atrelado a uma ética de escuta e cuidado, que sustenta e amplia as formas de lidar com tais situações, a partir do saber sobre o sofrimento, para que sejam construídas novas perspectivas e caminhos a partir do contexto vivenciado, desenvolvendo um lugar experiência.

Conforme discute Pinto, Paula e Zampieri (2021) diante do contexto pandêmico causado pela Covid-19, constatou-se uma grave crise de saúde pública mundial, a partir das altas taxas de contaminação e morbimortalidade presenciadas. Os autores ainda pontuam que esse vírus vem desencadeando diversas formas de sofrimento psíquico na população, em decorrência do distanciamento e isolamento social, receio em adoecer e contaminar sua rede socioafetiva. Verztman e Romão-Dias (2020) destacam que esse momento pandêmico é um acontecimento catastrófico, pois há violência nas rupturas que precisam ser realizadas, demonstrando assim, seu potencial traumático.

Entende-se que a pandemia afetou a todos diretamente. A população lidou com o impacto da necessidade em realizar mudanças abruptas de rotina em seus cenários familiares, sociais e laborais. Os trabalhadores de saúde que atuaram/atuam na linha de

frente ao cuidado com os pacientes infectados pela Covid-19, tiveram que se reinventar e enfrentar constantemente mudanças, perdas e incertezas em seu local de trabalho (Teixeira, Soares, Souza, et al., 2020). Como decorrência dessas alterações abruptas, a exaustão é presente e o medo constante. O trabalho das equipes de saúde desenvolvido neste contexto, tem ocasionado altos índices de sintomas ansiosos (45,4%) e depressivos (18,9%) nesses profissionais (Pinto et al., 2021).

Neste cotidiano permeado de transformações e informações difíceis de lidar e assimilar, houve ainda, um excesso de más notícias, que ao circularem na mídia, chegavam aos profissionais de saúde. Para entender sobre o sofrimento psicológico sentido pelos profissionais de saúde a partir dessa exposição excessiva às informações, Bazán et al. (2020) desenvolveram um estudo que questionou os profissionais de saúde de um hospital a fim de levantar suas percepções diante das informações e notícias que chegavam sobre a pandemia em seu dia a dia. Os autores referem que as palavras mais usadas pelos entrevistados para responder o questionário foram: dor (111 vezes), ansiedade (70 vezes), falta (43 vezes), cansaço (34 vezes) e garganta (33 vezes). Destacam ainda que entre os sintomas apresentados pelos profissionais, encontrou-se: 57,9% mencionam ter tido dor de cabeça e 49,5% dificuldade para dormir.

Bazán et al. (2020) ressaltam ainda que cerca de 33% dos entrevistados responderam que se sentiam estressados quase todos os dias ou sempre, em decorrência do montante de informações que buscavam acompanhar. Levantaram também que mais de 50% dos profissionais relataram ter tido ao menos um sintoma de sofrimento psicológico, sendo cefaléia, espasmos ou contrações nos olhos, inquietação ou dificuldade para dormir os mais frequentes.

A Fiocruz realizou uma pesquisa acerca do impacto da pandemia entre profissionais da saúde (<https://portal.fiocruz.br/>, recuperado em 22 Março de 2021) que abrangeu todo o território nacional, e que aponta que a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% desses trabalhadores. O estudo analisa os aspectos relacionados à Saúde Mental desses trabalhadores, e destaca que a partir desse evento pandêmico houveram graves e prejudiciais mudanças em suas vidas. O fato destes profissionais estarem atuando há mais de um ano na linha de frente no cuidado dos pacientes com Covid-19, fez com que estivessem esgotados, já que a jornada exaustiva afeta os aspectos físicos, emocionais e psíquicos. Observou-se que: 15,8% referiram alterações no sono; 13,6% irritabilidade e choro frequente/distúrbios gerais; 11,7% estresse; 9,2% dificuldade na concentração ou pensamento lento; 9,1% insatisfação em sua carreira ou na vida, e apresentaram sentimento de tristeza e apatia; 8,3% mencionam sensação negativa, insegurança e pensamento suicida, e 8,1% referiram alteração na alimentação e peso.

Nesse aspecto, entende-se a importância de um cuidado ampliado e contínuo para verificar o surgimento de doenças mentais ocasionadas em decorrência do sofrimento gerado pela pandemia (Pinto et al., 2021). Assim, salienta-se a importância de um olhar atento aos traços e sintomas atrelados à depressão, ideação suicida, ansiedade e estresse pós-traumático (Dantas, 2021).

Fato é que diante desse momento de crise, bem pondera Dantas (2021), torna-se fundamental que os gestores de instituições de saúde, juntamente com as esferas governamentais, articulem estratégias e ações imediatas e contínuas que minimizem a exaustão psicossocial dos trabalhadores de saúde que atuaram no combate ao coronavírus e no cuidado com os pacientes infectados.

Os estudos sinalizam que a pandemia trouxe sensação constante de insegurança, medo e desamparo. O sofrimento intenso nessas situações tem mostrado agravos na Saúde Mental da população. Os profissionais de saúde ao trabalharem diretamente com pacientes suspeitos e/ou contaminados pelo vírus vivem momentos de tensão diária. As rotinas de trabalho

extenuantes destes profissionais, como aponta a Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/>, recuperado em 22 Março de 2021) somadas aos aspectos precários de biossegurança enfrentados em alguns campos de trabalho, indica que muitos profissionais na linha de frente à Covid-19 estão à beira da exaustão.

Deste modo, há que se levantar alternativas para fortalecer a saúde destes sujeitos. Transcorrer-se-á, na sequência, algumas ideias de autores psicanalíticos que analisam a importância dos espaços de fala (reconhecimento, narrativa e testemunho) aos trabalhadores de saúde afetados pela pandemia da Covid-19.

Escuta, tempo e cuidado: aspectos sobre o testemunho na elaboração do sofrimento

Freud em seu texto Estudos sobre a Histeria, publicado em 1893-1895, apresenta um novo método de tratamento aos seus pacientes acometidos por intenso sofrimento psíquico, intitulado de “a cura pela fala”. A partir das construções de Freud, foram se articulando e estabelecendo a importância da Psicanálise como abordagem do sofrimento. Sabe que esta é uma linha teórica que potencializa o lugar de fala no entendimento e elaboração do sofrimento, dificuldades vivenciadas e eventos traumáticos.

Freud (1914/2010a) em seu texto “Recordar, repetir e elaborar” aponta a importância do trabalho psíquico em recordar memórias, momentos e acontecimentos, pois, a partir disso o sujeito poderá atribuir valor simbólico e representativo ao fato, e assim, poderá simbolizar essas experiências. Entende-se que cada vez em que uma história é contada a um outro, que acolhe e reconhece esse fato, essa história passa a ter outro valor representativo ao sujeito.

Diante da construção de um espaço onde o sujeito que sofre possa expressar seus sentimentos e angústias, surge a importância de referir-se à noção do “tempo subjetivo e lógico” que cada sujeito possui para manifestar e elaborar as questões que lhe acometem. Lacan (1945/1999) trabalha aspectos diante dos desdobramentos da noção do tempo lógico, que está atrelada à posição discursiva do sujeito em sua enunciação, sendo o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Estes conceitos vão revelar a importância da construção na elaboração e do tempo das narrativas, para que esse sujeito possa olhar para a sua questão, compreendê-la e elaborá-la.

Broide e Broide (2018) referem que diante de acontecimento crítico suscitado por uma urgência social, pressupõe-se a importância do exercício ativo do psicanalista atrelado às políticas públicas, buscando intervir no sofrimento dos sujeitos que se encontram nessa posição crítica. Os autores ressaltam a importância de uma escuta e intervenção que proporcione e sustente o sujeito, suscitando possibilidades simbólicas, discursivas, de modo que, este sujeito possa falar a partir do vínculo que se constrói com aquele que lhe escuta.

A partir de um contexto pandêmico, Maia e Guimarães (2021) ressaltam sobre ser fundamental pensar na promoção e prevenção de possíveis agravos na Saúde Mental dos trabalhadores de saúde para promover melhor qualidade de vida. Destacam sobre a importância de construir estratégias de enfrentamento que são possíveis a partir dos espaços de fala estabelecidos como lugar de suporte aos sentimentos suscitados diante do momento vivenciado.

Corroborando com os autores acima citados, Lima, Oliveira e Pires (2021) salientam a importância da atenção psicológica ofertada aos trabalhadores, haja vista os danos emocionais causados por momentos de emergências, desastres e tragédias suscitam a curto, médio e longo prazo. Em seu estudo referem sobre a relevância de promover espaços de escuta, compartilhamento de emoções e vivências, e ressaltam a necessidade da construção de alternativas para lidar com o contexto pandêmico.

Moretto (2019) assinala que a construção e a elaboração da experiência ocorre a partir de uma narrativa, isto é, é dada através de uma relação com um agente capaz de sustentar, e que possibilite e testemunhe a experiência contada. Nesse sentido, destaca que falar para um psicanalista é contar-se. A partir do espaço de reconhecimento e validação desse sofrimento, será possível que o sujeito possa lidar com as suas questões na dimensão simbólica. Assim, se viabilizaria a expressão dos pensamentos e sentimentos decorrentes de um momento de mudanças, rupturas, o que reduziria a angústia e a sensação de desamparo.

Diante de um fato, há que se pontuar a diferença entre um acontecimento e uma experiência. Moretto (2019) explica que o acontecimento é o fato, a situação, o episódio. Já a experiência, é a dimensão subjetiva de fato. Assim, no contexto pandêmico, onde há a existência de sofrimento, e quando não há espaço de fala e de reconhecimento, o sujeito poderá adoecer em sua dimensão subjetiva e/ou física. Nesse aspecto, vê-se a importância de se estabelecer essa diferenciação entre acontecimento e experiência, de modo a possibilitar que o sujeito se aproprie e se reconheça singularmente em sua dimensão subjetiva.

Tais apontamentos teóricos sobre a escuta e o tempo, pensando sobre a dimensão da experiência subjetiva do fato, denotam a relevância da construção e sustentação de um lugar de fala para esses profissionais. Isso permitiria que pudessem articular as questões emocionais, conflitivas, problemáticas, angustiantes e ansiogênicas que surgem nesse espaço laboral, quando se vêem afetados por uma pandemia.

O cuidado garantindo a identidade e a história do sujeito que fala: perspectivas possíveis na pandemia

A construção de estratégias para acolhimento, entendimento e valorização dos profissionais em seus lugares pessoais, sociais, culturais e laborais é fundamental. São estratégias e projetos que precisam ser imediatos e contínuos, visando a promoção e manutenção da Saúde Mental desses trabalhadores (Dantas, 2021; Pinto et al., 2021; Schmidt et al., 2020; Teixeira et al., 2020).

No que tange a temática do cuidado, há que se destacar as concepções do Psicanalista Luís Cláudio Figueiredo, em seu texto: “A metapsicologia do cuidado” (2012). Este autor pontua que a psicanálise, em seu saber e ofício, contribui para a compreensão do ato de cuidar, considerando a construção de um olhar e entendimento mais amplo sobre o cuidado. Assim, o autor postula sobre a “teoria geral do cuidar” trazendo o cuidado em seus aspectos complexos e dinâmicos, tendo em vista novas concepções ao ato de cuidar. Figueiredo (2012) aponta que cuidar consiste em um conjunto de atitudes, com características implícitas e explícitas, sendo também um lugar que acolhe, reconhece e questiona. Assim, entende-se que o papel do agente de cuidados é de reconhecer e sustentar a experiência subjetiva e singular do sujeito que é cuidado.

Nesta perspectiva, as concepções do autor onde o cuidar é acolher, reconhecer e questionar, apontam para o lugar que o agente de cuidados ocupa, que consiste em reconhecer, estabelecer diferenças, sustentando um espaço para a manutenção da identidade e história desse sujeito que fala. Figueiredo (2012) ressalta que o lugar do cuidador consiste em testemunhar.

Kupermann (2016) refere que o cuidado está atrelado em testemunhar a dor daquele que sofre, destacando que eventos com potencial traumático necessitam de um processo singular de escuta e elaboração, pois, a partir desse processo possibilita uma produção de reconhecimento e significado simbólico ao fato. O autor pontua que, quando existe a indiferença, quando a fala do sujeito é desautorizada e não há construções de lugares de testemunho, a dimensão traumática da dor se faz presente.

Desse modo, observa-se a importância do cuidado com a Saúde Mental das equipes e a relevância das intervenções psicológicas neste momento crítico (Pinto et al., 2021; Schmidt et al.,

2020). Os autores compreendem que os espaços de fala construídos aos profissionais de saúde podem facilitar a expressão dos pensamentos, sentimentos e sensações presenciadas neste contexto de pandemia. A partir desse cuidado, entende-se que os impactos negativos poderão ser minimizados ao escutar e trabalhar os aspectos relacionados à Saúde Mental desses profissionais.

Ramos (2018) levanta questões a partir das possíveis intervenções e trabalhos em momentos traumáticos, que geram situações de violência, ódio e sofrimento, e repercutem de maneira drástica, afetando a vida dos sujeitos envolvidos, alterando a forma de ser e estar no mundo. A autora refere que diante desses acontecimentos é necessário operar a partir da ideia de que se faça emergir a palavra, abrindo um lugar de escuta e espaço de fala, possibilitando a inscrição do fato, e, para além dele. Escutar-se-ia assim, as diversas versões e representações que podem emergir da experiência na vida do sujeito afetado.

Nesse viés, para que haja um espaço de simbolização e construção de uma narrativa e suas significações, é imprescindível a existência de um lugar de desejo (do sujeito que fala e daquele que escuta), para sustentar e garantir o exercício da palavra, e, construir assim, o testemunho da experiência vivenciada (Ramos, 2018). Desta forma, a autora pontua que o sofrimento com potencial traumático pode ser reconhecido, inscrito e transmitido em sua experiência diante do outro e do Outro em sua memória e registro. Entende-se, pois, que diante de um acontecimento desorganizador e violento, é fundamental a articulação individual e com a comunidade. Sabe-se que a partir do laço social, se constrói uma memória coletiva, contemplando simbolicamente o sujeito e o meio onde está inserido, reconhecendo as memórias, sofrimentos e dores que até então ainda não foram nomeadas (Ribeiro & Nunes, 2018).

Costa, Pacheco e Perrone (2016) referem que em situações onde ocorrem um desastre e/ou um evento limite, poderá acarretar em um acontecimento de um âmbito inominável, surgindo um conjunto de fenômenos psíquicos, que muitas vezes são repentinos e causarão repercussões na vida desse sujeito.

Ainda nesta direção, Costa et al. (2016) indicam a importância de um trabalho de acolhimento após uma situação de desastre, pois, proporcionaria ao sujeito conseguir lidar e construir um significado simbólico e uma representação psíquica para o momento que está enfrentando. Esses espaços de acolhimento e escuta são intervenções que possibilitam a construção de uma representação psíquica, que não prendam os sujeitos em sofrimento em uma sensação de angústia e desamparo permanente.

Experiências de cuidado em tragédias no Brasil: a importância de uma Clínica do Testemunho

Pensando no impacto de acontecimentos críticos, desorganizadores e catastróficos que afetaram o Brasil podemos citar: ditadura civil-militar brasileira (1964-1985); tragédia na Boate Kiss na cidade de Santa Maria no Rio Grande do Sul (RS) (2013); e as catástrofes ecológicas ocorridas em Bento Rodrigues, subdistrito da cidade de Mariana no estado de Minas Gerais (MG), em 2015, e ainda, o rompimento na Barragem de rejeitos de mineração na cidade de Brumadinho (MG) no ano de 2019. Sabe-se que esses fatos abalaram a vida da população e ocasionaram rupturas e sofrimento aos sujeitos que ali estavam presentes, de modo que, desdobraram-se em marcas na população e no seu laço social.

Verztman e Romão-Dias (2020) referem que o trabalho do psicanalista no lugar de cuidado em situações de catástrofes é de oferecer o espaço de testemunho, que consiste na passagem de um cuidado primeiramente da dor real e inominável para a possibilidade de elaboração desse sofrimento pela via da palavra, construindo assim, maneiras de intervenções saudáveis para esse sujeito que sofre.

Nesses momentos onde há um fato que desencadeia rupturas na população e efeitos desastrosos, Costa et al. (2016) destacam ser necessário estabelecer uma borda entre a vida dos sujeitos afetados e o fato ocorrido. Assim, a borda surge como efeito de um amparo, possibilitando a construção de um espaço de nomeação, elaboração e singularização desse acontecimento, em decorrência dos possíveis sentimentos e sensações de medo da morte, receio de sequelas e culpa em razão da perda de pessoas próximas.

Ribeiro e Nunes (2018) referem que a Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA) construiu um espaço de intervenção diante dos danos psíquicos e socioculturais gerados pela ditadura civil-militar brasileira. Assim, fomentou lugares de narrativas, memórias e testemunho para que as vítimas afetadas, direta e indiretamente, fossem reconhecidas em seu sofrimento, perdas, dores e traumas. Para isso, construíram lugares onde as vítimas e/ou seus familiares pudessem falar ao público sobre suas vivências. O Projeto foi nomeado de “Clínicas do Testemunho” e foi concebido pela Comissão de Anistia - Ministério da Justiça, sendo considerado um trabalho piloto, iniciado no ano de 2013, e em seu período de atividade realizou-se nos estados de Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo.

Já na magnitude da tragédia da Boate Kiss, foi fundamental a construção de uma rede de apoio psicossocial para acolher e atender a população que foi afetada direta ou indiretamente. Costa et al. (2016) relatam que na cidade de Santa Maria-RS foi organizado um serviço de apoio psicossocial, para possibilitar que esse acontecimento pudesse se tornar uma experiência elaborada. Assim, houve a necessidade da construção de um serviço para acolher esses sujeitos. Foi construindo um trabalho sustentado nas redes de apoio psicossocial, oferecendo diversos dispositivos clínicos e institucionais, como: acolhimentos, atendimentos especializados; visitas domiciliares; atividades coletivas desenvolvidas pelos pais de vítimas e sobreviventes; suporte na gestão dos processos institucionais, e ainda, a realização do trabalho de matriciamento. Tal trabalho foi considerado inédito no Brasil, regido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para que pudesse planejar e executar as ações em saúde que contemplassem os distintos conjuntos da população. O serviço foi nomeado de “Acolhe Saúde” sendo referência em situações que exigem um cuidado especializado, como em situações de crise ocasionadas por perdas, mortes, processos de luto e tentativas de autoagressão.

No tocante a tragédia ocorrida em Mariana-MG, Caldas (2017) ressalta a importância das narrativas, memórias e registros simbólicos realizados pela população, para que conseguissem elaborar o evento catastrófico. Salaria que esses espaços foram fundamentais para a construção do pertencimento e reconhecimento do sofrimento individual e coletivo daquela população afetada. A autora menciona, que na época foi organizada a participação dos moradores sobreviventes da tragédia em canais do Youtube e plataformas de comunicação, e estes testemunhos veiculados tiveram uma repercussão global.

Vale situar ainda que, diante do cenário catastrófico ocorrido em Brumadinho, Noal, Rabelo e Chachamovich (2019) explicam que no primeiro momento foi essencial avaliar o impacto psicossocial e de Saúde Mental nos profissionais de saúde, haja vista, o lugar de risco e o aumento de trabalho nessas situações de emergência e calamidade, onde ocupam a linha de frente de cuidados à população. Nesse aspecto, os autores consideraram a importância de capacitações e supervisões aos trabalhadores, espaços coletivos para discussões acerca das vivências e análise das intervenções feitas pelas equipes, uma vez que esses espaços auxiliam na elaboração do percurso de trabalho após o desastre.

Enfim, as experiências bem sucedidas de cuidado às populações em momento de tragédias nos últimos anos no Brasil evidenciam que a clínica ampliada psicanalítica contribui como recurso possível no estabelecimento deste cuidado.

Considerações Finais

Este artigo buscou refletir sobre as perspectivas de intervenções e cuidado aos profissionais de saúde neste momento pandêmico. Os estudos que pesquisaram as vivências desses trabalhadores, indicam que as equipes de saúde, consideradas linha frente nos cuidados à população foram afetadas drasticamente, e deste modo, os profissionais de saúde apresentam sintomas emocionais e físicos, decorrentes de seu trabalho durante a pandemia da Covid-19, que podem ocasionar agravos em sua Saúde Mental.

Por conseguinte neste contexto pandêmico é fundamental construir estratégias de cuidado aos profissionais de saúde, que contemplem espaços de acolhimento, fala, narrativas e testemunho. Isto possibilitaria a passagem de um acontecimento crítico e desorganizador ocorrido no espaço de trabalho e com potencial traumático, para uma experiência simbolizada, de modo que, os profissionais possam se sentir reconhecidos em sua singularidade, sofrimento e dor, despertando a sensação de pertencimento ao universo coletivo.

Atualmente já existem alguns projetos que buscam dar espaço de acolhimento e fala aos trabalhadores, e são vários. Entre estes, está o oferecido pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) (<http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/>, recuperado em 20 de outubro, 2021), onde há a intenção de dar visibilidade às narrativas de trabalhadores de qualquer área, estimulando as diversas formas de expressão através de texto, relato, depoimento, poesia, ensaio, vídeo ou áudio a partir das suas condições de trabalho, saúde e as estratégias para enfrentamento da pandemia de Covid-19. Vale citar também a criação do projeto “Pausas e Pousos – Vivências do Trabalhador de Saúde em Tempos de Pandemia” apresentado por Serpa et al. (2020) onde utilizam as plataformas digitais (blog, Instagram, Facebook e email) como ferramentas para a construção de espaço de escrita, diálogo, memória e cuidado aos profissionais de saúde.

Iniciativas bem sucedidas, e que exemplificam a importância de intervir junto ao sofrimento das equipes de saúde que atuaram ou atuam na linha de frente da pandemia. Sabe-se que os aspectos deletérios de uma crise humanitária podem durar anos, e portanto, ainda se faz salutar a criação de novas iniciativas.

À guisa de concluir, neste período de pandemia desenvolvemos atividades na residência em Psicologia em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer. As atividades da residência tiveram início em Março de 2020, já em período pandêmico, e está se finalizando este momento de formação em fase de abrandamento da pandemia. Portanto, “respiramos a pandemia” todo o tempo. Sentiu-se “na pele”, tantas das emoções, medos, temores e cansaços já assinalados. Como profissional “psi”, experienciou-se discussões, trocas e reflexões proporcionado pelo “Projeto Achar Palavras” que foi promovido pela Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), em parceria com o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e coordenado pela Professora Doutora Maria Lívia Tourinho Moretto (<https://www.ip.usp.br/>, recuperado em 20 Outubro de 2021). Este Projeto foi fundamental no momento de angústia e desamparo vivido, sendo um espaço de elaboração, de trocas, e de testemunho do sofrimento ocasionado pelos desdobramentos da pandemia.

Ou seja, vivendo de perto todo este turbilhão de coisas: estar profissional de saúde em meio à pandemia, atender pacientes oncológicos em meio a pandemia, foram desafios incessantes. Tais experiências validam a necessidade de dar suporte às equipes de saúde, e asseveram que a ampliação do cuidado a estes profissionais é crucial.

Em suma, a construção, divulgação e expansão de estratégias e projetos que ofereçam cuidado aos profissionais de saúde deve ser de responsabilidade social e governamental,

atrelado ao SUS, bem como, podem ser iniciativa de Universidades, Faculdades e instituições, enfim, de toda a coletividade. E como já exposto, os pressupostos teóricos e interventivos da psicanálise, enquanto Clínica do Testemunho, ajudam a singularizar e ressignificar estes percursos de vida.

Referências

- Bazán, P. R., Azevedo, R. M. N., Dias, J. A., Salvatierra, V. G., Sanches, L. G., Lacerda, S.S., Amaro, E. Jr., & Kozasa, E. H. (2020). Exposição às informações sobre COVID-19 em mídias digitais e suas implicações para funcionários do setor de saúde: resultados de uma pesquisa on-line. *Einstein (São Paulo)*, 18, 01-09. Recuperada em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/8p3ynzmMCgLyWVWSX3KFLck/?format=pdf&lang=p>.
- Birman, J. (2020). *O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Broide, E. E., & Broide, J. (2018). Notas sobre a transferência como operadora da clínica psicanalítica nas situações sociais críticas. In Appoa (org.), *Por que uma Clínica do testemunho?* (257-270). Porto Alegre: Instituto APOA.
- Caldas, G. (Org.). (2017). *Vozes e silenciamento em Mariana: crime ou desastre ambiental?* BCCL/UNICAMP: Campinas-SP.
- Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh). (2021). Narrativas de Trabalhadoras e Trabalhadores na Pandemia de Covid-19. *Conte-nos: como está seu trabalho durante a pandemia de Covid-19?*. Recuperado em 20 de outubro de 2021, em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/>.
- Costa, A. M., & Pacheco, M. L. L. (2016). Intervenções na emergência: a escuta psicanalítica pós-desastre na boate Kiss. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 16(1), 156-167.
- Dantas, E. S. O. (2021) Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu)*. 25, 01-09. <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Figueiredo, L. C. (2012). A metapsicologia do cuidado. In: Figueiredo, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. 2 ed. São Paulo: Escuta, 131-151.
- Freud, S. (2010a). Recordar, repetir e elaborar. P. C. de Souza (Trad.), In: Freud, S. *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 193-209. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010b). O Mal-Estar na civilização. P. C. d Souza (Trad.), In: Freud, S. *O Mal-Estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos* (Vol. 18). São Paulo: Companhia das Letras, 9-89. (Trabalho original publicado em 1930).
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) . (2021). *Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde*. Recuperado em 22 Março de 2021, em: <https://portal.fiocruz.br/>.
- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). (2021). Centro Escola do Instituto de Psicologia da USP (CEIP). *Achar palavras: grupo de discussão e trabalho sobre a atuação dos psicólogos hospitalares durante a pandemia COVID-19*. Recuperado em 20 de Outubro de 2021, em: <https://www.ip.usp.br/>.
- Izovich, L. (2020). O corpo na psicanálise. (Paulo Sérgio de Souza Jr., Trad.). In: Fórum do Campo Lacaniano-MS. (Org.), *Psicanálise e pandemia* (49-79). São Paulo: Aller.
- Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, (19), 06-20.
- Lacan, J. (1999). O tempo lógico e a certeza da razão antecipada. In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1945).

- Lima, D. P., de Oliveira, K. M. F., & Pires, M. R. N. (2021). COVID-19: Relato de experiência com grupos terapêuticos para colaboradores de um hospital de Urgências. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, (24), 128-136.
- Maia, A. O. B., & Guimarães, A. C. N. (2021). Resiliência de profissionais de saúde frente à COVID-19. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, (24), 147-161.
- Moretto, M. L. T. (2019). *A abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Noal, D. S., Rabelo, I. V. M., & Chachamovich, E. (2019). O impacto na saúde mental dos afetados após o rompimento da barragem da Vale. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 35(5), 01-07.
- Pinto, A. Jr., de Paula, M. S. M., & Zampieri, T. C. R. C. (2021). Caracterização e demanda de um serviço de atendimento psicológico on-line no contexto da pandemia de COVID-19. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 7(1), 94–106. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N1A7>.
- Ramos, L. N. (2018). Prefácio. In Appoa (org.), *Por que uma Clínica do testemunho?* (11-15). Porto Alegre: Instituto APPOA.
- Ribeiro, M. H. M., & Nunes, O. A. W. (2018). Apresentação: Por que uma Clínica do Testemunho. In Appoa (org.), *Por que uma Clínica do testemunho?* (17-21). Porto Alegre: Instituto APPOA.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 08-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.
- Serpa, O. D. Jr., Muñoz, N. M., Silva, A. C. M., Leal, B. M. P. S., Gomes, B. R., Cabral, C. C., Vargas, M. T. T., Giuntini, M. B., Lopes, R., & Leal, E. M. (2020). Escrita, memória e cuidado – testemunhos de trabalhadores de saúde na pandemia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 23(3), 620-645. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p620.10>
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., & Souza, E. A., et al. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
- Verztman, J., & Romão-Dias, D. (2020). Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 23(2), 269-290. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>.

Amanda de Castro Felten – Psicóloga graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Atua como Psicóloga no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer através da Universidade de Passo Fundo (UPF), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Prefeitura Municipal de Passo Fundo (PMPF).

Maristela Piva – Psicóloga, Especialista em Diagnóstico Psicológico, Mestre em Psicologia Clínica, Doutora em História e Docente Titular III na Universidade de Passo Fundo (UPF).

Fazer viver, deixar morrer: considerações ético-políticas em cuidados paliativos para tempos de covid-19 no Brasil

To make live, to let die: ethical-political considerations in palliative care for covid-19's period in Brazil

Luíza Michelini Vilanova¹
Cláudia Bechara Fröhlich²
Janniny Gautério Kierniew³

Resumo

A pandemia de covid-19 tem nos colocado diante da dor e da morte. No Brasil, vemos, por meio de medidas governamentais e da postura de parte da população, a emergência de um discurso que naturaliza a morte. Este artigo é um estudo teórico que partiu de discussões no Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura (NUPPEC/eixo 2) que atuou como pesquisa e extensão, entre 2017 e 2019, no Setor de Dor e Cuidados Paliativos de um hospital geral do Sul do país. A atuação presencial no hospital foi interrompida em março de 2020; contudo, ergueu-se a discussão sobre a distinção entre a significação da morte como processo natural, um dos fundamentos dos cuidados paliativos, e a naturalização de mortes. Neste artigo, daremos contornos teóricos aos princípios que norteiam os cuidados paliativos, articulando-os ao processo de morte no Ocidente, referido por Ariès, ao contexto sociopolítico do Brasil, às noções de *fazer viver/deixar morrer*, de Foucault, e à *necropolítica* descrita por Mbembe. Conclui-se que a ética do cuidado, incluída como estratégia em cuidados paliativos, pode contribuir para o contexto pandêmico ao dar ênfase à qualidade do viver e à dignidade do morrer, alargando as condições narrativas diante da morte e do processo de luto.

Palavras-chave: morte; cuidados paliativos; saúde; necropolítica.

Abstract

The covid-19 pandemic has put us in front of death and pain. In Brazil we see, through the government measures and the behavior of part of the population, the emergence of a speech that naturalizes deaths. This article is a theoretical research that started from discussions in the research Group Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura (NUPPEC/eixo 2) that has worked, between 2017 and 2019, through research and intervention in a general hospital in the south of Brazil. Our presencial work was interrupted in March 2020; however,

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre/RS – luizamv1@hotmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre/RS – claudiafroehlich@hotmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS – janninyk@gmail.com

a discussion about the distinction between the signification of death as a natural process, one of the foundations of palliative care, and the naturalization of certain deaths emerged. In this article, we will approach the theoretical principles that guide the palliative care, articulating them with the Western death process (Ariès), Brazil's social-political context, and the ideas of *to make live/to let die* (Foucault) and necropolitics (Mbembe). We concluded that the ethics of care, which is part of the strategy of palliative care, can contribute to the pandemic context, since it emphasizes life's quality and the dignity of death, widening the narrative's conditions in the face of death and grief process.

Keywords: death; palliative care; health; necropolitics.

Introdução

O presente trabalho parte de interrogações surgidas da vivência no projeto intitulado *Narrativas ficcionais e o cuidado à dor crônica* (Comitê de Ética nº 72198017.3.0000.5530), desenvolvido por um grupo de pesquisadores que realizam intervenções na interface psicanálise e educação no Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura (NUPPEC/eixo 2) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e que atuou entre os anos de 2017 e 2019 com dois dispositivos de ensino-pesquisa-extensão num hospital geral no Sul do país, em uma parceria entre a universidade e um coletivo de arte. Realizamos um trabalho com pacientes, seus familiares e trabalhadores da saúde do Setor de Dor e Cuidados Paliativos desse hospital, com o convite para que as/os participantes pudessem fazer um registro singular de suas experiências de vida e morte pelas vias do bordado inventado e das narrativas ficcionais. Com o objetivo de construir condições de possibilidade para que a linguagem produza efeitos subjetivantes, o bordado inventado é uma prática de bordado livre em rodas de conversa que têm inspiração metodológica no projeto *Arte na Espera*, que acontece no Hospital de Clínicas de Belo Horizonte, e no projeto *Armazém de Histórias Ambulantes*, que se desdobra nas ruas da cidade de Porto Alegre. Ambos os dispositivos, *Ateliê Jardim de Histórias* e *No Coração da Agulha*, criados a partir dos contextos do hospital, trabalhavam na aposta de que as palavras (bordadas ou narradas) pudessem tecer, ao estar-com o outro, outras formas de se narrar, de inscrever a singularidade de uma vida e, nesse trajeto, mesmo que breve, reescrever sua relação com a dor e a morte.

O Setor de Dor e Cuidados Paliativos não corresponde a um lugar que possa ser encontrado por coordenadas cartesianas na geometria do hospital, mas, antes, diz respeito a estratégias de uma equipe multidisciplinar que pensa a saúde como um complexo de tramas que visa acolher pacientes para quem a lógica binária “cura/não cura” não se aplica. As ações da equipe são voltadas para o acolhimento daquilo que é cuidável. A equipe do Setor recebe e acolhe pacientes que se encontram diante de uma dor crônica ou de uma doença incurável, que pode ou não estar relacionada ao término da vida, e trabalha a partir da leitura que realiza em conjunto sobre os princípios que orientam os cuidados paliativos no Brasil (Resolução nº 41, 2018).

O momento do ingresso de alguns bolsistas no grupo de pesquisa e extensão coincidiu com o início da pandemia do coronavírus no Brasil, o que levou à suspensão das atividades presenciais da equipe de pesquisa no hospital. Em meio às notícias sobre as inúmeras vidas que começavam a ser atravessadas pelas perdas abruptas geradas pela pandemia, passamos a estudar sobre os princípios dos cuidados paliativos e sobre os cuidados da frágil travessia entre vida e morte que neles se realizam. Assim, erguemos uma reflexão sobre as possibilidades de vida diante da dor e da morte. A pandemia de covid-19, ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2), colocou desde o início de 2020 e das mais diversas formas, grande parte da população diante da dor e da morte. Desde o seu início, foram noticiados

diversos pronunciamentos do presidente em exercício e de outras autoridades do Estado que minimizaram a gravidade da situação que o país enfrentava e desrespeitaram o luto e a vida de milhares de brasileiras/os. Acompanhamos, assim, por meio de medidas governamentais e da postura de parte da população no combate ao coronavírus, a emergência de um discurso que naturaliza as mortes que estão acontecendo em nosso país.

“Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida, todos nós vamos morrer um dia” (Relembre, 2020), foram frases proferidas pelo chefe de Estado do país em exercício no período de 2019 a 2022, após visita ao comércio em Brasília, contrariando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do seu Ministério da Saúde. Esse pronunciamento, dentre tantos outros que vieram ao longo de 2020 e 2021, deixou muitos brasileiros diante de um impasse, nem sempre passível de ser enunciado, mas que talvez possamos colocá-lo da seguinte forma: como entender a morte como um processo natural, de modo semelhante aos princípios que norteiam os cuidados paliativos, quando há um discurso que naturaliza a morte e se utiliza do pensamento de *deixar morrer* para *fazer morrer*? Diante desse impasse nas discussões da pesquisa, propomos uma discussão teórica sobre uma diferença entre a significação da morte como um processo natural, um dos fundamentos dos cuidados paliativos, e a naturalização de certas mortes, produzida por uma posição de descaso com a vida. Em face da constatação de que a morte faz parte da vida, o presente artigo procura fazer uma interrogação sobre as diferentes significações da morte e do morrer em nosso tempo e sobre como pensar essa realidade tendo um compromisso ético-político com a vida. Neste sentido, partimos da hipótese de que a lógica do cuidado, que vem sendo construída por equipes multiprofissionais em cuidados paliativos no país, teria muito a contribuir sobre a crise sanitária instaurada pelo tempo pandêmico e o respeito à vida de milhares de pessoas.

Fazer Viver e a Tecnologia de Poder

A relação que cada pessoa estabelece com a morte é singular e adquire diferentes nuances de acordo com o contexto familiar, sócio-histórico, cultural e espiritual que acompanha cada um. Ariès (2012) explora algumas variações que a atitude diante da morte foi adquirindo ao longo da história ocidental, mostrando que até a metade do século XIX houveram lentas e importantes modificações na forma como a sociedade a concebe. Para o autor, o advento dos hospitais contribuiu para a modificação do entendimento da morte na cultura, pois aconteceu em consonância com o desenvolvimento da racionalidade técnico-científica, que proporcionou a retirada das pessoas doentes do seu cotidiano habitual para serem levadas a organizações especializadas de tratamento, prolongamento da vida e impedimento da morte (Ariès, 2012). Nesse período, as sociedades ocidentais buscaram, a todo custo, tentar retirar a morte da realidade cotidiana das pessoas. É quando se entende que “o doente não deve saber nunca (salvo em casos excepcionais) que seu fim se aproxima” (Ariès, 2012, p. 42). Assim, “a morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (Ariès, 2012, p. 84).

A partir do século XIX, há um deslocamento no lugar da morte. A morte, de si e dos outros, torna-se interdita (Ariès, 2012). Há um esforço para que as pessoas não precisem se deparar com a finitude. Com o desenvolvimento do capitalismo, o adoecimento passa a ser relacionado a deixar de produzir, significando a vergonha pela inatividade e implicando uma ameaça à subsistência para as classes trabalhadoras (Cominato & Queiroz, 2006). A coexistência entre mortos e vivos passa a ser vista como fonte de contaminação e doença, e as práticas higienistas afastam os mortos dos centros urbanos e do convívio com os vivos. A morte, que antes costumava ocorrer em casa, cercada por familiares e conhecidos, agora

ocorre nos hospitais, em um ambiente fechado e controlado, quando as possibilidades de cura já se esgotaram (Ariés, 2012).

Desde a segunda metade do século XVIII, a saúde da população foi tomada como objeto da biopolítica, pois o poder do Estado passou a incidir sobre os processos de natalidade, de mortalidade e de longevidade (Foucault, 1976/1999). Técnicas científicas foram sendo elaboradas com fins de controle social e individual, e a medicina assumiu posição de destaque, como disciplina que intervém na regulação da vida (Birman, 2007). Foucault (1976/1999) relaciona a interdição da morte na sociedade com essas transformações das tecnologias de poder, já que este passa a ser exercido com a intenção de *fazer viver* e regular as maneiras de como viver. A morte, ao contrário, “é o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder” (Foucault, 1976/1999, p. 296). Desse modo, podemos pensar que a medicina tradicional, enquanto elemento de saber-poder que intervém na regulação da vida, passa a ter como imperativo *fazer viver*. Nesse caminho, os avanços científicos e tecnológicos que foram alcançados, principalmente a partir da segunda metade do século XX, acompanhados dos progressos das terapêuticas, fizeram com que muitas doenças que antes eram letais pudessem ser transformadas em doenças crônicas. As ciências da saúde conseguiram um maior domínio da mortalidade, e a longevidade das pessoas com doenças que antes seriam mortais teve um aumento expressivo. Isso se desdobrou no aumento de pacientes consideradas/os como “fora da possibilidade de cura” nos hospitais (Matsumoto, 2012).

Nesse contexto, as formações no campo da saúde muitas vezes acabam por priorizar uma lógica pautada no ideal de cura e preservação da vida (Matsumoto, 2012). Os profissionais tendem a ser ensinados apenas para reproduzir um modelo curativo, de maneira que a morte é encarada como fracasso e se apresenta como ameaça a esses ideais. O tratamento se direciona para a preservação da vida a qualquer custo, e a tecnologia tem um papel central para tanto. Todavia, o resultado que as tentativas de cura trazem quando aplicadas a doenças crônicas em fase aguda é praticamente nulo. Ocorre, por vezes, de serem adotados processos terapêuticos que possuem um maior efeito nocivo do que a doença em si ou que não têm nenhum efeito benéfico para a/o paciente, o que pode ser chamado pelos termos “futilidades diagnósticas e terapêuticas” (Resolução nº 41, 2018) e “obstinação terapêutica ou distanásia” (Silva, Quintana & Nietzsche, 2012). Assim, o aumento da expectativa de vida da população pode não implicar uma melhora de sua qualidade de vida.

Deixar Viver – Deixar Morrer: Frágeis Travessias

Os cuidados paliativos têm operado uma virada do mapa da cura para o cuidado, a partir da proposta de que a oferta de cuidado para pacientes e familiares é possível mesmo quando a cura não é uma possibilidade (D’Alessandro, Pires & Forte, 2020). Na abordagem paliativa, a morte é percebida como um processo natural que faz parte da vida humana (Pereira & Reys, 2021). Esses cuidados destinam-se a pacientes e familiares que se encontram diante de uma doença crônica, progressiva e com risco de ameaça à continuidade da vida, podendo ser ofertados desde o seu diagnóstico, ao longo de todo o curso do adoecimento até o processo do luto (Pereira & Reys, 2021). Nessa abordagem, os cuidados devem se dar de forma integral, contemplando as necessidades físicas, sociais, emocionais e espirituais dos indivíduos e, como o foco do tratamento não é a doença, mas sim o ser humano enquanto um ser biográfico (Oliveira & Silva, 2010), os cuidados paliativos investem em estratégias de cuidado para a pessoa que está adoecida e seus familiares. O acolhimento ao sujeito nos cuidados paliativos acontece por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional em ambiente institucional ou domiciliar, em todos os níveis da atenção (Pereira & Reys, 2021). A sua prática está alicerçada nos conhecimentos científicos de diversas especialidades para

melhor preconizar os procedimentos, medicamentos e abordagens que serão capazes de proporcionar um maior conforto desde o momento do diagnóstico, ao longo da doença, até os últimos momentos da vida.

Nos cuidados paliativos, há um esforço da equipe multiprofissional em conduzir o tratamento respeitando a busca pela dignidade no processo de morrer, de modo a não acelerar (eutanásia) ou retardar (distanásia) o ato de morrer (Covolán, Corrêa, Hoffmann-Horochovski & Murata, 2010). A concepção da morte como um processo natural da vida não significa que as vidas que puderem ser salvas mediante medicalização não serão salvas e que nada será feito com a/o paciente que se encontra próximo ao fim da vida (Kübler-Ross, 2017). Pelo contrário, os cuidados paliativos visam ofertar o alívio da dor e do sofrimento para que a/o paciente possa viver até o fim com dignidade (Arantes, 2020a), reconhecendo a finitude como um processo natural relativo ao tempo biológico da vida (Pereira & Reys, 2021). Desse modo, percebemos os cuidados paliativos no avesso do que ocorre na morte sociopolítica (mistanásia), em que a reprodução sistêmica de desigualdades e exclusões produz formas de exposição à morte, subtraindo a dignidade tanto da vida quanto da morte (Ricci, 2017). Diante da dor e da morte, os cuidados paliativos dão ênfase para a vida que ainda pode ser vivida (Matsumoto, 2012) e, desse modo, o *fazer viver* não aparece enquanto imperativo, sendo justamente tensionado por uma reflexão acerca das condições sobre o viver. A compreensão da morte como natural faz um agenciamento do *deixar morrer* para que se possa *viver com dignidade* por meio do cuidado com a vida que ainda pode ser vivida.

No Brasil, centros de cuidados paliativos começaram a surgir na década de 1980, vinculados a serviços de oncologia e dor crônica. Ressaltamos que a publicação da Resolução 1995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) representou uma importante ampliação para a construção da dignidade do morrer, por estabelecer que a/o paciente possa expressar os cuidados e tratamentos que quiser (ou não) receber quando estiver incapacitada/o de expressar sua vontade por meio das diretivas antecipadas de vontade (Franco, 2016). Recentemente, os cuidados paliativos foram transformados em políticas públicas pela Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, a qual dispõe sobre as diretrizes para a sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e resolve que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados integralizados ofertados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Contudo, no atual cenário brasileiro ainda há dificuldades para a implementação dos cuidados paliativos e o seu acesso está restrito a uma pequena parcela da população. Há uma estimativa de que somente 0,3% das/dos pacientes que precisam desses cuidados os recebam (Arantes, 2020b). Há insuficiência de profissionais capacitados para essa abordagem no país, o que aponta para a necessidade de uma formação em saúde que eduque as/os profissionais, desde a graduação, para a sua prática. Existem poucos serviços no país e os existentes distribuem-se de forma desigual nas diferentes regiões do país, havendo maior concentração nas capitais e nas regiões Sul e Sudeste (Silva, 2015). A inserção dos serviços de cuidados paliativos em todo o território nacional exige a elaboração e a efetivação de políticas públicas que possam proporcionar a estruturação, organização e qualificação profissional voltadas a essa abordagem nos serviços do SUS (Patella, Leme & Pinto, 2020).

Trata-se de uma abordagem que convida os trabalhadores em saúde a pensar sobre o processo implicado no cuidar e em toda a complexidade ao seu redor. Assim, ela pode ampliar o próprio cenário do cuidar no contexto da rede de atenção à saúde, para que novos-velhos atores sejam incluídos (Franco, 2016), assim como para que se dê voz aos familiares e aos pacientes, antes emudecidos diante da iniquidade na distribuição de cuidados à saúde e à doença. Diante da ameaça, cada vez mais concreta, de epidemias globais, a lógica do cuidado às frágeis travessias entre a vida e a morte parece ter muito a nos dizer.

Pandemia

Em março de 2020, nosso grupo de pesquisa iria começar os encontros do ano com pacientes, familiares e trabalhadores do Setor de Dor e Cuidados Paliativos junto ao *Ateliê Jardim de Histórias* e ao *No Coração da Agulha*, grupos de trabalho formalizados como extensão universitária que nomeamos de “dispositivos-oficinas”. Em vez disso, as atividades da Universidade foram suspensas e foram estabelecidas restrições de circulação no hospital. A posição do grupo de pesquisa foi a de manter-se com encontros sistemáticos com a equipe multiprofissional, na modalidade virtual, fazendo esforços de leitura do que nos acontecia, ao mesmo tempo que tentávamos elaborar uma forma de contribuir para o Setor.

No momento em que escrevemos, ultrapassamos a marca de 689 mil pessoas que faleceram em decorrência do coronavírus no Brasil. O país, na data de 02 de dezembro de 2022, ocupa a vigésima posição entre as nações com mais mortes por milhão de habitantes e está na segunda posição entre os países do mundo com o maior número absoluto de mortes decorrentes de covid-19 (Coronavirus Statistics, 2022). Essas mortes não são números, mas milhares de histórias, vidas, famílias... são inumeráveis. Como expresso na obra *Inumeráveis*, memorial virtual dedicado à história de cada uma das vítimas do coronavírus no Brasil: “não há quem goste de ser número/gente merece existir em prosa” (Pavoni, 2020). Todas essas mortes são singulares. Como diz a paliativista Ana Claudia Quintana Arantes: “se morre sua mãe, é 100%. Você pode pensar: 1% das mães morreram, 99% delas estão vivas. Acontece que para você é 100%. A experiência da perda é concreta e absoluta” (Arantes, 2020b).

Embora a pandemia atravessasse toda população, as condições de enfrentamento a ela não são universais, elas são atravessadas por particularidades sociais, raciais e econômicas. As principais medidas e orientações de enfrentamento à covid-19, tais como intensificação da higienização das mãos com o uso de álcool gel ou água e sabão, uso de máscaras, isolamento social, trabalho remoto, suspensão das atividades escolares etc., são passíveis de serem seguidas por apenas uma parcela da população, majoritariamente branca e de classe média e alta (Milanez & Vida, 2020). Werneck e Carvalho (2020) pensam a pandemia no Brasil como a crônica de uma crise sanitária anunciada. Nos últimos anos, o sistema de saúde já estava passando por um desinvestimento econômico, principalmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016, que impôs um teto aos gastos públicos nas áreas da saúde, educação e pesquisa. De 2014 a 2020, houve uma diminuição de 28,9% nos gastos com programas sociais, acarretando uma desestruturação das políticas sociais (Teto de gastos, 2020). E é nesse contexto de extrema vulnerabilidade e de expressiva desigualdade social que a pandemia chega ao país.

Foi nesse cenário nacional que o hospital em que realizávamos o trabalho de extensão e pesquisa passou a ser referência, em todo o estado do Rio Grande do Sul, para pacientes com covid-19. E nós, enquanto grupo de pesquisa-intervenção, passamos a nos perguntar sobre o modo como o Setor de Dor e Cuidados Paliativos, “local” onde as fragilidades já se agitavam diante do tema da morte, passou a se reorganizar.

Deixar Morrer – Fazer Morrer

Susan Sontag (2003) indaga, em seu livro *Diante da dor dos outros*, se a expressiva circulação de imagens que representam o horror de forma tão nítida teria algum efeito comotivo e mobilizador. Inumeráveis registros, vídeos e fotografias têm sido produzidos ao redor do mundo denunciando situações de guerra, privação de direitos humanos e calamidades. Contudo, tais registros explícitos de imagens não são suficientes para dar um fim às atrocidades que ocorrem no outro canto do mundo ou na nossa esquina. As pessoas de certa forma habitam-se ao

horror da vida real e das imagens, como se fosse uma espécie de olhar sem conseguir enxergar, sem conseguir ler o contexto que nos cerca. A “nitidez terrível das imagens” (Sontag, 2003, p. 55), ao serem vistas pela televisão, ou hão de fazer as pessoas se sentirem seguras e, por isso, indiferentes (porque se trata do outro e não delas) ou irão desencadear nos espectadores poderosos mecanismos de defesa para não inscreverem em si aquilo que acabam de ver, como forma de se protegerem diante de situações extremas.

Durante a escrita deste artigo, não cessamos de tentar escrever os números de pessoas que morrem por conta da covid-19 no Brasil. Especialmente nos anos de 2020 e de 2021, vivenciamos, nas realidades das nossas vidas e por meio de imagens, o horror de uma pandemia que não cessa de matar pessoas em nosso país. Essas inúmeras mortes e sofrimentos irrompem de uma forma traumática – não temos capacidade simbólica para inscrevê-las. Elisabeth Kübler-Ross (2017), psiquiatra que foi pioneira nos estudos psicológicos sobre a morte, lembra a perspectiva freudiana de que em nosso inconsciente não podemos conceber nossa própria morte e acreditamos em nossa imortalidade (Freud, 1915/2010), mas que podemos aceitar a morte dos outros, pois confirma a crença inconsciente da nossa imortalidade (Kübler-Ross, 2017). A autora adverte que: “se um país inteiro, se uma sociedade inteira sofre desse medo e rejeição da morte, deve lançar mão de defesas que só podem ser destrutivas” (Kübler-Ross, 2017, p. 18).

Um episódio, ocorrido em junho de 2020, parece conter a força destrutiva à que se refere Kübler-Ross. É uma cena em que um grupo de homens irrompeu e se atravessou em frente às pessoas num ato que homenageava as vítimas da covid-19 e cobrava ações do governo federal. Esse grupo invadiu o local e derrubou cruzeiros que foram fincados na areia, em uma tentativa de representação dos mortos pela pandemia do coronavírus (Alves, 2020). Diante dessa cena, recorremos ao que Chimamanda Ngozi Adichie (2021, p. 23) escreve ao relatar sobre a morte de seu pai, que ocorreu no ano de 2020 em meio à pandemia: “Já estive em luto antes, mas só agora toquei sua essência mais pura. Só agora aprendi, ao tatear em busca de seus limites porosos, que não há travessia possível”. Para colocarmos, então, uma questão: como atravessar a nossa incapacidade de inscrição simbólica da morte e do morrer e a nossa impossibilidade de atravessá-la sem nos anestesiarmos, sem banalizar e apagar a dor dos outros?

“Não podemos imaginar como é pavorosa, como é aterradora a guerra; e como ela se torna normal” (Sontag, 2003, p. 104). Essa frase de Sontag, que nos parece tão atual no contexto pandêmico, convida a nos posicionarmos como olheiros da crise que nos toma, advertindo-nos sobre o risco do anestesiamento que pode ser produzido diante de repetidas cenas e notícias de mortes diárias. Pensando nos milhões de brasileiros anestesiados e impotentes diante do crescente número de mortes, lembramos a fala do chefe de Estado do país em exercício em que ele afirma que devemos enfrentar o vírus com a realidade uma vez que todos irão morrer um dia. A fala serve para afirmar que acionar o conformismo da população não é uma medida de enfrentamento à pandemia que seja efetiva, especialmente se nos aproximarmos da diversidade de modos de vida de nosso país. Para enfrentar o coronavírus, no contexto da realidade brasileira, seria imprescindível desenvolver ações de proteção aos grupos em situação de risco ou vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua, moradores da periferia, trabalhadores do mercado informal, população indígena, negra e de baixa renda, pois esses grupos costumam ser os mais penalizados (Teto de gastos, 2020). Entretanto, nenhuma política específica e efetiva direcionada a esses grupos foi elaborada pelo governo. Ao contrário, as medidas de combate ao coronavírus, recomendadas por cientistas, foram continuamente desrespeitadas por figuras de autoridade do país e por parte da população no momento mais agudo da crise sanitária. Tais figuras, inclusive, incentivaram a população a não adotar os cuidados indicados. A estratégia nacional para lidar com a pandemia de covid-19, especialmente no período anterior às vacinas, insistiu em priorizar a economia, sem considerar os riscos aos quais parte da população se expunha, o que pareceu incentivar um processo

de subjetivação no sentido de naturalização das mortes em prol do retorno a uma suposta normalidade (Lima, Silva, Silva & Franco, 2020).

Aqui se faz necessário colocar como questão: quais são as mortes que passaram a ser naturalizadas? Os dados sobre a taxa de incidência e mortalidade da covid-19 segundo determinantes sociais, como raça/cor/etnia e renda, são essenciais para o monitoramento dos casos, o planejamento e a avaliação da atuação clínica e epidemiológica e a vigilância em saúde para o enfrentamento da pandemia direcionado a toda a população. No Brasil, há insuficiência desses dados, o que pode reafirmar o racismo e outras discriminações, potencializando a vulnerabilidade desses grupos populacionais (Santos et al., 2020).

Tendo isso em vista, é necessário voltar-se para a outra faceta da formulação de Michel Foucault (1976/1999), que se contrapõe ao *fazer viver: deixar morrer*. Para o autor, há uma divisão na sociedade moderna entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer, e, nesse sentido, ele nos lança uma importante questão: como é possível que um sistema político direcionado ao biopoder, que tem como objetivo *fazer viver*, possa *deixar morrer*? Nesse ponto, Foucault (1976/1999) afirma que o racismo é o que faz o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. A morte como imperativo se ampara na noção de que matar visa à eliminação “do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação, da própria espécie ou da raça” (Foucault, 1976/1999, p. 306). Cabe ressaltar que por morte se entende não só o assassinato direto, mas também “o fato de expor a morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição etc.” (p. 306).

Ao tomar algumas questões levantadas por Foucault, Achille Mbembe (2018) refere que na contemporaneidade o conceito de biopoder é, de alguma forma, insuficiente, propondo as noções de necropoder e necropolítica para pensar sobre como a vida de determinadas pessoas é subjugada ao poder da morte. Achille Mbembe se detém nas formas de soberania cujo projeto central consiste na “instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (Mbembe, 2018, pp. 10-11). Destacamos a compreensão de Mbembe de que na necropolítica a soberania aparece como a “vontade e capacidade de matar a fim de viver” e “a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e quem não é” (p. 20). Mbembe pensa o necropoder, que não necessariamente é o poder estatal, como uma concatenação entre o biopoder, o estado de exceção e o estado de sítio. E essa forma de poder produz uma emergência, uma exceção e um inimigo ficcional, e continuamente se refere a essas produções e as invoca. O racismo aparece novamente como ponto central: “a raça é, mais uma vez, crucial para esse encadeamento” (p. 29).

As noções de necropolítica e de necropoder tratam das formas nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o *status* de “mortos-vivos” (p. 71). Mbembe aponta que a privação das fontes de renda da população e a destruição de instituições civis locais configuram-se como matanças invisíveis, somando-se às execuções a céu aberto. Nos dizeres de Bensusan (2020, p. 2): “a sociedade que controla como se vive passa, sistematicamente, a controlar também quem pode ser abandonado/a ‘à própria (m-s)orte’”. Achille Mbembe (2018) demonstra, em seu ensaio intitulado “Necropolítica”, que na contemporaneidade a vida é subjugada ao poder da morte. O conceito de necropolítica, desenvolvido pelo autor, fala sobre as “formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’”. A concepção de necropolítica tem sido utilizada com recorrência em leituras sobre o contexto brasileiro e a situação da pandemia no Brasil. É como se a pandemia agravasse e nos permitisse olhar para algo que já está em curso há muito tempo. Nessa direção, Mbembe (2020), em seu texto “O direito universal à respiração”, refere que, antes mesmo do coronavírus, a humanidade já estava ameaçada de asfixia:

Se houver guerra, portanto, ela não será contra um vírus em particular, mas contra tudo o que condena a maior parte da humanidade à cessação prematura da respiração, tudo o que ataca sobretudo as vias respiratórias, tudo que, durante a longa duração do capitalismo, terá reservado a segmentos de populações ou raças inteiras, submetidas a uma respiração difícil e ofegante, uma vida penosa. (Mbembe, 2020, p. 9)

Nessa perspectiva, podemos pensar que desde antes da pandemia, com a distribuição desigual de recursos vitais básicos para a população, a regulação do poder tende a determinar quem são as pessoas que vão morrer e que vão viver, sendo uma das formas de exercício do necropoder. No atual cenário brasileiro, as políticas de morte se sobrepõem à pandemia. Torna-se perceptível que as condições de enfrentamento ao vírus, em relação tanto à possibilidade de redução do risco de contágio quanto ao acesso a recursos e tratamentos, são maiores para a população branca e de classe média e alta, de maneira que a mortalidade tem sido primeira para as populações de baixa renda, indígena, negra, em situação de rua e periféricas. Dessa forma, o vírus em nosso país cronifica (Navarro, Silva, Siqueira & Andrade, 2020) a atuação necropolítica do Estado.

Tal situação é agravada por estar em curso no país a expressiva circulação de inúmeras publicações que não encontram lastro na ciência, as já conhecidas *fake news*, que em sua insistência e repetição automatizada parecem produzir efeito de verdade. Isso vai ao encontro da concepção de necropoder de Mbembe, quando ele refere que:

o direito soberano de matar não está sujeito a qualquer regra nas colônias. Lá, o soberano pode matar a qualquer momento ou de qualquer maneira. A guerra colonial não está sujeita a normas legais e institucionais. Não é uma atividade codificada legalmente. Em vez disso, o terror colonial se entrelaça constantemente com um imaginário colonialista, caracterizado por terras selvagens, mortes e ficções que criam o efeito de verdade. (Mbembe, 2018, p. 36)

A constante divulgação de notícias sem respaldo ou comprovação científica teve como um de seus efeitos a criação de ficções em torno do coronavírus e da situação da pandemia no Brasil e ao redor do mundo, tais como a crença na imunidade de rebanho (Lindner, 2021), a afirmação de que não há garantias de que quem for vacinado não será transformado em jacaré (Bolsonaro sobre vacina, 2020), o investimento na compra e divulgação da cloroquina – tratamento comprovado como ineficaz (OMS, Europa e Anvisa, 2021) –, entre outras. Tais ficções contribuíram com o excessivo número de mortes em decorrência da covid-19. Novamente apontamos a atualidade do que foi escrito por Sontag (2007, p. 77), embora em um contexto diferente: “Eu estava convencida de que as metáforas e os mitos podiam matar. (Por exemplo, fazem com que as pessoas tenham um medo irracional de métodos eficientes..., e estimulam a crença em tratamentos absolutamente inúteis)”.

Considerações Finais: Viver Morrendo – Morrer Vivendo

Enquanto a vida, o trabalho, o cotidiano das pessoas ao redor do mundo parecem ter sido suspensos, adiados, virados do avesso em função da covid-19, o campo empírico de

nossa pesquisa e extensão universitária também se interrompeu no hospital. E como modo de resistência a certo empuxo à anestesia do pensamento diante de tantas notícias de mortes e discursos que as agenciam, e que rapidamente chegam às nossas casas pelas imagens insistentes das telas do contemporâneo, erguemos este texto. Enquanto o direito à vida e à respiração passou a ser tema de debate mundial, percorremos os fios teóricos que organizaram, até o momento, as práticas integrais no cuidado ao paciente paliativo, defendendo a hipótese de que a discussão que esse campo iniciou, na década de 1980, poderia colaborar para a construção de outras narrativas sobre modos de ver, pensar e viver os processos de luto atuais. Fazer tensionar esse campo puxando o fio teórico do “deixar morrer/viver com dignidade”, em contraste com o “deixar morrer/fazer morrer”, ajudados pelas narrativas de Foucault, Mbembe, entre outros, permitiu situar duas diferentes posições éticas diante da morte: a que encontra a vida quando a morte é respeitada como um evento natural e a que produz a morte quando ela é demasiado banalizada.

Diante da pandemia, iniciada na virada de 2019 para 2020, deparamo-nos com o cenário de caos que o vírus instaurou nos sistemas de saúde ao redor do mundo. No Brasil, o cenário foi, e tem sido, bastante mais preocupante. Muitas pessoas contaminadas perderam a vida por falta de leitos, equipamentos ou medicamentos suficientes para o enfrentamento do número de pacientes que necessitaram de cuidados de saúde. A alta transmissibilidade do vírus impôs uma série de medidas de segurança aos hospitais, tais como isolamento da/o paciente, contato limitado e suspensão de ações e projetos eletivos. Essas limitações afetaram a possibilidade de uma melhor promoção de qualidade de vida em todas as áreas do hospital, e, com isso, perceberam-se limitações na elaboração de estratégias e de oferta de cuidados para pacientes, familiares e equipes de saúde.

Em tempos pandêmicos, dar relevo à ética do cuidado integralizado em saúde, que já é prática nos cuidados paliativos, parece colaborar para adensar uma discussão atual, em curso, sobre o direito à vida e à dignidade no processo de morrer. Os princípios dos cuidados paliativos são imprescindíveis nessa situação de crise humanitária, pois defendem que todas/os as/os usuárias/os do sistema de saúde recebam cuidados até o último instante de vida, mesmo em um quadro em que a cura não é possível. A não prestação de tratamentos que possam ser benéficos a pacientes em sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, ou a falta de condições por parte do governo federal para que o tratamento com dignidade ocorra, consistem em mistanásia, sendo eticamente inaceitáveis (Tritany, Souza Filho & Mendonça, 2021). Nessa perspectiva, consideramos que é necessário que tanto o imperativo ético por salvar vidas quanto o compromisso ético por ofertar cuidados integralizados sejam sustentados.

A insuficiência de recursos traz questões bioéticas sobre equidade no acesso e distribuição dos serviços de saúde. A necessidade de alocação de recursos com base em diretrizes para tomada de decisão clínica vai na contramão dos princípios dos cuidados paliativos, pois todas/os deveriam ter a sua autonomia respeitada e acesso a cuidados que promovam níveis adequados de conforto, sem expor pacientes, familiares e equipe de saúde a intenso sofrimento. Nesse sentido, e em consonância com Tritany et al. (2021), sublinhamos a importância de maior esclarecimento sobre a compreensão da morte como um processo natural pelos cuidados paliativos, já que estes poderiam ser entendidos como adiamento da morte, quando na verdade se busca alargar as condições de vida perante a morte e a dor, sem acelerar ou retardar o processo de cada um/a.

Todos vamos morrer um dia, mas há diferentes posições a partir das quais se situar diante da morte. É de extrema importância ressaltar uma diferença ético-política entre situar a morte como um processo natural da vida, tal como se propõem os cuidados paliativos, ou situar o processo de morrer como uma naturalização, ou mesmo banalização, da morte, tal como temos acompanhado nas narrativas de muitos brasileiros e líderes do governo brasileiro. A

naturalização de mortes se situa em uma posição de desumanização, uma posição discursiva que realiza, em ato, um agenciamento necropolítico, do *deixar morrer* para *fazer morrer*, enquanto a significação da morte como natural dos cuidados paliativos é enunciada a partir de um lugar de humanização e promoção de vida, narrativa que agencia o *deixar morrer* como forma de ética de cuidado à vida para possibilitar *viver com dignidade*.

Em tempos pandêmicos, muito temos a aprender sobre a vida a ser afirmada diante da iminência da morte, ética que os cuidados paliativos já conhecem. “O luto é uma forma cruel de aprendizado. Você... aprende quanto do luto tem a ver com palavras, com a derrota das palavras e com a busca das palavras” (Adichie, 2021, p. 14). Na tentativa de encontrar as palavras para as perdas de nosso tempo, encontramos autores que colaboraram para erguermos uma narrativa que não pode ser neutra, ela se posiciona a favor da vida. Entoar uma luta pela dignidade do morrer é, na verdade, uma luta pela vida. Situar-se em uma posição de vida diante da morte tenta garantir a qualidade do viver e a dignidade no processo de morrer, além de alargar as condições narrativas diante da morte e do processo de luto.

Referências

- Adichie, C. N. (2021). *Notas sobre o luto*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Alves, R. (2020, 11 de junho). Homens invadem ato no Rio e um deles derruba cruzes que lembram mortos pela Covid. G1. Recuperado em 08 de julho de 2021, de <https://bbc.in/3wwLR1q>
- Arantes, A. C. Q. (2020a). *Histórias lindas de morrer*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Arantes, A. C. Q. (2020b, 12 de abril). “Se morre sua mãe, é 100%. A perda é absoluta”, diz médica paliativista sobre ameaça do coronavírus [Entrevista a Mariana Alvim]. *BBC News Brasil*. Recuperado em 07 de julho de 2021, de <https://bbc.in/3gEx6Tj>
- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bensusan, H. (2020) “E daí? Todo mundo morre”: a morte depois da pandemia e a banalidade da necropolítica. *N-1 edições* (Pandemia crítica, n. 105). Recuperado em 08 de julho de 2021, de <https://www.n-1edicoes.org/textos/6>
- Birman, J. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(2), 529-548.
- Bolsonaro sobre vacina da Pfizer: “Se você virar um jacaré, é problema seu”*. (2020, 18 de dezembro). ISTOÉ. Recuperado em 09 de julho de 2021, de <https://bit.ly/3zYbXML>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11, 209-216.
- Coronavirus Statistics. (2022, 02 de dezembro). *Worldometer*. Recuperado em 02 de dezembro de 2022, de <https://bit.ly/3dCo5tc>
- Covolan, N. T., Corrêa, C. L., Hoffmann-Horochovski, M. T., & Murata, M. P. (2010). Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. *Revista Bioética*, 18(3), 561-571.
- D’Alessandro, M. P. S., Pires C. T., & Forte, D. N. (Coords.). (2020). *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Foucault, M. (1999). Aula de 17 de março de 1976. In M. Foucault, *Em defesa da sociedade* (pp. 285-315). São Paulo: Martins Fontes.
- Franco, M. H. P. (2016). A complexidade dos cuidados paliativos e a morte na contemporaneidade. In M. Kamers, H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 313-328). São Paulo: Escuta.

- Freud, S. (2010). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (P. C. de Souza trad., V. 12, pp. 209-246). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915)
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Lima, C. M. S., Silva, F. A. da, Silva, L. R. J. da, & Franco, F. C. (2020). Necropolítica e biopoder nas estratégias de gestão da pandemia. *Revista de Geografia PPGEO-UFJF*, 10(2), 204-238.
- Lindner, J.. (2021, 31 de maio). "Bolsonaro apostou na imunidade de rebanho", diz senador Otto Alencar. *O Globo*. Recuperado em 09 de julho de 2021, de <https://glo.bo/3vNMp1K>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho & H. A. Parksons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 23-30). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. São Paulo: N-1 edições.
- Mbembe, A. (2020). O direito universal à respiração. *N-1 edições* (Pandemia crítica, n. 20). Recuperado em 08 de julho de 2021, de <https://www.n-1edicoes.org/textos/53>
- Milanez, F., & Vida, S. (2020). Pandemia, racismo e genocídio indígena e negro no Brasil: coronavírus e a política de morte. *N-1 edições* (Pandemia Crítica, n. 96). Recuperado em 13 de julho de 2021, de <https://www.n-1edicoes.org/textos/15>
- Navarro, J. H. N., Silva, M. C., Siqueira, L. A. R., & Andrade, M. A. C. (2020). Necropolítica da pandemia pela COVID-19 no Brasil: Quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer? *Scielo Preprints*, 1-18. Recuperado em 13 de julho de 2021, de <https://bit.ly/3hCG0m1>
- Oliveira, A. C., & Silva, M. J. P. (2010). Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Acta Paul Enferm*, 23(2), 212-217.
- OMS, Europa e Anvisa não recomendam cloroquina para tratar a Covid-19. (2021, 25 de maio). CNN Brasil. Recuperado em 09 de julho de 2021, de <https://bit.ly/3j76Pjy>
- Patella, K. F., Leme, R. S., & Pinto, R. M. F. (2020). Cuidados paliativos no Brasil. *Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação*, 4(1), 197-201.
- Pavoni, E. (2020). *Inumeráveis*. Recuperado em 02 de dezembro de 2022, de <https://inumeraveis.com.br/>
- Pereira, E. A. L., & Reys, K. Z. (2021). Conceitos e Princípios. In: R. K. Castilho; V. C. S. Silva & C. S. Pinto, *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)* (pp. 3-6). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Relembre frases de Bolsonaro sobre a covid-19*. (2020, 7 de julho). BBC News Brasil. Recuperado em 07 de julho de 2021, de <https://bbc.in/3wwLR1q>
- Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. (2018, 31 de outubro). Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Recuperado em 07 de julho de 2021, de <https://bit.ly/36zmO2w>
- Ricci, L. A. L. (2017). *A morte social: mistanásia e bioética*. São Paulo: Editora Paulus.
- Santos, M. P. A. D., Nery, J. S., Goes, E. F., Silva, A. D., Santos, A. B. S. D., Batista, L. E., & Araújo, E. (2020). População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, 34, 225-244.
- Silva, G. F. (2015). Cuidados paliativos, psicologia e políticas públicas: diálogos e interfaces. In L. Polejack, A. M. de A. Vaz, P. M. G. Gomes & V. C. Wichrowski (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 283-306). Porto Alegre: Rede Unida.

- Silva, K. C. O., Quintana, A. M., & Nietzsche, E. A. (2012). Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 16, 697-703.
- Sontag, S. (2003). *Diante da dor dos outros*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Teto de gastos deixou o Brasil sem imunidade na área social, diz estudo*. (2020, 23 de abril). INESC. Recuperado em 08 de julho de 2021, de <https://bit.ly/2ToVh0s>
- Tritany, É. F., Souza Filho, B. A. B. D., & Mendonça, P. E. X. D. (2021). Fortalecer os cuidados paliativos durante a pandemia de covid-19. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 25(suppl. 1), doi: 10.1590/Interface.200397. Recuperado em 09 de julho de 2021, de <https://bit.ly/36xRscn>
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00068820. Recuperado em 08 de julho de 2021, de <https://bit.ly/3VZCow3>

Luíza Michelini Vilanova – Psicóloga; especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); bolsista de iniciação científica do NUPPEC/eixo 2 no período de fevereiro de 2020 a maio de 2021. Agência de fomento: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica BIC UFRGS.

Cláudia Bechara Fröhlich – Professora da área de Psicologia da Educação na Faculdade de Educação da UFRGS; Pesquisadora no NUPPEC/eixo 2.

Janniny Gautério Kierniew – Psicóloga, Doutoranda em Educação (UFRGS); Pesquisadora no NUPPEC/eixo2.

Aspectos psicológicos de pais de crianças e adolescentes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa

Psychological aspects of parents of children and adolescents in palliative care: an integrative review

Raquel Lacerda Paiani¹
Taritza Basler Pereira²
Isadora da Rocha Poggetti³
Luiza Hentz Wissmann⁴
Adrielly de Ávila Alves⁵
Ana Carolina de Oliveira Bittencourt⁶
Tagma Marina Schneider Donelli⁷

Resumo

Os cuidados paliativos pediátricos incluem equipe multiprofissional que oferece tratamento físico, emocional, espiritual e social à criança, abrangendo as necessidades da família. O objetivo do estudo foi identificar e analisar as publicações com e sem intervenções sobre aspectos psicológicos relacionados aos pais de crianças em cuidados paliativos. O método foi uma revisão integrativa da literatura por meio das seguintes bases de dados: PsycINFO, Embase, Pubmed, Lilacs, Cochrane e Scielo e foram utilizados os seguintes termos: Palliative Care AND Pediatrics AND Parents AND Psychology. A busca inicial resultou em um total de 766 artigos e foram selecionados 10 para análise final. Os participantes foram a maioria mães e a abordagem dos cuidados paliativos foi proposta desde o diagnóstico fetal até o período de luto dos pais. Em alguns estudos, os aspectos psicológicos foram mensurados por inventários. A maioria avaliou estresse, ansiedade, depressão e estratégias de *coping*. Nesta revisão também foram identificadas intervenções oferecidas aos pais, na grande maioria realizadas por equipe multiprofissional. Mostra-se necessário compreender melhor os aspectos psicológicos parentais no contexto dos cuidados paliativos pediátricos para que seja possível oferecer intervenções psicossociais adequadas para essa população.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Pais; Pediatria; Psicologia.

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo/RS – paiani.raquel@gmail.com

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo/RS – taritza@live.com

³ Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo/RS – isadorapoggetti@gmail.com

⁴ Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo/RS – luh.wiss@gmail.com

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS – psico.adriellyaa@gmail.com

⁶ Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS – cbittencourt.psi@hotmail.com

⁷ Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo/RS – tagmad@unisinos.br

Abstract

Pediatric palliative care includes a multidisciplinary team that offers physical, emotional, spiritual and social treatment to the child, covering the family's needs. The aim of the study was to identify and analyze publications with and without interventions on psychological aspects related to parents of children in palliative care. The method was an integrative literature review using the following databases: PsycINFO, Embase, Pubmed, Lilacs, Cochrane and Scielo and the following terms were used: Palliative Care AND Pediatrics AND Parents AND Psychology. The initial search resulted in a total of 766 articles and 10 were selected for final analysis. The participants were mostly mothers and the palliative care approach was proposed from fetal diagnosis to the parents' mourning period. In some studies, psychological aspects were measured by inventories. Most evaluated stress, anxiety, depression and coping. This review also identified interventions offered to parents, mostly performed by a multidisciplinary team. It is necessary to better understand the psychological aspects of parents in the context of pediatric palliative care so that it is possible to offer adequate psychosocial interventions for this population.

Keywords: Palliative Care; Parents; Pediatrics; Psychology.

Introdução

Os cuidados paliativos são uma abordagem que visa a melhora da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias em situações de doenças que ameaçam a vida. Sendo assim, o objetivo dos cuidados paliativos é amenizar a dor e o sofrimento dos indivíduos, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual (WHO, 2002). A definição da Organização Mundial da Saúde foi ampliada em 2002 com intenção de destacar a qualidade de vida e a prevenção e identificação precoce em situações de doenças que ameaçam a vida (WHO, 2002). Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) foram definidos, em 1998, com objetivo de ser iniciado o mais precocemente possível, independente do tratamento da doença de base. Os CPP incluem equipe multiprofissional oferecendo tratamento físico (controle de sintomas), emocional, espiritual e social à criança, abrangendo as necessidades da família, garantindo ao paciente e aos cuidadores a máxima compreensão das suas questões de saúde e das escolhas de tratamento (INCA, 2018; Lockwood & Humphrey, 2018).

Neste sentido, é indispensável o papel do psicólogo, a fim de compreender os aspectos psicológicos dos pacientes, que podem ou não gerar sofrimento psíquico e produzir sintomatologia (Ferreira, Lopes, & Melo, 2011). Nos CPP há uma disparidade nas intervenções psicossociais, os estudos apontam uma escassez de publicações em países de baixa renda e de minorias étnicas, bem como ausência de participantes crianças e adolescentes. Em um guia de revisão sistemática da Cochrane de Law, Fisher e Palermo (2019), sobre intervenção psicológica com as famílias de crianças com doença crônica, os estudos mostram que criar um filho com uma doença de longa data é um desafio, pois os cuidadores podem experimentar aumento do estresse, tristeza ou conflito familiar. Tendo em vista este panorama de sofrimento causado por uma doença ameaçadora à vida, os cuidados paliativos protagonizam um papel crucial de assistência à criança e à família, pois acompanharão os cuidados integrais de ambos desde o início do diagnóstico. Para que, efetivamente, esses cuidados se concretizem é indispensável intervenções consistentes que objetivem promover dignidade, qualidade de vida e conforto ao paciente e, principalmente, à família, que necessitará de amparo durante todo o processo e mesmo após o falecimento da criança (Gupta & Prescott, 2013). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar as publicações com e sem intervenções sobre os aspectos psicológicos (ausência ou presença de sintomas psicológicos) relacionados aos pais de crianças em cuidados paliativos.

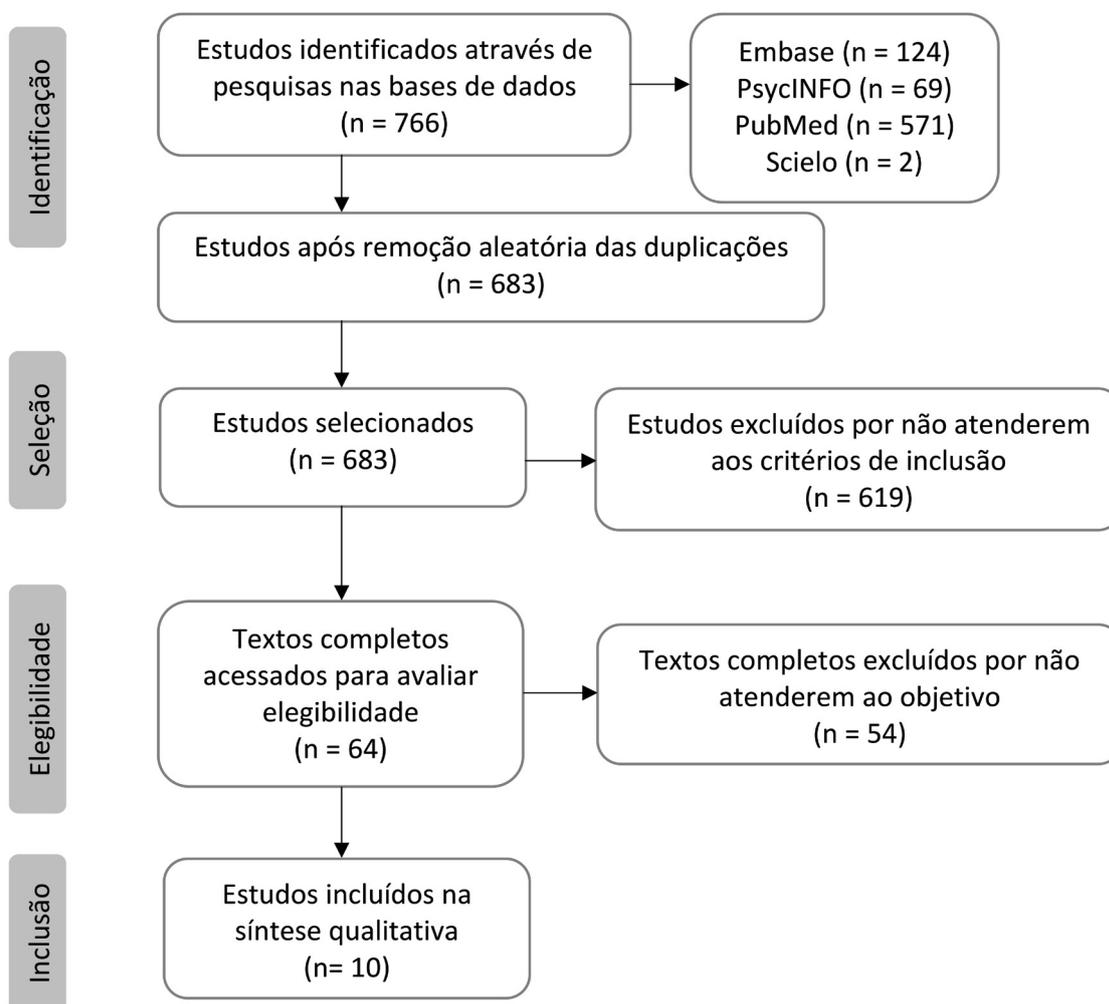
Método

Com vistas a alcançar o objetivo de pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa de estudos que abordaram aspectos psicológicos de pais de crianças e/ou adolescentes em cuidados paliativos, e as intervenções psicológicas/psicossociais propostas para trabalhar tais aspectos. Isso, tendo em vista tratar-se de uma metodologia que permite a sumarização de pesquisas anteriormente realizadas, a síntese para conclusões a partir do tema de interesse, assim como a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais no processo (Whitemore & Knafl, 2005).

Na operacionalização desta revisão foram seguidas etapas com base no modelo PRISMA: Identificação, Seleção, Elegibilidade e Inclusão (Page et al., 2021), realizadas no período de janeiro a julho de 2021 (Figura 1). Após a definição do objetivo, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, seguindo com a seleção dos artigos a serem incluídos para análise, definição das categorias de informações a serem extraídas dos artigos selecionados, a análise dos dados, discussão e apresentação dos resultados. As etapas de Seleção e Elegibilidade foram executadas por consenso de juízes, inicialmente por trios, contemplando a análise de títulos e resumos e, posteriormente, individualmente, contemplando a análise dos textos disponíveis na íntegra. Para etapa de Inclusão foi realizado consenso de todos os juízes. Todas as etapas foram conduzidas por cinco psicólogas e duas acadêmicas de psicologia, todas com experiência com pesquisa clínica.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão dos artigos: publicados em qualquer idioma; com participantes pais de crianças/adolescentes de zero a dezenove anos em cuidados paliativos; envolvendo estudos que identificaram aspectos psicológicos nos pais, acompanhamento psicológico, intervenção psicológica e/ou psicossocial; tratar-se de estudos quantitativos e qualitativos, e estudos teóricos, com data de publicação entre 2002 e fevereiro de 2021 tendo como justificativa a ampliação da definição do conceito de cuidados paliativos naquele ano (WHO, 2002); assim como textos publicados na íntegra disponíveis na internet. Para o levantamento dos artigos, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: PsycINFO, Embase, Pubmed, Lilacs, Cochrane e Scielo. Na busca dos artigos foram utilizados os seguintes termos indexados de MeSH (Medical Subject Headings) em língua inglesa: Palliative Care AND Pediatrics AND Parents AND Psychology.

Figura 1
 Fluxograma da Seleção das Publicações



Resultados

De acordo com a Figura 1, a busca inicial resultou em um total de 766 artigos (n=766) e 10 artigos (n=10) foram selecionados para análise final. Os 54 estudos foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão deste estudo, como não mencionarem a abordagem de cuidados paliativos, não compreenderem os aspectos psicológicos dos pais e apenas um estudo não foi incluído por não se ter acesso na íntegra de forma gratuita. Todos os artigos selecionados estão no idioma inglês.

Os estudos de investigações empíricas realizaram a coleta de dados nos seguintes países: Estados Unidos (Callahan, Steinwurtzel, Brumarie, Schechter, & Parravicini, 2019; Hancock et al., 2018; Hexem, Miller, Carroll, Faerber, & Feudtner, 2013; Schaefer, Spencer, Barnett, Reynolds, & Madan-Swain, 2019; Starks et al., 2016), Reino Unido (Gupta & Prescott, 2013) e Singapura (Ho et al., 2020). Destes artigos, todos tiveram como critério de inclusão que os participantes soubessem falar e escrever em inglês, exceto um que incluiu pais que falavam em espanhol (Starks et al., 2016).

Características dos Participantes

Com relação aos participantes dos estudos, alguns (n=2) realizaram a pesquisa com famílias sem descrever se eram pais ou mães (Gupta & Prescott, 2013; Starks et al., 2016), outros (n= 3) apontaram a maioria dos participantes sendo mães, como no estudo de Callahan, Steinwurtzel, Brumarie, Schechter e Parravicini (2019), de Hexem, Miller, Carroll, Faerber e Feudtner (2013) e de Schaefer, Spencer, Barnett, Reynolds e Madan-Swain (2019), sendo que 58,8%, 59% e 77% foram mães, respectivamente. Em outro estudo, a pesquisa foi realizada exclusivamente com mães que estavam gestantes (Hancock et al., 2018). A pesquisa que está sendo realizada em Singapura (estudo publicado em periódico de protocolo de pesquisa) pretende avaliar pais e mães (Ho et al., 2020). Em um estudo de revisão sistemática os participantes dos estudos incluídos foram pais e mães separadamente, casais, avós, crianças e profissionais da equipe (Donovan, Wakefie, Russell, & Cohn, 2015). No outro de estudo de revisão sistemática, de cinco artigos, dois foram realizados com pais e mães, com a amostra mais representativa de mães, e os outros três foram somente com mães (Kasparian et al., 2019).

Nos dez estudos selecionados, cinco apresentaram informações sobre o estado civil dos participantes. Nestes cinco (Gupta & Prescott, 2013; Callahan et al., 2019; Hancock et al., 2018; Schaefer et al., 2019; Hexem et al., 2013), a maioria era casada, totalizando uma média de aproximadamente 71,2%. Nos respectivos estudos ainda, foram divulgados dados de pais divorciados, solteiros ou em outros relacionamentos. A escolaridade dos pais também foi apresentada em cinco dos estudos, dos quais a maioria possuía ensino médio completo (Callahan et al., 2019; Gupta & Prescott, 2013; Hancock et al., 2018; Hexem et al., 2013; Schaefer et al., 2019). Além disso, três artigos se referiram às questões religiosas dos cuidadores e os dados apontaram que a minoria não possuía crença religiosa (Callahan et al., 2019; Hancock et al., 2018; Schaefer et al., 2019). Por outro lado, aqueles que mencionaram alguma crença eram na maioria cristãos.

Nas amostras, os diagnósticos portados pelas crianças/adolescentes foram diversos. Entretanto, as cardiopatias destacaram-se, aparecendo em três artigos (Hancock et al., 2018; Callahan et al., 2019; Kasparian et al., 2019). Os demais artigos expõem os seguintes diagnósticos: prematuridade (Kasparian et al., 2019), anomalia no Sistema Nervoso Central (Gupta & Prescott, 2013), encefalopatia hipóxico isquêmica (Kasparian et al., 2019) e doenças crônicas complexas (Hexem et al., 2013; Ho et al., 2020).

O período que os cuidados paliativos foram oferecidos para as crianças variou entre os estudos. Em alguns foi no diagnóstico fetal (Hancock et al., 2018), outros com recém-nascidos a partir do diagnóstico (Callahan et al., 2019; Kasparian et al., 2019), alguns em períodos variados (Ho et al., 2020; Starks et al., 2016), e ainda outros estudos descrevem que ocorreram em diferentes fases e que não incluíram o período do luto dos pais (Gupta & Prescott, 2013; Hexem et al., 2013). Em outro estudo o foco dos cuidados paliativos foi o período de fim de vida (Darlington, Korones, & Norton, 2018). Além disso, ocorreram pesquisas no período do luto (Donovan et al., 2015; Schaefer et al., 2019), isto é, após a morte da criança.

Avaliação dos Aspectos Psicológicos

A Tabela 1 descreve a referência e os instrumentos utilizados para mensurar os aspectos psicológicos analisados, os quais foram compreendidos pela presença ou ausência de sintomas emocionais, que podem ocasionar sofrimento psíquico (Ferreira, Lopes, & Melo, 2011).

Tabela 1
Instrumentos

Referência	Instrumentos
Callahan, Steinwurtzel, Brumarie, Schechter & Parravicini (2019)	<i>Neonatal Unit Parental Stressor Scale (NUPS); Depression Anxiety Stress Index-21 (DASS-21)</i>
Gupta & Prescott (2013)	<i>Parenting Stress Index (versão curta 36 itens); General Health Questionnaire (GHQ 12)</i>
Hancock et al., (2018)	<i>Beck Depression Inventory-II; State-Trait Anxiety Index; Brief Cope Inventory; PedsQL Family Impact Module</i>
Hexem, Miller, Carroll, Faerber & Feudtner (2013)	<i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i>
Ho et al., (2020)	<i>Kemp Quality of Life Scale (KQOL); Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12); Herth Hope Index (HHI); Patient Health Questionnaire – 9; Burden Scale for Family Caregivers-Short (BSFC-s); Inventory of Social Support (ISS); Brief Grief Questionnaire (BGQ)</i>
Kasparian et al., (2019)	<i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI-State) Worry Scale; The Situational Multidimensional Coping Inventory (COPE); Brief COPE; Parental Stressor Scale (PSS-NICU); Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA)</i>
Schaefer, Spencer, Barnett, Reynolds & Madan-Swain (2019)	<i>Beck Depression Inventory I e II (BDI); Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); PedsQL Family Impact Module</i>
Starks et al., (2016)	<i>Brief Symptom Inventory-18; Prolonged Lief Disorder-13</i>
	<i>Family Relationship Index (FRI); Acute Stress Disorder Scale (ASDS); Depression Symptoms (PHQ-9); Generalized Anxiety Disorder (GAD-7); Wake Forest Trust Scale; Perceived Social Support (MSPSS); Quality of Communication (QOC); Post-Traumatic Stress Disorder (PCL-C)</i>

Intervenções

A intervenção proposta no artigo de Ho et al. (2020) traz como dispositivo uma abordagem narrativa com o objetivo de auxiliar os cuidadores a se conectarem com as emoções desafiadoras, gerarem novas histórias sobre vida e perda e reestruturarem a avaliação emocional negativa para pontos mais positivos. O estudo ainda não foi realizado, entretanto, estão previstas sessões a serem executadas uma vez por semana durante quatro semanas em um grupo de pais com características culturais específicas. Esta intervenção foi baseada na terapia de dignidade e intervenção familiar da dignidade (Chochinov et al., 2005; McClement et al., 2007; Chochinov et al., 2011; Ho et al., 2017).

Outra intervenção proposta a partir da terapia de dignidade (Chochinov et al., 2005) foi apresentada no artigo de Schaefer, Spencer, Barnett, Reynolds e Madan-Swain (2019) sendo denominada de arte legada. Essa consiste na criação de pinturas pelos cuidadores, paciente e irmãos a partir do auxílio de arte terapeutas. As pinturas eram repletas de características singulares do paciente como personagens, brinquedos e cores favoritas, assim como suas pegadas e formato das mãos.

Foram encontradas duas intervenções realizadas em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e uma em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrico. No primeiro estudo (Callahan, Steinwurtzel, Brumarie, Schechter, & Parravicini, 2019) é apresentada uma intervenção que consiste no método BACI (Baby, Attachment, Comfort Interventions) ofertado durante a fase de cuidados paliativos precoces de neonatos internados na UTIN. A intervenção foi fornecida por uma equipe principal composta por um neonatologista, um diretor médico, uma enfermeira e uma assistente social. A equipe contava com o auxílio de outros membros (psicólogo, fonoaudiólogo, especialista em infância e padre) que estavam envolvidos sistematicamente.

A segunda intervenção realizada em UTIN foi proposta no artigo de Hancock et al. (2018), participando desta pesquisa pais de bebês com cardiopatia congênita. As ações da equipe de cuidados paliativos focaram na compreensão materna do diagnóstico do filho e o seu impacto na vida da criança e da família, preocupações com os sintomas físicos da criança, rede de apoio social, expectativas para os cuidados da criança e receios acerca do diagnóstico e tratamentos.

O terceiro estudo da amostra realizado com famílias com filhos na UTI Pediátrica (Starks et al., 2016) inclui uma intervenção que adaptou a teoria de Ajuste Familiar de Patterson e Resposta de Adaptação (FAAR) (Patterson, 2002). Tal teoria articula as formas com que as famílias se adaptam às demandas impostas durante as crises, por exemplo, a admissão do filho na UTI. O seu objetivo consiste em melhorar a adaptação da família reduzindo os sintomas de estresse agudo e a incidência de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático.

Foram encontrados dois artigos de revisão sistemática. Donovan, Wakefie, Russell e Cohn (2015) concluíram que as intervenções mais utilizadas incluem chamadas telefônicas (n = 12), fornecimento de materiais de apoio (n = 10) e programas de grupo (n = 9). Além disso, acampamentos entre irmãos também foram identificados como predominantes na área pediátrica oncológica (n = 5) e os programas de memória (n = 5) também foram citados. Os estudos apresentados na revisão proposta por Kasparian et al. (2019) não fornecem informações detalhadas das orientações terapêuticas, entretanto, apresentam intervenções com enfoque na redução do estresse ou ansiedade para pais de bebês com cardiopatias congênitas. Foram propostas três intervenções por um psicólogo com auxílio de outros profissionais da saúde. Todas as intervenções, exceto uma, tinham como objetivo reduzir o estresse ou ansiedade dos pais. Os assuntos compreendiam o sofrimento emocional dos pais, qualidade de vida, enfrentamento adaptativo, interação entre mãe e bebê, nutrição infantil e neurodesenvolvimento, dinâmica familiar, comunicação e satisfação com os cuidados médicos.

Principais Aspectos Psicológicos Avaliados

Os resultados dos estudos analisados trazem aspectos psicológicos, como ausência ou presença de sintomas emocionais mensurados por inventários na maioria das pesquisas. Algumas utilizaram intervenções, como descrito anteriormente na categoria Intervenções, sendo possível compreender como os pais se manifestam emocionalmente no contexto dos cuidados paliativos.

Os resultados do estudo de Gupta e Prescott (2013) verificou os níveis de estresse parental e de saúde geral antes e durante o acompanhamento psicológico, e não encontrou diferença significativa. Entretanto, os níveis de estresse parental podem ser acima dos limiares no início e durante o acompanhamento psicológico, que está de acordo com o alto nível de sofrimento psicológico ao cuidar de uma criança com necessidades de saúde complexas, além do impacto de um diagnóstico de uma condição limitante ou com risco de vida. Mesmo que uma redução não tenha sido observada, pode-se supor que os serviços ajudaram a

prevenir um aumento significativo nos níveis de estresse (Gupta & Prescott, 2013). Um estudo longitudinal que avaliou estresse, depressão e ansiedade antes e após aplicação de uma intervenção verificou que os níveis de ansiedade e de depressão não modificaram, mas o estresse diminuiu de forma significativa no grupo da intervenção em comparação ao grupo controle (Callahan et al., 2019).

Um estudo foi desenvolvido para criar um quadro teórico sobre estratégias de *coping* utilizadas por pais de crianças em final de vida, e mostrou que a aproximação e a evitação (como a negação) são estratégias usadas quando a doença do filho evolui negativamente. O apego leva os pais a proteger a criança e as estratégias de evitação podem ser particularmente funcionais. O equilíbrio entre as estratégias irá resultar em melhores respostas de regulação emocional pessoal e familiar (Darlington, Korones, & Norton, 2018).

O ensaio clínico randomizado, realizado com gestantes cujo feto recebeu diagnóstico de cardiopatia, encontrou que a intervenção precoce de CPP diminuiu a ansiedade materna, melhora o enfrentamento adaptativo, a comunicação e as relações familiares, sugerindo diminuição geral do estresse materno (Hancock et al., 2018). E uma revisão sistemática de intervenções psicológicas com pais de bebês com cardiopatia congênita constatou que todos os estudos relataram uma redução significativa na ansiedade parental após alguma intervenção, com dois dos quatro ensaios indicando médio e alto tamanhos de efeito (Kasparian et al., 2019).

Um estudo que avaliou afeto positivo e negativo verificou que pais que usaram palavras mais positivas ao falar sobre as doenças de seus filhos, e sobre a experiência de tomada de decisão médica, eram mais propensos a relatar níveis mais baixos de afeto positivo no instrumento PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*). A relação mostrou-se inversa entre as emoções positivas dos pais e a expressão positiva do seu afeto, trazendo expressões nas entrevistas diferentes das respostas de autorelato do instrumento. Portanto, denota-se a importância de se estar ciente das possibilidades das divergências emocionais e a consequente falha de comunicação no ambiente de cuidados pediátricos (Hexem et al., 2013).

Os pesquisadores que utilizaram uma intervenção baseada nas relações familiares encontraram respostas dos pais de que os questionários deram a eles a oportunidade de expressar seus sentimentos. Os questionários também aumentaram a autoconsciência sobre seu estresse, enfrentamento e resiliência. Percebeu-se que pedir aos membros da família que refletissem sobre sua experiência foi útil e lhes deu uma perspectiva sobre como estavam enfrentando aquele momento (Starks et al., 2016).

Em uma revisão sistemática de Donovan et al. (2015), sobre acompanhamento dos pais no período de luto, foram encontrados resultados dos estudos qualitativos em que membros da família se sentiram cuidados e apoiados pela equipe, tiveram uma redução na sensação de isolamento, melhor enfrentamento e crescimento pessoal. Também revelaram que o apoio psicossocial que abrange o cuidado paliativo de uma criança, os cuidados de fim de vida e a transição da família para o luto possibilitaram melhores resultados para as famílias, como a percepção de uma redução do sentimento de desamparo, um aprimoramento nas estratégias de enfrentamento e um aumento do crescimento pessoal (Donovan et al., 2015). Outro artigo que analisou os cuidadores enlutados por meio da arte legada verificou que não houve diferenças significativas no funcionamento psicológico entre os cuidadores que participaram da intervenção versus aqueles que não participaram. No entanto, os cuidadores que criaram obras de arte legadas com seu filho relataram significativamente menos sintomas de luto prolongado e uma maior percepção de apoio de prestadores de cuidados de saúde em comparação com cuidadores que não se envolveram nesta atividade (Schaefer et al., 2019).

Discussão

Este estudo de revisão integrativa identificou que o processo de adoecimento de crianças e adolescentes que estão em cuidados paliativos repercute nas condições psicológicas dos pais (Callahan et al., 2019; Darlington, Korones, & Norton, 2018; Gupta & Prescott, 2013; Hancock et al., 2018; Schaefer et al., 2019). Desse modo, as intervenções voltadas para as figuras parentais apresentam potencial protetivo, além de promover elaboração e acolhida para cuidar de quem cuida. Contudo, observou-se que poucos estudos se propõem a olhar para os aspectos psicológicos dos pais. A maioria das pesquisas que incluem a família estão voltadas para os familiares de outros adultos ou então para pais de crianças e adolescentes com doenças oncológicas (Grégoire et al., 2019; Reigada, Novellas & Pereira, 2014).

Percebe-se que a maioria das intervenções propostas nos estudos objetivaram diminuir os sintomas de ansiedade e depressão dos pais, diante das dificuldades vivenciadas durante o processo de CPP. Apesar de não haver mudanças significativas nos níveis de ansiedade e depressão, como verificado em Gupta e Prescott (2013), é possível reconhecer os benefícios das intervenções, a partir da possibilidade de fala e elaboração oportunizada aos pais, onde emergiram emoções relacionadas ao processo de enfrentamento das famílias (Starks et al., 2016).

Diante do proposto por Franco e Silva (2021), a psicologia assume importante papel no contexto dos CP, desde o momento do diagnóstico, durante o tratamento e após o óbito. Dessa forma, é relevante pensarmos que alguns estudos (Callahan, Steinwurtzel, Brumarie, Schechter & Parravicini, 2019; Gupta & Prescott, 2013) não se propõem a incluir como participantes pais após a morte de seus filhos. Diante disso, pode-se pensar a relevância de proporcionar acompanhamento psicológico às famílias que, devido ao óbito, foram excluídas das intervenções, dada a importância do suporte emocional para processo de elaboração do luto.

Além disso, considerando que a presente revisão foi produzida no Brasil, é necessário ressaltar a carência de estudos no contexto brasileiro, principalmente, sobre o público infantojuvenil. Contudo, mesmo considerando os avanços na área, Rabello e Rodrigues (2010) salientam que os cuidados paliativos no Brasil são oferecidos em sua maioria por programas ligados a instituições hospitalares e são dedicados aos adultos, havendo uma inadequação para atender crianças, adolescentes e, portanto, também os pais. Somado a isso, também podem estar as dificuldades no acesso aos serviços de assistência e as falhas na política de saúde brasileira.

Nesse sentido, ainda há uma defasagem no que se refere a políticas de saúde direcionadas aos cuidados paliativos, que contemplem os três níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (Mendes & Vasconcellos, 2015). Tal defasagem impacta na produção de estudos, qualificação de profissionais e abertura de espaços de discussão a respeito dos cuidados paliativos adultos e pediátricos.

Ademais, visto a orientação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) que sugere uma atenção interdisciplinar aos pacientes que estão em cuidados paliativos, chama atenção a escassez de produções em periódicos da área da psicologia, referente aos aspectos psicológicos de pais de crianças que estão recebendo CPP. Afinal, quando se refere a questões psicológicas, compreende-se o papel fundamental da psicologia para auxiliar na construção de conhecimento e investimento na área de cuidados paliativos, a qual pode contribuir para a humanização do cuidado, favorecer a adesão ao tratamento, facilitar a comunicação equipe-paciente-família e minimizar o sofrimento dos pais durante esse momento (Melo, Valero, & Menezes, 2013).

Por outro lado, uma vez que se discorre sobre a importância da multidisciplinaridade na área dos cuidados paliativos, pode-se considerar como uma limitação dessa revisão integrativa o fato

desta ter sido produzida apenas por psicólogas. Embora as lacunas nas produções da psicologia, estimula-se a sua articulação com outras áreas que também se ocupam a pensar sobre os CPP. Além disso, o fato de um dos artigos não estar disponível na íntegra e de forma gratuita mostrou-se como uma limitação, visto que impossibilitou que este pudesse compor a presente revisão.

Considerações Finais

Este trabalho buscou realizar uma revisão integrativa da literatura sobre os aspectos psicológicos dos pais de crianças em cuidados paliativos. Percebe-se um aumento nas publicações sobre o tema dos CPP. Entretanto, nota-se a necessidade de conhecer melhor os aspectos psicológicos parentais nesse contexto. Foi possível verificar que os principais aspectos psicológicos mensurados por instrumentos foram sintomas de estresse, depressão, ansiedade e luto, também estratégias de *coping*, saúde geral, qualidade de vida, comunicação, suporte social e funcionamento familiar. Os estudos que realizaram alguma intervenção indicaram que elas foram realizadas, na maioria, pela equipe interdisciplinar, e focaram nas necessidades dos pais e dos pacientes, cuidados paliativos, luto e comunicação.

Verificou-se que o acompanhamento psicológico diminuiu e ajudou a prevenir um aumento dos níveis de estresse, assim como reduziu sintomas de ansiedade. Sobre as estratégias de *coping* se constatou que o equilíbrio destas pode resultar em melhores respostas de regulação emocional pessoal e familiar. Sobre os aspectos do luto, os pais que receberam suporte de uma equipe multiprofissional referiram uma redução na sensação de isolamento, melhor enfrentamento e crescimento pessoal; e uma percepção de uma redução do sentimento de desamparo, um aprimoramento nas estratégias de enfrentamento e um aumento do crescimento pessoal. Além disso, denota-se a importância de se estar ciente das possíveis divergências emocionais e a consequente falha de comunicação no ambiente de cuidados pediátricos.

Foi identificada uma ausência de estudos brasileiros nesta revisão e poucos estudos com delineamento qualitativo. Esta revisão buscou ampliar ao máximo os resultados com as bases de dados utilizadas, bem como a não limitação de idioma e de período de publicação.

Por fim, espera-se que essa revisão possa contribuir para ampliar o conhecimento sobre os aspectos psicológicos de pais de crianças e adolescentes em cuidados paliativos a partir do compilado dos estudos apresentados, bem como para estimular a produção de novos estudos, os quais ainda são escassos. Como sugestão para novos estudos, destaca-se a possível produção de uma revisão sistemática sobre os temas, já que esta oferece uma perspectiva mais aprofundada sobre uma questão específica, enquanto a revisão integrativa oportuniza um panorama mais amplo sobre os achados na literatura. Mostra-se necessário compreender melhor os aspectos psicológicos parentais no contexto dos cuidados paliativos pediátricos para que seja possível oferecer intervenções psicossociais adequadas para essa população.

Referências

- Callahan, K., Steinwurtzel, R., Brumarie, L., Schechter, S., & Parravicini, E. (2019). Early palliative care reduces stress in parents of neonates with congenital heart disease: validation of the “Baby, Attachment, Comfort Interventions”. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 39(12), 1640–1647. Recuperado em 6 de setembro, 2022, de <https://www.nature.com/articles/s41372-019-0490-y>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. Recuperado em 6 de setembro, 2022, de <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>

- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*, 12(8), 753–762. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(11\)70153-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(11)70153-X/fulltext)
- Darlington, A. E., Korones, D. N., & Norton, S. A. (2018). Parental coping in the context of having a child who is facing death: A theoretical framework. *Palliative & supportive care*, 16(4), 432–441. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/parental-coping-in-the-context-of-having-a-child-who-is-facing-death-a-theoretical-framework/64B6333B6B533F1B1908EE2533D2A40C>
- Donovan, L. A., Wakefield, C. E., Russell, V., & Cohn, R. J. (2015). Hospital-based bereavement services following the death of a child: a mixed study review. *Palliative medicine*, 29(3), 193–210. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314556851>
- Ferreira, A. P. de Q., Lopes, L. Q. F. & Melo, M. C. B. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. *Revista da SBPH*, 14(2), 85-98. Recuperado em 13 de outubro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007
- Franco, M. H. P. & Silva, G. F. (2021). Psicologia. In Castilho, R. K, Silva, V. C. S., Pinto, C.S. (3 Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 169-173). Rio de Janeiro, RJ: Aheneu
- Grégoire, C., Chantrain, C., Faymonville, M. E., Marini, J., & Bragard, I. (2019). A hypnosis-based group intervention to improve quality of life in children with cancer and their parents. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(2), 117-135. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207144.2019.1580965>
- Gupta, V., & Prescott, H. (2013). “That must be so hard” - Examining the impact of children’s palliative care services on the psychological well-being of parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), 91–99. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104512448146>
- Hancock, H. S., Pituch, K., Uzark, K., Bhat, P., Fifer, C., Silveira, M., Yu, S., Welch, S., Donohue, J., Lowery, R., & Aiyagari, R. (2018). A randomised trial of early palliative care for maternal stress in infants prenatally diagnosed with single-ventricle heart disease. *Cardiology in the young*, 28(4), 561–570. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.cambridge.org/core/journals/cardiology-in-the-young/article/abs/randomised-trial-of-early-palliative-care-for-maternal-stress-in-infants-prenatally-diagnosed-with-singleventricle-heart-disease/16872B77C2A7CFAE4A471522A34B2744>
- Hexem, K. R., Miller, V. A., Carroll, K. W., Faerber, J. A., & Feudtner, C. (2013). Putting on a happy face: emotional expression in parents of children with serious illness. *Journal of pain and symptom management*, 45(3), 542–551. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00294-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00294-1/fulltext)
- Ho, A., Car, J., Ho, M. R., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., Patinadan, P. V., Chong, P. H., Ong, W. Y., Fan, G., Tan, Y. P., Neimeyer, R. A., & Chochinov, H. M. (2017). A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 587. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-017-2325-5>
- Ho, A., Dutta, O., Tan-Ho, G., Tan, T., Low, X. C., Ganapathy, S., Car, J., Ho, R. M., & Miao, C. Y. (2020). A Novel Narrative E-Writing Intervention for Parents of Children With Chronic Life-Threatening Illnesses: Protocol for a Pilot, Open-Label Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 9(7), e17561. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.researchprotocols.org/2020/7/e17561>
- INCA. (2018). Cuidados paliativos pediátricos. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos-pediatricos>

- Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, E., Wray, J., Pincus, H. A., & Newburger, J. W. (2019). Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early human development*, 139, 104837. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037837821930475X?via%3Dihub>
- Law, E., Fisher, E., Eccleston, C., & Palermo, T. M. (2019). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), [CD009660]. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009660/full>
- Lockwood, B., & Humphrey, L. (2018). Supporting Children and Families at a Child's End of Life: Pediatric Palliative Care Pearls of Anticipatory Guidance for Families. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(4), 527-537. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de [https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(18\)30638-2/fulltext](https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(18)30638-2/fulltext)
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. *Journal of palliative medicine*, 10(5), 1076–1082. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2007.0002>
- Melo, A. C., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(3), 452-469. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/362/36229333007.pdf>
- Mendes, E. C., & Vasconcellos, L. C. F. D. (2015). Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, 39, 881-892. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n106/881-892/>
- Page, M. J., McKenzie J., Bossuyt PM, Boutron I., Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L., Tetzlaff JM, Moher D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: Development of the PRISMA 2020 statement. *J. Clin. Epidemiol*, 134, 103-112. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
- Patterson J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 233–246. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.10019>
- Rabello, C. A. F. G., & Rodrigues, P. H. D. A. (2010). Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 379-388. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.scielo.br/j/csc/a/zTpRHChgVvk8YLZhwny4tmwH/?lang=pt>
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A., & Pereira, J. L. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos/Family Support in Palliative Care. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 13(1), 159-169. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://revistaseletronicas.puocs.br/index.php/fass/article/view/16478>
- Schaefer, M. R., Spencer, S. K., Barnett, M., Reynolds, N. C., & Madan-Swain, A. (2019). Legacy Artwork in Pediatric Oncology: The Impact on Bereaved Caregivers' Psychological Functioning and Grief. *Journal of palliative medicine*, 22(9), 1124–1128. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0329>
- Starks, H., Doorenbos, A., Lindhorst, T., Bourget, E., Aisenberg, E., Oman, N., Rue, T., Curtis, J. R., & Hays, R. (2016). The Family Communication Study: A randomized trial of prospective pediatric palliative care consultation, study methodology and perceptions of participation burden. *Contemporary clinical trials*, 49, 15–20. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.05.004>
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546–553. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

WHO Definition of palliative care. (2002). World Health Organization: Geneva. Recuperado em 17 de novembro, 2021, de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Raquel Lacerda Paiani - Doutoranda em Psicologia - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Taritza Basler Pereira - Mestra em Psicologia.

Isadora da Rocha Poggetti - Acadêmica de psicologia.

Luiza Hentz Wissmann - Acadêmica de psicologia - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Adrielly de Ávila Alves - Mestranda em Psicologia - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ana Carolina de Oliveira Bittencourt - Residente Materno Infantil.

Tagma Marina Schneider Donelli - Professora, doutora em psicologia, coordenadora do grupo de pesquisa CER Bebê – São Leopoldo/RS - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

“Prefiro estar assim do que não estar”: videochamadas como instrumento de humanização em Cuidados Paliativos

“I’d rather be like this than not be”: video calls as an instrument of humanization in Palliative Care

Mabel Viana Krieger¹
Mariana de Abreu Machado²
Livia Costa de Oliveira³
Karla Santos da Costa Rosa⁴
Alessandra Gomes Simões⁵
Fernanda Araújo Gonçalves⁶

Resumo

Introdução: A pandemia de Sars-Cov-2, disseminando globalmente a COVID-19, impactou radicalmente as estratégias de assistência à saúde. Nos Cuidados Paliativos oncológicos exclusivos, as restrições impostas pelos protocolos de controle da COVID-19 afrontaram diretamente alguns dos preceitos fundamentais desta prática, especialmente a participação da rede sociofamiliar nos cuidados à pessoa adoecida, bem como a prestação de cuidados da equipe assistencial às famílias. **Objetivos:** analisar a percepção de familiares acerca da oferta de videochamadas com pessoas internadas em regime de isolamento por COVID-19. **Método:** foram realizadas entrevistas semiabertas via contato telefônico com 23 familiares. Os dados audiogravados foram trabalhados pela Análise de Conteúdo de Laurence Bardin e discutidos a partir de referenciais teóricos de humanização em saúde coletiva e da psicologia hospitalar. **Resultados:** o material estudado resultou em quatro categorias de análise, “Percepção da Relação com a Instituição Através da Atividade de Videochamadas”, “Os Sentidos na Relação de Cuidado”, “Sentimentos Acerca da Experiência: Hospitalização, isolamento e Videochamada”, e “Tempo e Despedida”. **Considerações finais:** O estudo apontou para a relevância da inserção da psicologia no contexto multidisciplinar em Cuidados Paliativos. Foi constatada a possibilidade de, através de videochamada mediada por psicóloga paliativista, assegurar valores de humanização dos cuidados, permitindo integração e acolhimento familiar. **Palavras-chave:** cuidados paliativos; covid-19; humanização da assistência.

¹ Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro/ RJ – mabelkrieger@gmail.com

² Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro/ RJ – mariana.de.abreu.machado@gmail.com

³ Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro/ RJ – Nutricionista – lilycostaoliveira@gmail.com

⁴ Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro/ RJ – kcstarosa@gmail.com

⁵ Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro/ RJ – alessandra.servicosocial@gmail.com

⁶ Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro/ RJ – fernandapsi.goncalves@gmail.com

Abstract

Introduction: The Sars-Cov-2 pandemic, globally spreading the coronavirus disease, radically impacted health care strategies. In exclusive oncological Palliative Care, the restrictions imposed by the COVID-19 control protocols directly affronted some of the practice's fundamental precepts, especially the participation of social and familiar network in the care of patients, as well as the health professionals support of the families. **Objectives:** analyze the perception of family members about the offer of video calls with hospitalized patients in isolation by COVID-19. **Method:** semi-open interviews were conducted via telephone calls with 23 family members. The audio-recorded data were analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis and discussed based on theoretical references of humanization in public health and hospital psychology. **Results:** the studied material resulted in four categories of analysis, "Perception of the Relationship with the Institution through the Video Call Activity", "The Senses in the Care Relationship", "Feelings About the Experience: Hospitalization, Isolation and Video Call", and "Time and Farewell". **Final considerations:** The study pointed to the relevance of psychologists insertion in the multidisciplinary context of Palliative Care. It verified the possibility, through a video call mediated by a palliative psychologist, to assure values of humanization of care, allowing integration and care for the families.

Keywords: palliative care; covid-19; assistance humanization.

Introdução

Desde março de 2020, o mundo encontra-se em estado de pandemia, declarado pela OMS, em virtude da disseminação global da doença COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) causada pelo vírus Sars-Cov-2. O Brasil registrou seu primeiro caso da doença em fevereiro de 2020, e, desde então, o número de casos confirmados no país segue avolumando-se, superando, no período de dois anos, a casa dos 29 milhões de casos.

Por ser uma nova doença e inicialmente pouco compreendida, esforços tanto no sentido de investigação científica quanto de adaptações e ajustes nas práticas em saúde tornaram-se urgentes em todo lugar. Uma das prioridades destas investigações foi buscar entender o impacto da infecção pelo Sars-Cov2 sobre pessoas portadoras de outras doenças preexistentes, principalmente do rol de doenças crônicas. Reconhecendo o câncer como uma doença crônica que muitas vezes requer tratamentos mais agressivos, o paciente oncológico torna-se parte de um grupo mais suscetível a quadros moderados ou graves de Covid-19, aumentando também a taxa de mortalidade deste grupo.

Em situações em que as terapêuticas de combate ativo à doença oncológica são contraindicadas, seja pelo avanço da doença a despeito do tratamento, seja pelo agravamento das condições clínicas, os Cuidados Paliativos ganham importância e constituem a estratégia terapêutica adequada. Esta modalidade assistencial tem como objetivo oferecer cuidados proporcionais, integrais e multidisciplinares para o alívio do sofrimento e da dor, além de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual acarretados pelo adoecimento. Ela é utilizada em várias partes do mundo, comumente nos serviços que adotam o modelo *hospice*⁷. No Brasil, dentre os serviços que oferecem Cuidados Paliativos, o Hospital do Câncer IV, do Instituto Nacional de Câncer – INCA/HCIV – no Rio de Janeiro, é a instituição nacional com o maior número de leitos hospitalares, além de oferecer cuidados ambulatorialmente ou

⁷ O modelo *hospice* de cuidados, baseado na filosofia de mesmo nome, foi desenvolvido em sua forma contemporânea por Cicely Saunders. Para maiores informações, ver <https://cicelysaundersinternational.org/>

em assistência domiciliar para os pacientes encaminhados das diversas clínicas oncológicas do INCA.

Pacientes em Cuidados Paliativos podem ter maior ou menor sobrevida, de acordo com o tipo de câncer e grau de avanço da doença. Alguns estudos sugerem que a implementação precoce dos cuidados paliativos, complementar ao tratamento ativo de combate à doença, pode contribuir para uma melhor sobrevida (Temel et al., 2010). Contudo, diante da evolução da doença, observa-se um aumento da necessidade de hospitalização para suporte especializado com possível evolução para cuidados ao fim de vida. A equipe paliativista possui expertise técnica para manejar as necessidades características deste momento de vida das pessoas, possibilitando dignidade do processo de morrer. Diante disto, faz-se necessário o apoio de uma equipe especializada de profissionais com ênfase nesta modalidade de cuidados, com objetivo na humanização da assistência e do suporte na internação hospitalar e, em especial, no processo de morte (WHO, 2018). A associação da infecção por Sars-Cov-2 ao quadro de câncer avançado aumenta significativamente para esse grupo o risco de uma sobrevida ainda menor (Thuler & Melo, 2020).

A pessoa portadora de câncer avançado em Cuidados Paliativos necessita e possui o direito de ser bem acolhida e cuidada, e de ter suas necessidades físicas, emocionais e psicossociais atendidas (FIOCRUZ, 2020). Contudo, a incidência do adoecimento por COVID-19 implicou na exigência de medidas que, por vezes, se contrapõem diretamente aos princípios dos Cuidados Paliativos. A díade paciente-família constitui a unidade de cuidados em Cuidados Paliativos. É importante *“usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto”* (INCA, 2021). A atuação da Psicologia em Cuidados Paliativos é reconhecida, valorizada e estimulada, uma vez que pode contribuir para a integralidade da assistência baseada nestes princípios.

O confinamento a que pacientes têm de ser submetidos, inclusive em fase de fim de vida, em virtude das exigências sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19, impactam tanto na resposta emocional dos pacientes quanto na de seus familiares e cuidadores. A maior vulnerabilidade gerada por uma doença crônica associada a uma aguda, pouco conhecida e acrescida da imposição de condições de isolamento social exigiu a reformulação de práticas no âmbito dos Cuidados Paliativos, visando à garantia, por um lado, do respeito à dignidade e ao vínculo afetivo produtor de cuidado em saúde, e, por outro, à oferta de modalidades de contato seguro entre pacientes e familiares como uma das medidas adotada pelos hospitais para evitar a propagação do vírus no ambiente hospitalar (Freitas et al., 2020).

É crescente o número de estudos e publicações que investigam e descrevem como instituições e serviços de saúde tem utilizado as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) com o objetivo de melhorar a eficiência, a segurança e a qualidade do atendimento clínico. A maioria dos estudos sobre o tema aborda os benefícios das TICs no âmbito da telessaúde, o que abrange o uso destas tecnologias tanto para serviços assistenciais quanto para atividades de capacitação e treinamento das equipes multidisciplinares (Leung K et al., 2019; Allsop, Taylor, Mulvey, Bennett, Bewick, 2015). A partir do estado de pandemia, grande parte dos serviços de saúde precisou formular estratégias de atendimento remoto, a fim de minimizar a distância física imposta pelas medidas de distanciamento social (Grange et al., 2020; Wakan, Montgomery, Biesterveld, Brown, 2020). Desta forma, a discussão sobre o papel deste recurso para a humanização dos cuidados em saúde no ambiente hospitalar é um campo recente, mas que vem ganhando relevância.

O processo de adoecimento e a necessidade de hospitalização geram sentimentos de ansiedade e medos, que mobilizam respostas de defesa, adaptação e ajustamento (Botega, 2012). A internação hospitalar engendra estresse e a presença de familiares e/ou cuidadores

durante esse período favorece a amenização do mesmo. Sendo assim, no contexto dos Cuidados Paliativos, a permanência de familiares/cuidadores durante a hospitalização sempre foi incentivada. Todavia, em decorrência das condições sanitárias que impõem o isolamento dos pacientes hospitalizados, o uso de TICs para a realização de videochamadas entre pacientes internados e familiares/cuidadores pode oferecer um recurso capaz de tranquilizar ambos os sujeitos da unidade de cuidados, promover redução do estresse emocional, além de garantir a proteção de privacidade se utilizado adequadamente (Nardo *et al.*, 2021). Negro *et al.* (2020) apontam que a comunicação eficaz melhora a satisfação da família, a confiança na equipe e o bem-estar psicológico dos membros familiares.

Com o advento da pandemia, o HCIV/INCA procurou manter como premissa de cuidados a rotina assistencial de avaliação multidisciplinar para todos os pacientes em isolamento. Buscou-se, com isso, sustentar o princípio de integralidade do cuidado, oferecendo para estes pacientes não apenas a atenção, básica e essencial, médica e de enfermagem, mas também a avaliação e a abordagem psicológica, que constituiu um dos pilares da estratégia das videochamadas.

Desta forma, foi possível identificar o desejo de pacientes e familiares em estabelecerem contato entre si durante o período de internação, bem como também puderam ser avaliadas as condições de viabilidade desta comunicação através de chamadas de vídeo – condições clínicas do paciente, recursos para a realização desta atividade (equipamento, profissionais disponíveis e treinados, etc.) As videochamadas passaram a ser oferecidas às famílias e aos pacientes em isolamento, e, diante do aceite e da possibilidade de viabilizar a ligação, agendados dia e horário para a chamada via aplicativo de vídeo.

Neste contexto, a equipe de psicologia em atuação interdisciplinar assumiu papel mediador na estratégia de comunicação com as famílias dos pacientes em situação de isolamento devido à COVID-19, bem como entre a tríade família-paciente-equipe multiprofissional. As videochamadas entre pacientes e familiares foram mediadas pela psicóloga de referência da enfermaria, identificando a indicação e benefícios possíveis desta estratégia para cada unidade de cuidado – paciente e família – e para intervenção de apoio quando necessário.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar o uso de TICs como ferramenta de comunicação entre familiares e pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos internados no HCIV/INCA em isolamento devido à suspeita ou confirmação de infecção da COVID-19, para a promoção da humanização do cuidado e redução do sofrimento possível.

Método

Este estudo é o resultado de um dos eixos do projeto de pesquisa intitulado “Incorporação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) pela realização de chamadas via aplicativo de vídeo como componente da humanização da assistência a pacientes com câncer avançado internados com a COVID-19 numa Unidade de Cuidados Paliativos exclusivos”, cadastrado no sistema CEP/CONEP sob o CAAE 31053220.0.0000.5274 e aprovado pelo Comitê de Ética do INCA no parecer de nº 4.025.454 de 13 de maio de 2020. Este projeto teve caráter multi e interdisciplinar, com a participação de diversos profissionais envolvidos nos cuidados diretos aos pacientes com o perfil estudado.

O que ora apresentamos trata-se do resultado do eixo qualitativo desta pesquisa, conduzido majoritariamente por profissionais de psicologia, serviço social e nutrição. Além da relevância temática do estudo em si, este trabalho apresenta a inserção da profissional de psicologia em uma discussão de caráter interdisciplinar a partir da atuação hospitalar construída na interlocução com as categorias profissionais envolvidas.

A intervenção estudada neste âmbito da pesquisa foram videochamadas realizadas para pacientes em situação de isolamento durante internação hospitalar e seus familiares, atividade implementada pela psicóloga do setor. Com a necessidade de adaptações na rotina de atendimentos para garantir a integralidade do cuidado, a atuação da psicologia neste contexto acentuou seu caráter mediador das relações de cuidado no hospital. Para organização das videochamadas, a primeira ação relevante é o contato com os demais profissionais da equipe para recolher informações sobre as condições gerais dos pacientes, de modo a auxiliar as famílias, durante as chamadas de vídeo, a compreender aquilo que estão observando. Em segundo lugar, a avaliação presencial dos pacientes em isolamento e por teleatendimento dos familiares envolvidos, do ponto de vista psicológico, emocional e afetivo, para compreender a dinâmica relacional entre eles, e identificar o desejo de cada um por este tipo de contato, bem como acessar, de forma segura, possíveis benefícios ou prejuízos da realização deste contato virtual – contraindicando a intervenção quando necessário.

Este estudo foi realizado, portanto, para avaliar a percepção dos familiares de pacientes internados em regime de isolamento devido à COVID-19 em relação ao uso de TICs (videochamadas realizadas por meio de tablets) para a comunicação entre eles. Para esta pesquisa de caráter qualitativo, foram elegíveis todos os familiares de pacientes internados no HCIV/INCA em regime de isolamento, no período de março a julho de 2020, com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e/ou outros sintomas associados, suspeitos ou confirmados de infecção pela COVID-19, e que tenham se comunicado com os pacientes por meio de videochamada mediada pela psicóloga da equipe.

A primeira abordagem com os familiares para fins deste estudo foi feita por meio de ligações telefônicas onde as pesquisadoras explicaram a proposta da pesquisa, seus objetivos e os convidaram para uma entrevista. Aqueles que aceitaram ser entrevistados, deram sua autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram agendamento de dia e horário para sua realização.

Em seguida, foram realizadas entrevistas semiabertas por pesquisadoras treinadas, por meio de ligações telefônicas audiogravadas, no período pós-alta ou óbito dos pacientes, ao longo dos meses de julho e agosto de 2020. As entrevistas foram guiadas por roteiro constituído por cinco perguntas sobre o impacto das videochamadas na perspectiva dos familiares.

O total da amostra perfaz 40 famílias. Após explicação da pesquisa e convite para participação, 23 familiares aceitaram/consentiram em ser entrevistados. Dentre os demais familiares incluídos no estudo, dois (02) aceitaram e logo após retiraram o aceite, quatro (04) recusaram sem motivos, outros quatro (04) recusaram alegando que não gostariam de participar por ligação de áudio; ao saberem ser pesquisa sobre Covid; demonstraram insegurança para participação na pesquisa; ou por estar bastante mobilizado pela perda do familiar. Ainda outros três (03) após aceitarem o convite para a pesquisa não responderam mais as ligações; com dois (02) não foi possível nenhum contato e dois (02) familiares estavam com número de telefone incorreto na ficha de contato.

Para o tratamento dos dados colhidos nas entrevistas utilizamos as ferramentas metodológicas da Análise de Conteúdo conforme Bardin (1977). As informações levantadas pela pesquisa puderam ser discutidas de modo a favorecer as reflexões e entendimento dos usuários do serviço de saúde sobre as condições experimentadas durante a internação hospitalar relacionada à COVID-19. No quadro abaixo apresentamos a relação dos achados da pesquisa com as inferências realizadas a partir das categorias de análise levantadas.

Quadro 1.

Inferências e Categorias de Análise. Própria autoria. Rio de Janeiro, 2021

CATEGORIAS	INFERÊNCIAS
PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO COM A INSTITUIÇÃO ATRAVÉS DA ATIVIDADE DE VIDEOCHAMADAS	Os familiares demonstram valorização da atividade de videochamadas
	A continuidade da oferta de videochamadas para além do contexto COVID-19 é uma estratégia importante que deve ser somada às práticas de cuidado
	A atitude do hospital e da equipe é empática e cuidadosa por se preocuparem em oferecer as videochamadas
OS SENTIDOS NA RELAÇÃO DE CUIDADO	Poder ouvir os pacientes e ser ouvidos por eles permite que expressem afeto e cuidado, reduzindo o prejuízo da situação de isolamento
	A possibilidade de ver o paciente internado impacta sobre o bem estar dos familiares, reduzindo ansiedade e sintomas associados, e garantindo maior confiança nas informações recebidas por telefone da equipe
SENTIMENTOS ACERCA DA EXPERIÊNCIA: HOSPITALIZAÇÃO, ISOLAMENTO E VIDEOCHAMADAS	As videochamadas apresentam ambiguidade de sentimentos, trazendo ao mesmo tempo alívio, mas sem extinguir a angústia do isolamento
	As expectativas da família podem ser melhor moduladas frente a realidade do quadro do paciente através do contato via chamada de vídeo
	Pacientes em isolamento podem alimentar fantasias de abandono pela família, que são desconstruídas pela possibilidade de comunicação por chamada de vídeo
	O contato com familiares, mesmo que virtual, produz efeito benéfico sobre a saúde dos pacientes, gerando estímulo para que busquem a melhora
TEMPO E DESPEDIDA	A impossibilidade do contato entre pacientes e familiares em internações com isolamento em setores que não dispunham de oferta de chamadas por vídeo gera respostas de angústia, medo e insegurança por ambas as partes, aumentadas proporcionalmente ao prolongamento do tempo sem nenhum tipo de contato
	Para pacientes em situação de fim de vida e/ou casos com agravo rápido e súbito, a chamada por vídeo proporcionou um substitutivo suficientemente adequado para a despedida familiar, auxiliando no processo de luto

Resultados e Discussões

O campo das ciências biomédicas assistiu a um intenso desenvolvimento tecno-científico, já posto em andamento em meados do século XIX, e cada vez mais acelerado e valorizado ao longo do século XX. O debate sobre as práticas da biomedicina levantado por autores como Canguillem (1966/2009), a partir da década de 1960, serviu como um ponto de partida para discussões que denunciam o distanciamento nas relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes como um processo de 'desumanização' das práticas de cuidado em saúde, nas quais o profissional clínico passou a ser treinado para

considerar mais o ponto de vista fisiológico e o seu próprio conhecimento técnico-científico sobre o tema do que o ponto de vista, a narrativa, do próprio paciente. Desta forma, a discussão acerca da humanização em saúde tem como pano de fundo o desenvolvimento de práticas de cuidados em saúde que, historicamente, voltaram seu olhar para as capacidades e potências das tecnologias duras (Merhy, 1997), negligenciando, em um ou mais níveis, a relação que se estabelece entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, juntamente a seus aspectos sociais, psicológicos e subjetivos.

Deslandes (2006) aponta para fatores de ordem estrutural que podem contribuir para este processo de desumanização em saúde. Estes fatores têm suas raízes na lógica da ciência biomédica, que organiza tanto a formação técnico-científica dos diversos atores no campo da saúde, quanto os próprios serviços de atenção em saúde. Afirma a autora:

As propagadas neutralidade e objetividade biomédica, que teriam a função de prover melhor discernimento na tomada de decisões, poderiam gerar interações frias e distanciadas com os pacientes (...) 'Tratar as pessoas como coisas', vê-las 'como problemas' e tratá-las de forma objetiva e distanciada são consequências evidentes de uma racionalidade científica específica, manifesta no modo como a medicina constrói seu objeto e sua identidade como prática social. (Deslandes, 2006, p.39).

Devemos considerar ainda o conceito de humanização como fundamento de políticas públicas em saúde na organização social do nosso país. Estabelecida como uma política orientadora para o SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece a humanização em saúde como um "eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS" (Brasil, 2004). No texto desta diretriz "*Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais*" (Brasil, 2004, p. 6).

Na medida em que os protocolos de segurança biológica exigidos em caráter emergencial pelo advento da pandemia de COVID-19 poderiam resultar em desumanização da assistência prestada a pacientes e familiares, a reorganização de um serviço de cuidados paliativos oncológicos exclusivos com a inclusão de videochamadas entre pacientes em isolamento e seus familiares, e mediadas pela equipe de saúde, mostrou-se em consonância com as definições e premissas do que se entende por humanização das práticas em saúde. Este entendimento foi avaliado pela pesquisa ora apresentada, cujo material pôde, após tratamento analítico, ser conformado em quatro grandes categorias, como apresentamos a seguir.

Percepção da Relação com a Instituição Através da Atividade de Videochamadas.

De acordo com Deslandes (2006), a humanização da saúde pode ser entendida nos termos de um movimento instituinte do cuidado e que promove a valorização da intersubjetividade das relações. No âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) essas relações atravessam vários níveis, desde as relações 1:1, pessoa a pessoa, envolvendo o cuidado direto da profissional de saúde à paciente, até as relações que pacientes e familiares estabelecem com as instituições onde seus tratamentos se desenvolvem.

No contexto hospitalar, a psicóloga investiga os aspectos psicológicos em torno do adoecimento, ou seja, analisa as manifestações da subjetividade diante da doença, tais como sentimentos, pensamentos, comportamentos, desejos, fantasias, crenças, sonhos, valores,

conflitos, estilos de vida e estilos de adoecer (Simonetti, 2011). Angerami-Calmon (2010) aponta para o papel mediador da profissional de psicologia nas relações que se estabelecem entre os diversos atores no contexto hospitalar. Desta forma, no que diz respeito à inserção das TIC's na rotina hospitalar através da atuação da psicologia e alavancada pelo advento da pandemia no Brasil em 2020, nossa pesquisa demonstrou impacto significativamente positivo sobre as relações de pacientes e familiares com as profissionais envolvidas nos cuidados das pessoas em situação de isolamento. Isto aparece de forma evidente nas falas das entrevistadas:

“mesmo que tenha poucos... eh... funcionários, né, enfermeiros, mas eu acho que foi um ponto muito positivo pra....prás pessoas que... que tão aí internadas... e... como eu falei, mesmo não tendo pessoas suficientes, sendo muitos pacientes internados, eh... foi uma ótima ideia e uma ótima iniciativa” (E15)

Além disso, ficou expressa a influência desta atividade sobre a percepção da relação das famílias com a instituição como um todo, enquanto gerente e agenciadora da promoção deste cuidado, conforme constatamos em inúmeros relatos:

“Eu achei que isso é um procedimento que vocês devem permanecer independente de pandemia. (...) Mas eu me senti... assim... eu senti que o hospital deu muita importância em dar satisfação ao familiar (...) eu acho que vocês deviam permanecer com isso independente de pandemia, porque tem muita gente que tem familiar longe, né?” (E1)

Ainda dentro desta categoria de análise, podemos também destacar a valorização das famílias sobre esta atividade, invariavelmente apontando para a necessidade de que seja dada continuidade a esta estratégia de cuidado.

Se, por um lado, a entrada das tecnologias na esfera dos cuidados em saúde já foi muitas vezes denunciada como agente de desumanização (Maciel-Lima & Paraná, 2004), na medida em que estas tecnologias foram sendo usadas como substitutas das relações interpessoais, foi possível, através das videochamadas, ressignificar o uso das TIC's para uma proposta de reaproximação entre os envolvidos no processo de produção de cuidado em saúde. A tecnologia, neste sentido, ainda ocupa um lugar de mediadora das relações, porém não atuando como elemento de distanciamento, mas como um recurso que viabiliza o contato, a proximidade, que reestabelece a relação e valoriza os vínculos afetivos.

“Acho uma oportunidade ímpar, né? Graças a Deus nós temos a tecnologia a nosso favor e nos devemos aproveitar. (...) Eu acho a videochamada muito boa, muito interessante. Achei que foi muito bem feita, muito bem planejada. Ligaram antes pra gente se programar, pra gente ter tempo de achar um lugar correto, todo muito tranquilo... se preparar pra aquele-, pra aquele momento, né, que é impactante. Eu acho que foi perfeito. Perfeito. Eu não tenho nada a acrescentar de melhora. Pra mim foi ótimo. (E9)”

Os Sentidos na Relação de Cuidado

A dimensão ideológica do conceito de humanização em saúde toma como condições necessárias à humanização que se considere o valor intrínseco da vida humana, que as pessoas sejam consideradas em sua integralidade e que seja reconhecida a insubstituibilidade de cada ser humano. Dentro desta perspectiva emerge, ao longo da análise do material colhido nas entrevistas desta pesquisa, questão relativa ao papel dos sentidos nas relações de cuidados, com acentuado destaque para a visão e a audição.

“Eu tenho certeza que ela ouviu, né, mas não podia se expressar. Mas, eu tenho certeza que ela ouviu tudo o que a gente pode falar na videochamada. Tenho certeza que ela descansou agora e sabe, né, que como eu falei pra ela na videochamada que eu ia cuidar de tudo, que ela poderia descansar em paz. (...) Foi um contato que a gente pôde ver a minha mãe, pôde ver que ela tava / (estava) / ainda respirando, pode ver que ela ouviu o que a gente passou pra ela na videochamada. Foi muito importante, né? (...) pra poder se sentir um pouco ali presente junto com aquela pessoa, né, mesmo que a pessoa, o paciente não esteja vendo, né, não esteja podendo se movimentar, sei lá, eh, ter um contato mais físico, mas esteja ouvindo, né, pelo menos, a voz do familiar e saber que não está sozinho, né. Então, isso foi muito importante pra minha família, sim” (E4)

Relações de cuidado, especialmente no contexto de doença oncológica avançada, usualmente envolvem maior grau de dependência e intimidade entre a pessoa cuidada e suas cuidadoras. É grande o tempo que passam em situações que pressupõem estímulos sensoriais múltiplos; no ato de alimentar o outro, nos cuidados higiênicos com o corpo, no auxílio à locomoção, no sentar-se e no deitar-se, estão em jogo os sentidos, especialmente o tato e a visão. O contato corporal é frequente, a escuta deve permanecer atenta aos detalhes, para atender às necessidades. A cuidadora torna-se, muitas vezes, a sustentação da pessoa cuidada, garantindo-lhe segurança e proteção.

Num contexto de adoecimento em que a dupla morbidade – câncer avançado e infecção por COVID-19 – gera uma ruptura abrupta desta relação íntima e sensorial de cuidado, em virtude da exigência do isolamento, identificamos em nossa pesquisa como o recurso de videochamadas via TIC's tornou-se uma estratégia de resgate desta possibilidade de contato, em que os sentidos da visão e da audição tomaram caráter preponderante na percepção da qualidade do cuidado às pessoas isoladas.

“Então, quando você não vê o ente querido, realmente, eh..., você fica muito aflito e a possibilidade de ver, né, pode ser pra você ficar mais tranquilo vendo a pessoa ali, porque passa várias coisas na sua cabeça” (E9)

Outro aspecto significativo que emergiu nas falas das familiares entrevistadas diz respeito à sensação de segurança e de confiança no cuidado realizado pela equipe hospitalar, estimulada pela possibilidade de ver as condições em que a pessoa internada em isolamento se encontrava. A segurança apareceu frequentemente associada a sentimentos como alívio e tranquilidade no relato das famílias.

Por fim, frequentemente, familiares associaram a experiência de ver e ouvir, e de serem vistas e ouvidas pelos pacientes a repercussões positivas sobre a saúde tanto física quanto mental dos pacientes, promovendo bem-estar, alívio de sofrimento, sentimento de amparo e melhora na resposta aos tratamentos médicos. A imagem e a voz de familiares aparecem como um recurso de fortalecimento e estímulo ao enfrentamento positivo do período de hospitalização em isolamento.

“Eu achei muito importante, eh... principalmente... de ouvir a voz de uma pessoa da família, de um parente, né? E... eu acho que foi importante pra ele, mesmo ele não podendo... responder, por estar muito debilitado. (...) Eh... na videochamada eu comentei, que era para ele se manter forte, esperançoso, que tudo ia dar certo, passei muita positividade. Eu acho que isso é muito importante pro paciente já que ele não pode ver ninguém da família, nem ouvir a voz de uma pessoa conhecida, né? (...) E também pro familiar que pode... ver como ele tá e passar pros outros o que achou dele, como ele estava, como ele reagiu... Eu acho que isso foi muito importante”. (E15)

Sentimentos Acerca da Experiência: Hospitalização, isolamento e Videochamada.

Seguindo com as definições de humanização e desumanização da saúde que viemos adotando nesta discussão, entendemos que o próprio processo de hospitalização, em qualquer circunstância, pode ser em si mesmo já um mecanismo produtor de desumanização, na medida em que envolva ambientes estáticos e estéreis, e que comporte práticas baseadas no modelo biomédico, que negam a subjetividade da pessoa adoecida, focando exclusivamente no adoecimento, ou pior, na doença que a pessoa carrega em si.

Práticas hospitalares assim conformadas abordam as pessoas não em sua integralidade, mas as tomam como ‘problemas’, destituindo-as de seu valor intrínseco, singular, e fragmentando as estratégias de cuidado, dentro de uma lógica mecanicista que olha apenas para as partes, ignorando o funcionamento sistêmico da totalidade da pessoa humana e de sua interrelação com o meio e com a cultura. Neste contexto, o isolamento e as restrições de convívio afetivo que muitas vezes são características de determinadas situações de hospitalização são percebidas por pacientes e familiares como situações desumanizadoras.

Os Cuidados Paliativos propõem uma abordagem holística, cujo cuidado centra-se no binômio paciente-família, compreendendo a participação familiar nas estratégias de produção de cuidado como fundamental e indispensável, mas também, considerando as familiares cuidadoras como beneficiárias do cuidado oferecido por uma equipe interdisciplinar. Portanto, a experiência do grupo familiar acerca do adoecimento e da situação de hospitalização se torna elemento significativo na organização da estratégia de cuidado a ser oferecida. As visitas virtuais através das videochamadas aliviam a solidão dos pacientes internados em isolamento e a preocupação das famílias, bem como ajudam na construção de uma relação de confiança com a equipe de saúde (Ficher et al. 2021).

“Eh... pra o familiar que fica longe do ente querido, é uma experiência agonizante, terrível mesmo. (...) Foi uma experiência muito boa, muito satisfatória pra minha família [o contato através da videochamada]. (...) É um sentimento conflitante, né?” (E9)

Com a imposição de manterem-se distantes fisicamente de seus familiares internados, e aliadas da possibilidade de lhes oferecerem um cuidado direto, presencial, as famílias experienciam uma grande ambiguidade de sentimentos com relação à oportunidade de contato por videochamada com pacientes em isolamento. Familiares que têm pessoas internadas em regime de isolamento experimentam angústia, referem incerteza diante do tipo de cuidado que pode estar sendo oferecido ao seu parente, e um misto de culpa e apreensão por não ser ela ou ele a pessoa que está diretamente responsável pelos cuidados. Fantasiam acerca da percepção dos pacientes sobre a situação, imaginando que estes se acreditam desamparados, abandonados pela família, o que intensifica o sofrimento de todos.

Além disso, em virtude das relações hierarquizadas entre os profissionais de saúde e as famílias, muitas vezes as comunicações se dão sem que o familiar cuidador consiga as respostas que efetivamente deseja sobre as condições da pessoa internada. Algumas familiares apontam para uma discrepância entre o que lhes é dito – informações de caráter clínico, dadas de forma objetiva e normativa – e o que realmente gostariam de saber – aspectos subjetivos da experiência de internação e isolamento de seu familiar: reações emocionais, menções à família, atitudes e comportamento. O relato a seguir sintetiza de forma clara e abrangente os sentimentos experimentados pelas familiares diante desta situação:

“E... a sensação que você tem quando te é tirada a possibilidade de vivenciar, de vê-la, de falar com ela, é de que ela foi... abandonada e de que ela tá sem atendimento, você não sabe se... se ela tá sendo tratada e... se as informações que você tem são reais ou se tão sendo escondidas algum tipo de informação do estado dela. Então poder vê-la, além de...da...do contato, da saudade, né... é uma segurança de que ela está sendo cuidada (...) Então, eh...assim... a possibilidade de... desse contato, realmente, foi tudo. Fez a diferença... eh... eu acho que foi a primeira noite que eu dormi, eh...foi depois dessa chamada, porque eu não consegui dormir, imaginando o que tava acontecendo, acordava pensando se ela tava com frio, tava sem meia, tava sem comer, enfim...e... e que-... só aquela ligação de alguns minutos, acho que mudou a minha vida, sério. Foi...essencial (...) Então, eu acho que a minha vida vivia muito em torno de ter informações dela, de saber como ela tava. E, nem sempre, eh... porque às vezes, assim, a resposta que vinha era bem médica, olha, ela tá estável, os exames, a temperatura, né, os sinais vitais estão bem e... você não, assim, eh... você não consegue...eh... ter uma...uma...uma informação de como é o que a gente quer...a família. Como é que ela tá, sabe? Ela dormiu? Ela tá comendo? Como é que ela tá passando o dia? Ela tá conseguindo dormir? Ela tá contida? (...) E... então, isso vai gerando uma angústia... porque... eu, enquanto filha, não quero só saber como é que ela tá... respondendo ao tratamento, eu quero saber como ela tá... emocionalmente, como é que ela tá sendo tratada, como é que ela tá...qual é o conforto que ela tem, entendeu?”
(E5)

A partir dos relatos colhidos com estas familiares foi possível estabelecer a importância desta estratégia de cuidado – a mediação da comunicação entre pacientes em isolamento e seus familiares por videochamada – como um recurso de cuidado ao binômio paciente-família, com

efeito terapêutico sobre sintomas como angústia, ansiedade e insônia, que foram comumente relatados pelas familiares cuidadoras.

Tempo e Despedida.

Uma última categoria elaborada a partir da análise dos relatos diz respeito à percepção da temporalidade para os pacientes e suas famílias. Uma vez que recebem o diagnóstico de incurabilidade da doença oncológica, é comum que pacientes e familiares passem a orientar suas relações em função do tempo: quanto tempo mais teremos juntos? Quanto tempo há para realizar o que desejo? Para resolver pendências? Para acompanhar os momentos significativos de minha família? Nascimentos, casamentos, formaturas, etc, terão a presença daquela pessoa que amamos?

Muitas vezes o diagnóstico oncológico e o prognóstico de doença limitadora da continuidade existencial vem antecedido justamente de um período de hospitalização, em que parte ou mesmo toda a família não pode estar presente acompanhando a pessoa nesta fase do adoecimento. A situação de isolamento na internação hospitalar imposta pelas condições da pandemia veio agravar o impacto deste distanciamento sobre pacientes e famílias, em alguns casos aumentando enormemente o tempo em que ficaram incomunicáveis entre si, em outros, impondo uma ruptura da rotina de cuidados, antes integralmente executada pela cuidadora familiar, que então se via impossibilitada sequer de estar ao lado da pessoa familiar adoecida.

Além do tempo passado sem contato com a pessoa internada, a condição da terminalidade impõe nesses casos uma preocupação adicional: a da despedida. Diante de um quadro suspeito ou confirmado de COVID-19 para pacientes em cuidados paliativos oncológicos exclusivos, num contexto em que o índice de morbimortalidade relativo à pandemia é notoriamente alto, estas famílias se deparam com o risco da perda iminente, antecipando o processo de luto.

“Inclusive, o último contato nosso, foi através de chamada de vídeo, entendeu? Então... pra mim foi bastante importante. (...) se não fosse esse vídeo, eu teria ficado mais de um mês sem falar com mamãe, nem ia ter a oportunidade de ter uma despedida.” (E1)

Silva e Machado (2022, p.175) ressaltam que a realização de videochamada “contribui para que não se perca o foco na minimização do sofrimento evitável desses pacientes e de seus familiares e na promoção da qualidade de vida e de morte”. As autoras também destacam que esse dispositivo pode ser a única chance de despedida entre eles, num cenário em que os familiares se deparam com a impossibilidade de realizar rituais fúnebres que contribuem para a elaboração da perda, deparando-se, portando, com um fator complicador para o processo de luto.

Franco (2021) afirma que, com a pandemia da COVID-19, o luto vivenciado no mundo assumiu proporções nunca imaginadas. A falta ou a severa restrição dos rituais fúnebres “representaram a ausência de um fechamento e de uma concretude tão necessários para esse processo” (Franco, 2021, p.42).

Muito tem-se discutido o impacto das condições de isolamento e das inúmeras restrições impostas pela pandemia que nos assola desde 2020 nos rituais de fim de vida da nossa sociedade, bem como no luto individual e coletivo. A proibição de alguns rituais afetivos e religiosos de despedida, que contribuem para a elaboração da perda por morte de alguém amada, pode ter efeitos deletérios significativos no processo de luto de familiares e amigos de pacientes que falecem em decorrência da COVID-19. Os ritos fúnebres, presentes desde as sociedades mais

primitivas, “favorecem a mudança de papel e permitem a transição do ciclo de vida, além de contribuir para a maturação psicológica, possibilitando a manifestação pública do pesar” (Oiveira, 2022, p. 104-5).

Conclusão

Podemos pensar o uso do dispositivo da videochamada na comunicação entre pacientes em isolamento devido à COVID-19 e suas famílias mediada por uma psicóloga como uma estratégia de intervenção clínica que visa à proteção à saúde mental dessa unidade de cuidado e à redução de danos diante da situação de grave crise sanitária representada pela pandemia.

Estudos iniciais sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental da população revelaram piora na qualidade do bem-estar mental, com aumento de sintomas depressivos, ansiosos e insônia (Gallucci-Neto, Brunoni e Valiengo, 2022). Cabe também ressaltar que os efeitos deletérios à saúde mental causados pela pandemia tendem a perdurar por bastante tempo.

Foi possível constatar a partir da narrativa das familiares entrevistadas efeitos positivos no tocante à construção de uma relação de confiança entre paciente-família e equipe multiprofissional, base para o alcance de um cuidado centrado nas reais necessidades do núcleo de cuidado, já profundamente ameaçado em sua integridade pela condição disruptiva representada pela pandemia.

Longe de esgotar o tema, as ideias discutidas neste artigo pretendem abrir espaço para a reflexão sobre estratégias de cuidado que contribuam para a promoção da dignidade do morrer, mesmo em contextos dramáticos como o da pandemia de COVID-19. O cenário pandêmico, que modificou o mundo presumido e balançou os alicerces dos cuidados em saúde, resultou no desenvolvimento de saídas inventivas para a continuidade da oferta da assistência integral e humanizada aos usuários dos serviços de saúde. A videochamada aparece como um dispositivo eficiente e acessível para a garantia de uma comunicação afetiva e cuidadosa entre paciente e familiares, fortalecendo os vínculos sociofamiliares. Acreditamos que, seu uso, como sinalizado por algumas entrevistadas, possa extrapolar o contexto da pandemia e beneficiar pacientes com outras patologias que não a COVID-19 e em diversas outras condições de hospitalização. Este recurso tecnológico contribuiu para aproximar as famílias das equipes de saúde e, assim, permitiu a construção de uma relação de confiança entre esses atores do processo de cuidado, outro elemento-chave para o fortalecimento da humanização em saúde. Consideramos que também seja uma ferramenta que contribui para a prevenção de complicação do processo de luto por permitir despedidas, resolução de alguns conflitos, assim como o testemunho e a legitimação do sofrimento por parte da psicóloga assistente.

Referências

- Allsop, M. J., Taylor, S., Mulvey, M. R., Bennett, M. I., & Bewick, B. M. (2015). Information and communication technology for managing pain in palliative care: a review of the literature. *BMJ supportive & palliative care*, 5(5), 481–489. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000625>
- Angerami-Camon, V. A. (2010). *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (2a ed.). São Paulo: Cengage Learning.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Botega, N.J. (2012). Reação à doença e à hospitalização. In: Botega, N.J. (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed.

- BRASIL. Ministério da Saúde (2004). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Canguilhem, George (2009). *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de carvalho Barrocas. 6ª ed. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária (Trabalho original publicado em 1966).
- Deslandes, S.F. (org) (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Ficher, A. M. F. T., Antonechen, A. C., Carvalho, F. L., Silva, H. T. P., Meghelli, B. L., Motta, M. C. S., Victal, F. C. A., Cirillo, L. P., Ianhez Junior, E., Quaglio, R. C., Cabral, J. K. O., Verceze, R., Urquidi, I. B., & Bortoletto, L. Z. (2021) Videochamadas: Aproximando paciente, família e equipe durante a internação em tempos de pandemia de COVID-19. *Revista Qualidade HC*, 305-312. <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/312/312.pdf>
- Franco, M. H. P. *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus, 2021.
- Freitas, R. de, Oliveira, L. A. F. de, Rosa, K. S. da C., Borsatto, A. Z., Sampaio, S. G. dos S. M., Sales, B. R., Krieger, M. V., Esteves, E. M. F. L., Silva, E. D. da, & Oliveira, L. C. de. (2020). Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer Avançado e Covid-19. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 66(TemaAtual), e-1077. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077>
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2020). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Processo de Luto da COVID-19*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gallucci-Neto, J.; Brunoni, A. R.; Valiengo, L. C. L. (2022). O impacto da pandemia da COVID-19 nos transtornos psiquiátricos e o suicídio. In: Pallottino, E. R.; Kovács, M. J.; Aceti, D.; Ribeiro, H. G. *Luto e Saúde Mental na pandemia da COVID-19: Cuidados e reflexões*. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022, 117-124.
- Grange, E. S., Neil, E. J., Stoffel, M., Singh, A. P., Tseng, E., Resco-Summers, K., Fellner, B. J., Lynch, J. B., Mathias, P. C., Mauritz-Miller, K., Sutton, P. R., & Leu, M. G. (2020). Responding to COVID-19: The UW Medicine Information Technology Services Experience. *Applied clinical informatics*, 11(2), 265–275. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709715>
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2021). *Cuidados Paliativos*. Recuperado de: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado/cuidados-paliativos>
- Leung, K., Lu-McLean, D., Kuziemsky, C., Booth, R. G., Collins Rossetti, S., Borycki, E., & Strudwick, G. (2019). Using Patient and Family Engagement Strategies to Improve Outcomes of Health Information Technology Initiatives: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 21(10), e14683. <https://doi.org/10.2196/14683>
- Maciel-Lima, S. M., & Paraná, U. F. d. (2004). Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 502-511. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200018>>.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, 385p.
- Gallucci-Neto, J.; Brunoni, A. R.; Valiengo, L. C. L. (2022). O impacto da pandemia da COVID-19 nos transtornos psiquiátricos e o suicídio. In: Pallottino, E. R.; Kovács, M. J.; Aceti, D.; Ribeiro, H. G. *Luto e Saúde Mental na pandemia da COVID-19: Cuidados e reflexões*. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022, 117-124.
- Nardo, B., Lugaresi, M., Doni, M., Vulcano, I., Piccione, D., Paglione, D., & Stabile, G. (2021). WhatsApp video call communication between oncological patients and their families during COVID-19 outbreak. *Minerva surgery*, 76(2), 146–155. <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.20.08454-0>

- Negro, A., Mucci, M., Beccaria, P., Borghi, G., Capocasa, T., Cardinali, M., Pasculli, N., Ranzani, R., Villa, G., & Zangrillo, A. (2020). Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. *Intensive & critical care nursing*, 60, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102893>
- Silva, S. M. A.; Machado, M. A. (2022). Atravessamentos da pandemia no cuidado em oncologia. In: Pallottino, E. R.; Kovács, M. J.; Aceti, D.; Ribeiro, H. G. *Luto e Saúde Mental na pandemia da COVID-19: Cuidados e reflexões*. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022, 167-178.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, Constance M., Blinderman, Craig D., Jacobsen, Juliet, Pirl, William F., Billings, J. Andrew, Lynch, Thomas J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer [researcharticle]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>.
- Thuler, L. C. S., & de Melo, A. C. (2020). Sars-CoV-2/Covid-19 em Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 66(2), e-00970. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.970>
- Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic [n-perspective]. <https://doi.org/NJ202006113822405>
- World Health Organization (WHO), (2018). Palliative Care. Recuperado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Mabel Viana Krieger – Psicóloga – Mestre em Bioética, ética aplicada e saúde coletiva – Fundação Oswaldo Cruz.

Mariana de Abreu Machado – Psicóloga- Mestre em Saúde Pública / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz.

Livia Costa de Oliveira – Nutricionista – Doutora em Ciências Nutricionais – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Karla Santos da Costa Rosa – Nutricionista – Mestre em Oncologia/Programa de Pós Graduação em Oncologia – Instituto Nacional de Câncer .

Alessandra Gomes Simões – Assistente Social – Pós graduada em Terapia da Família (Universidade Cândido Mendes) e Especialista em Diretos Humanos e Saúde – Fundação Oswaldo Cruz.

Fernanda Araújo Gonçalves – Psicóloga - Graduação em Psicologia/Universidade Estácio de Sá. Bolsista de aperfeiçoamento do Instituto Nacional de Câncer.

Percepção dos cuidados da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos

Perception of the care from multi-professional team in assistance to oncological patients in Palliative Care

Greice Herédia dos Santos-Moura¹
Deborah Nimitzovitch Cualhete²
Maria Teresa de Almeida Fernandes³

Resumo

Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados holísticos a indivíduos que se encontram em intenso sofrimento relacionados à saúde, proveniente de doença ameaçadora da vida. Por isso, percebemos a importância dos CP para o paciente oncológico. Nesse sentido, deve-se reunir as habilidades de uma equipe multidisciplinar, pois a compreensão multideterminada e contextual do paciente e do seu processo de adoecimento favorece a humanização. No presente estudo, tem-se como objetivo compreender a atuação e a percepção dos cuidados da equipe multiprofissional do Hospital Santa Marcelina de Itaquera acerca da assistência aos pacientes oncológicos em CP. Na construção e análise de dados, utilizou-se o paradigma metodológico qualitativo. Como instrumentos, foram utilizados questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa diferentes profissionais que atuam na assistência em CP. Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo temática segundo Bardin (1997), de forma a elaborar uma síntese interpretativa que dialogue com objetivos e apresentados em seis categorias: conceito de CP; relação com a Oncologia; itinerário de cuidado; papel profissional; interdisciplinaridade; e desafios. A atuação em CP deve ser reflexiva e multiplicadora, já que, dessa forma, o trabalho será de promoção de qualidade de vida aos pacientes e familiares e de ampliação da rede de cuidados.

Palavras-Chave: oncologia; cuidados paliativos; equipe multiprofissional.

Abstract

Palliative Care (PC) is a holistic care for individuals who are in intense suffering related to their health, from a life-threatening illness. Therefore, we realize its importance for the patient with cancer. To gather a multidisciplinary team, with multidetermined skills and a contextual understanding of the patient and his/her illness process, favors humanization. The present

¹ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Santos/SP – moura.santos@unifesp.br

² Universidade Federal de São Paulo – Santos/SP – cualhete.deborah@unifesp.br

³ Casa de Saúde Santa Marcelina – São Paulo/SP – mteresa.afernandes@gmail.com

study aims to understand the performance and perception of the care provided by the multidisciplinary team at Hospital Santa Marcelina de Itaquera regarding cancer patients in PC. In the construction and analysis of data in this research, the qualitative methodological paradigm was used. As instruments, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview were developed. Different professionals who work in PC assistance participated in the research. The results were elaborated through thematic content analysis according to Bardin (1997) to elaborate an interpretive synthesis that dialogues with the research and survey objectives in six categories: the concept of CP; relationship with oncology; care itinerary; professional role; interdisciplinarity; and challenges. The performance in PC must be reflective and multiplying so that the work will promote quality of life for patients and families and expand the care network.

Keywords: oncology; palliative care; multi-professional team.

Introdução

Cuidar é um ato inerentemente humano, em que aquele que cuida busca a promoção do bem-estar e o suprimento das necessidades do outro, que está em uma condição de fragilidade. A sobrevivência do homem como espécie requer o cuidado. Essa é uma relação que se configura afetiva, com atitudes de atenção, responsabilidade, preocupação e envolvimento entre o ser cuidador e o ser cuidado (Fernandes et al., 2013).

Na definição dada pela International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC, 2019), os Cuidados Paliativos (CP) são os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades, que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores.

A World Health Organization (WHO, 2002) define CP como a assistência ofertada por uma equipe multidisciplinar com objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida do sujeito adoecido e de seus familiares, diante de uma doença ameaçadora da vida. Isto se dá por meio da prevenção, do diagnóstico precoce, de uma avaliação impecável, do alívio do sofrimento, levando-se em conta o tratamento de dor e dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais que possam estar envolvidos.

Seus princípios incluem: reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (Hermes & Lamarca, 2013, p. 2578).

Quando se pratica os CP, estão incluídos a avaliação abrangente e o gerenciamento de problemas físicos, como a dor e outros sintomas aflitivos, angústia psicológica, agonia espiritual e necessidades sociais. Essa modalidade de cuidado não pretende apressar nem adiar a morte, ela afirma a vida e reconhece a morte como um processo natural; promove a comunicação eficaz entre paciente, família e equipe multiprofissional; fornece apoio à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto; e requer uma equipe multiprofissional especializada para trabalhar nessa demanda tão complexa, buscando

humanizar todo o processo que envolve a doença ameaçadora da vida (D'Alessandro, Pires & Forte, 2020; IAHPC, 2019).

O trabalho multiprofissional, cujas principais características são de participação, colaboração e tomada de decisão colegiada (Northern Ontario School of Medicine [NOSM], 2015), parte dessa configuração e se coloca como estratégia de enfrentamento das complexidades, por meio da articulação de ações por diversas frentes e pela interdependência dos profissionais da saúde. Requer que cada profissional olhe para além de sua *expertise* e valorize os diferentes saberes em prol da interdependência e das práticas norteadas pela ética e compromisso com as necessidades do sujeito. Dessa forma, tem potencial para alcançar melhores resultados em benefício dos pacientes, ao mesmo tempo em que melhora a satisfação dos profissionais da saúde (Peduzzi, Agreli, Silva & Souza, 2020).

Para Figueiredo (2006, p. 28), o atendimento multiprofissional na modalidade de: “[...] Cuidado Paliativo é um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima.”

No tocante ao alívio da dor, sofrimento e da promoção de um cuidar humanizado, percebemos a importância dos CP direcionados ao paciente oncológico e seus familiares.

Denominamos câncer um conjunto de doenças que possui em comum o crescimento desordenado de células, de forma bastante agressiva e incontrolável, que podem invadir tecidos e órgãos do corpo. O câncer surge a partir de uma mutação no DNA da célula, que, a partir de então, passa a receber instruções erradas para suas atividades. Atualmente, estima-se mais de cem tipos de doenças neoplásicas, sendo a segunda causa de morte no mundo, responsável por 9,6 milhões de mortes no ano de 2018 (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA], 2022).

Além disso, segundo a Fundação do Câncer (2021), daqui a 10 anos, haverá 75 milhões de pessoas vivendo com câncer, com 27 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes em decorrência da doença; destes, 80% correspondem a pacientes em fase terminal que se beneficiariam de CP. “Anualmente, mais de 100 milhões de pessoas, entre familiares, cuidadores e pacientes, necessitarão de cuidados paliativos, entretanto menos de 8% terão acesso a esses serviços”, segundo Victor (2016, p. 201), diretora da Unidade de CP e Coordenadora de Assistência do INCA.

Para atender a essa demanda, que cresce à medida que aumenta a prevalência do câncer, deve-se reunir as habilidades de uma equipe multidisciplinar, integrando ações das ciências da saúde, ciências sociais, bem como atividades de espiritualidade e de reabilitação. Com isso, busca-se cuidar do indivíduo de forma integral em seus diferentes aspectos: físico, emocional, espiritual e social. A compreensão multideterminada e contextual do paciente e do seu processo de adoecimento permite uma atuação ampla e diversificada, favorecendo a humanização do cuidado, a qualidade de vida e o tipo de morte que o paciente poderá experimentar (D'Alessandro et al., 2020; Hermes & Lamarca, 2013; Silveira, Ciampone & Gutierrez, 2014).

Para Alves, Andrade, Melo, Cavalcante & Angelim (2015), as dificuldades para a prática e aplicação dos princípios dos CP se relacionam, justamente, com a falta de profissionais capacitados para compor uma equipe multiprofissional. Segundo Economist Intelligence Unit (2015) poucos países em todo o mundo têm políticas de saúde e educação em saúde que contemplem o tema dos CP; o Brasil ainda engatinha nesse quesito, deixando serviços de saúde e profissionais carentes de preparo para o atendimento à população.

O Hospital Santa Marcelina de Itaquera (HSM) (Santa Marcelina Saúde, 2021) é uma instituição filantrópica e privada que destina 87% do seu atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Considerada referência na prestação de serviços de saúde na Zona Leste da

cidade de São Paulo, apresenta-se à sociedade como centro de formação, com internato e residências médicas e multiprofissionais. A formação em CP está inclusa nessa oferta para residentes médicos e multiprofissionais de outras áreas, como Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Fisioterapia.

A enfermaria de CP do HSM possui seis leitos e conta com uma equipe de enfermagem, interconsulta e atendimento ambulatorial, que avalia, assiste e discute os casos com os residentes e internos, sendo responsável por sua formação. Uma vez na semana a equipe multiprofissional se reúne para realizar visita aos pacientes, abordando aspectos multidisciplinares e elaborando um plano terapêutico que visa à reabilitação, conforto e cuidados após a alta hospitalar dos pacientes em situação de internação.

Sendo assim, o presente estudo se justifica pela necessidade de compreender a atuação e a percepção acerca da assistência aos pacientes oncológicos em CP pela equipe multiprofissional que atua na enfermaria de Cuidados Paliativos – SUS do HSM. Nesse sentido, busca-se desenvolver posturas assertivas na prática da equipe, pois a realidade de crescimento mundial dessa demanda também se reflete nesta Instituição, que se coloca como referência no tratamento do câncer e de formação multiprofissional para atuação em CP.

Diante de tantos desafios, o objetivo desta pesquisa é compreender a atuação e a percepção dos cuidados da equipe multiprofissional que atua na enfermaria de Cuidados Paliativos – SUS do HSM acerca da assistência aos pacientes oncológicos em CP.

Método

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e caráter qualitativo, proveniente do Trabalho de Conclusão de Residência do programa de Residência Multidisciplinar em Oncologia e Hematologia em Psicologia. O projeto de pesquisa foi submetido e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Marcelina Saúde - CAAE: 31313120.8.0000.0066. Foram utilizados questionário sociodemográfico e entrevista com perguntas norteadoras, tendo a clareza dos objetivos e dos tipos de informações necessários para atingir aquilo que foi proposto. Participaram da pesquisa profissionais de saúde, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que atuam na assistência em CP com a Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Assistência Social. As entrevistas foram transcritas literalmente e minuciosamente, utilizando-se pseudônimos para manutenção do sigilo.

Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo temática segundo Bardin (1997), de forma a elaborar sínteses interpretativas que dialogassem com os objetivos da pesquisa. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas, a saber: 1) a pré-análise, que consiste em tomar contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; 2) a exploração do material, em que se constrói as categorias temáticas, separando o material a partir dos dados brutos; e 3) o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando o pesquisador apresenta inferências e interpretações fundamentadas no aporte teórico que embasa a pesquisa e/ou cria novas zonas de inteligibilidade, por meio do material apresentado (Minayo, 2016).

Resultados

A mostra pesquisada trabalha com a assistência em CP em enfermagem, interconsulta ou ambulatório com experiência entre 2 e 11 anos na área. Seis são do sexo feminino, um do sexo masculino, suas idades variam de 33 a 53 anos. Todos com formação superior. Quatro entrevistados possuem especialização em CP. Um contemplou o tema na graduação, dois

tiveram o tema contemplado em pós-graduação não específica em CP e um profissional não contemplou o tema na sua formação.

Os resultados obtidos por meio das entrevistas foram trabalhados de forma exaustiva e serão apresentados em seis categorias temáticas. Para garantir o sigilo dos profissionais de saúde entrevistados, convencionou-se usar as siglas P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7 para identificar cada um.

A primeira categoria desta pesquisa refere-se ao conceito de CP. O CP é compreendido pelos participantes como um atendimento oferecido aos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras de vida, em que o conforto e o alívio dos sintomas se tornam a tônica. Ademais, CP tem a ver com a racionalização do suporte que é dado ao paciente de acordo com a proporcionalidade cabível ao momento de enfrentamento da doença.

Alguns participantes apontaram o suporte às famílias como uma conduta dos CP, como fala P1: *“E esse cuidado não é só para esse paciente, é também estendido à família.”*

Os participantes compreendem que os CP proporcionam uma visão mais ampla sobre as necessidades do paciente para além dos sintomas físicos ou mesmo específicos da própria especialidade. Dessa maneira, contempla-se e leva-se em consideração a visão de um sujeito em sua totalidade biopsicossocial e espiritual. *“E pensando não só no sentimental, tem muito, o paciente tem muito o que resolver, seja no casamento, um filho, cartório, INSS, sabe. Então tudo isso faz parte dos Cuidados Paliativos.”* (P4).

Todos os participantes enfatizam que os CP não se limitam aos cuidados apenas em final de vida ou quando não se tem uma proposta de tratamento curativo ao paciente oncológico. A maioria afirma que os CP deveriam ser iniciados a partir do diagnóstico da doença oncológica. Um deles comenta acerca do estigma que os CP têm em nossa sociedade, de cuidados apenas em situação de terminalidade de vida. Além disso, ele crê que uma introdução aos CP deve levar isto em consideração na abordagem ao paciente oncológico: *“Eu posso não falar grosseiramente o que é paliativo que vai assustar, mas na primeira consulta eu vou observar, a partir dessa primeira, essa segunda consulta eu vou começar a dar a introdução de cuidados paliativos.”* (P4).

Tal visão vai de encontro à percepção que a maioria dos participantes tinha antes de se aprofundar nos estudos acerca dos CP e em como a população em geral compreende tais cuidados: *“Pra mim, o Paliativo também tinha esse significado, era a fase terminal.”* (P2). *“[...] o paliativo não é o que a população entende como ‘Ah, não tem mais jeito, então agora o Paliativo vai entrar e então será assim, agora vai morrer’.”* (P3).

A segunda categoria trata da aplicação da relação dos CP com a oncologia. Todos os entrevistados afirmam observar um número muito alto de pacientes oncológicos em tratamento no HSM e que os CP têm grande potencial de trazer benefícios a esse público, devido à agressividade da doença e dos efeitos colaterais do tratamento, pois agregaria alívio aos sintomas e traria qualidade de vida. *“[...] vem ajudar esses pacientes com sintomas a ficar com uma qualidade de vida bem melhor. Então assim, o Paliativo é fundamental na vida desses pacientes.”* (P3). *“Eu acho que o Paliativo ajuda muito nesse paciente oncológico[...] eles vão perdendo funcionalidade, eles têm muita dor.”* (P7).

A terceira categoria trata do itinerário de cuidado ao paciente oncológico em CP e seus agentes. Verificou-se, a partir da fala dos participantes, que o cuidado ao paciente se estende para além da internação hospitalar, com acompanhamento ambulatorial e domiciliar especializado, por meio da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), incluindo nesse cuidado não apenas os profissionais de saúde, mas a própria família ou cuidadores. Nesse sentido, é uma prática da equipe assistencial do HSM treinar essa família ou cuidador para prestar os cuidados ao paciente em casa. *“Eu vejo o EMAD hoje como*

um braço de auxílio para essa família, porque o paciente vai de alta com essa equipe que vai também fornecer auxílio.” (P1).

“A gente tem um programa no Paliativo que é parecido muito com a Geriatria, a gente chama de Alta responsável. Onde a gente tenta abarcar todas as necessidades que esse paciente tem ou possa vir a ter em domicílio. Já pega o telefone pro [sic] colega do ambulatório e já tenta marcar um retorno pra no máximo 15 dias. A gente tem trabalhado bastante com EMAD e UBS.” (P5).

Alguns dos profissionais acentuam a importância do vínculo da equipe assistencial com o paciente e cuidadores como parte importante do cuidado, o que proporciona um tratamento humanizado e um estreitamento dessa relação. *“A prática não pode ser transformada em ‘mais um atendimento, mas ‘no atendimento’, porque é uma pessoa com uma história, com uma rede social, uma rede familiar e você trabalhar tudo isso é muito único.” (P1).*

A quarta categoria aborda a compreensão dos profissionais em relação ao seu papel no processo de cuidado aos pacientes oncológicos em CP. Todos os participantes possuem clareza da técnica e do seu papel quanto à sua especialidade. Percebem ainda a necessidade do refinamento da técnica para o atendimento em CP, visando à qualidade de vida do paciente e levando em consideração o momento em que este se encontra no processo saúde-doença. *“Hoje a gente pensa mais em adaptações na vida desse paciente, muito focado na qualidade de vida dele [...] O Cuidado Paliativo, depois que você estuda, você vê que envolve muita técnica, envolve muito conhecimento.” (P2)*

“E a gente, através da nossa expertise, faz essa análise. Porque se for fim de vida, eu vou lutar para que esse paciente receba os cuidados de fim de vida. Se não for um fim de vida [...], eu vou lutar para que ele receba a terapia que é proporcional àquele domínio.” (P5).

Alguns participantes enfatizaram a importância do acolhimento no processo do cuidado, enquanto outros ressaltaram o conforto ao paciente de seus sintomas. Na maioria dos casos essa diferença parece estar relacionada à especialidade do profissional, relacionado à competência ou instrumentalização da categoria para atuar diretamente no alívio do sintoma físico.

Na quinta categoria, foi abordada a questão da interdisciplinaridade na assistência como equipe. Todos os participantes entendem a interdisciplinaridade como importante para o trabalho com o paciente em CP e para o próprio fortalecimento da equipe, proporcionando um atendimento efetivo e humanizado.

“Quando se pensa em CP é todo mundo junto. Porque é uma construção de um trabalho em equipe, é uma construção. [...] E aí quando você coloca isso, você também faz com que eles raciocinem diferente sobre aquele aspecto, sobre a necessidade do paciente.” (P2).

Dentre os profissionais, percebemos que aqueles que atuam na enfermaria de CP trabalham em equipe, com reuniões regulares e o acesso direto e constante a colegas de outras

especialidades. Já os profissionais que atuam na interconsulta e ambulatório afirmam que não há equipe multiprofissional para a assistência ao paciente.

Em suas falas, os participantes trouxeram alguns desafios que enfrentam em seu trabalho na assistência ao paciente oncológico em CP; sexta categoria temática do estudo. Entre os desafios, a maioria apontou a questão da alta demanda de pacientes para um número limitado de profissionais e a falta de conhecimento ou mesmo uma resistência por parte de outros profissionais quanto à especialidade de CP, o que pode impactar em outro desafio citado também pela maioria, que está relacionado ao acompanhamento do paciente oncológico pela especialidade precocemente. *“Eu acho que falta você ter tempo para o paciente, você ter tempo de cuidar dele, de cuidar da família. Não tem esse espaço, é uma demanda muito grande.”* (P4). *“As equipes cirúrgicas são um pouco mais resistentes sim, com relação ao Paliativo, porque eles acham sempre que tem alguma coisa para fazer pra o paciente, mas que não pode associar um paliativo.”* (P2).

Alguns profissionais enfatizaram as dificuldades enfrentadas devido ao perfil de paciente oncológico que chega ao serviço, com um câncer em estágio avançado, sem possibilidades de uma intervenção precoce pela especialidade.

“Muitas vezes chegam pacientes pra gente já em terminalidade. Terminalidade assim, morrendo, nas últimas horas de vida. Onde a equipe não tem muito o que se fazer, apenas oferecer a questão da possibilidade da família estar junto, oferecer esse apoio nesse final de vida.” (P1).

A pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-Cov-2, denominada covid-19, foi apontada pela maioria dos profissionais como um desafio a mais, quando houve um desmonte da enfermagem de CP no ano de 2020, devido à necessidade transitória de ocupação desses leitos por outras especialidades. Isto acarretou também em uma realocação dos profissionais que compunham a equipe multiprofissional: *“Infelizmente com a pandemia está pausado.”* (P3).

“Quando eu fui comunicada sobre essa questão, porque eram necessários esses leitos para outros fins, é claro que bate um sentimento de perda, de tristeza por não ter a possibilidade de oferecer aos pacientes esse atendimento que costuma ser fornecido.” (P1).

Dois profissionais falam do desafio que é presenciar a morte e o sofrimento do paciente oncológico em CP: *“Porque o cuidar do paciente ali de oncologia é muito triste”* (P4). *“Quando você vê um paciente morrendo, em sofrimento, é duro.”* (P2).

Para um terceiro profissional, a frustração maior está no fato de não ter a possibilidade de uma intervenção precoce, o que impacta no tipo de cuidado que será oferecido ao paciente.

“E essas questões de sofrimento, pessoal fala que é uma especialidade pesada. Eu discordo totalmente. Aquele paciente tem uma doença tão avançada que ele já está morrendo, então isso acaba frustrando um pouco a gente né. A gente acaba tendo que ser muito racional e focar no conforto, porque aquele paciente nem consegue mais abordar outras questões pessoais, humanas, espirituais enfim, emocionais.” (P5).

Discussão

A pesquisa de campo realizada corrobora o que encontramos na literatura acerca do conceito de CP. Os entrevistados compreendem os CP como um atendimento oferecido a pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras de vida, contemplando o sujeito em sua totalidade biopsicossocial e espiritual, devendo ser oferecido precocemente e estendido aos familiares e cuidadores, o que vem ao encontro das definições dadas pela International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC, 2019) e World Health Organization (WHO, 2002). A falta de compreensão acerca dos CP, confundida muitas vezes com Cuidado ao Fim da Vida, que se refere a uma de suas modalidades, é abordada pelos participantes até mesmo como experiência vivida antes de se debruçarem no tema por meio do estudo e da capacitação para atuação na área.

Cuidados Paliativos como modalidade de intervenção diferenciam-se dos Cuidados ao Fim da Vida. Cuidados Paliativos devem ser aplicados ao paciente num continuum, par e passo com outros tratamentos pertinentes ao seu caso, a partir do diagnóstico de uma doença incurável e progressiva. Os Cuidados ao Fim da Vida são uma parte importante dos Cuidados Paliativos, referindo-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que fica claro que ele se encontra em um estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte (Burlá & Py, 2014, p. 2).

Sendo uma área nova de atuação no campo da saúde, a World Health Organization definiu os CP pela primeira vez em 1990, apontando os pacientes oncológicos como alvo desses cuidados, preconizando sua assistência integral e visando aos Cuidados ao Fim da Vida (Gomes & Othero, 2016). “Cuidados Paliativos já foram vistos como aplicáveis exclusivamente no momento da morte iminente. Hoje, os Cuidados Paliativos são oferecidos no estágio inicial do curso de uma doença progressiva, avançada e incurável” (Burlá & Py, 2014, p. 2).

A relação dos CP com a oncologia e os benefícios que esta intervenção pode proporcionar aos pacientes, de acordo com os entrevistados, incluem o alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida. A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde em seus princípios e diretrizes, inclui os CP como parte dos cuidados integral ao indivíduo, sendo uma obrigatoriedade sua oferta no âmbito do SUS (Brasil, 2013).

Para Fernandes et al. (2013), é evidente a importância dessa modalidade de cuidados quando pensamos em pacientes com neoplasias, pois tal abordagem promove um cuidado humanizado e holístico, levando, portanto, em consideração o sujeito que é único em seu contexto sócio-histórico.

De acordo com os profissionais entrevistados, o Hospital Santa Marcelina Saúde oferece um atendimento em CP buscando promover a continuidade do itinerário de cuidado por meio da oferta de internação hospitalar em enfermaria da especialidade, atendimento ambulatorial e domiciliar a partir das UBSs e EMAD. Além disso, oferece o preparo de familiares e cuidadores para receber o paciente pós-alta hospitalar, o que está de acordo com a Portaria nº 874/ 2013, que responsabiliza os hospitais gerais e especializados como apoio e complemento dos serviços da Atenção Básica, incluindo os CP (Brasil, 2013).

O papel do cuidador familiar é enfatizado por alguns profissionais entrevistados como parte importante no tratamento, sendo o vínculo com estes primordial para a humanização e a continuidade dos cuidados de forma contextualizada, para além da internação e atendimento ambulatorial. Lima, et al. (2017) concordam que a aproximação da família no contexto de cuidados amplia o suporte de qualidade ao paciente, de forma a garantir a integralidade do cuidado.

Os CP têm como base conhecimentos inerentes às diversas especialidades das ciências da saúde, envolvendo muita técnica. À medida que o paciente avança no processo de adoecimento, o manejo acompanha essas mudanças que não vêm isoladas e sem uma contextualização biopsicossocial e espiritual. São fatores levados em consideração na abordagem paliativa por seu potencial de contribuição para exacerbação ou amenização dos sintomas (D'Alessandro et al., 2020).

Os CP abordam as temáticas referentes à doença como ameaçadoras da vida. Não se fala apenas em ausência de cura, mas nas possibilidades de tratamentos que podem modificar a doença, levando em consideração a qualidade de vida e a proporcionalidade de intervenção de acordo com princípios da beneficência e da não maleficência. “Desta forma é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o sintoma total.” (Matsumoto, 2012, p. 26).

Além da técnica, o acolhimento ao paciente e seus familiares, conforme apontado pelos entrevistados, é enfatizado na literatura como diferencial na abordagem em CP. É a partir desse contato que é possível identificar e compreender suas necessidades (Pereira & Banhato, 2019). Em nosso estudo, verificou-se que os profissionais que possuem em sua competência a possibilidade de uso de recursos medicamentosos para o alívio dos sintomas físicos enfatizaram em seu discurso o alívio desses sintomas, enquanto profissionais que não possuem essa competência enfatizaram o acolhimento e o apoio como forma de cuidado. Alves et al. (2015) tiveram resultados semelhantes em sua pesquisa comparando as categorias *profissionais de saúde* (em sua maioria enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) e *cuidadores não profissionais*; a diferença nos resultados foi relacionada à possibilidade de administração do medicamento ao paciente, no caso dos *profissionais de saúde*, para o alívio imediato de algum sintoma.

Considerando a complexidade das demandas e sofrimentos nas mais diversas dimensões que os pacientes em CP apresentam, em especial os que evoluem com neoplasias, torna-se necessário um trabalho em equipe de profissionais com formação nas diversas disciplinas do campo da saúde, ou seja, uma equipe multiprofissional. “O trabalho – para ser efetivo – deve ser feito em equipe interdisciplinar, propiciando a real melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares.” (Gomes & Othero, 2016, p. 159).

O HSM, segundo resultados desta pesquisa, conta com equipe multiprofissional atuando na enfermagem da especialidade. No ambulatório e no serviço de interconsulta hospitalar, conta com profissionais de diferentes formações, que não compõem uma equipe multiprofissional. Nas modalidades de atendimento em que a interdisciplinaridade não está presente, os profissionais que ali atuam apontam as limitações sobre o atendimento que é ofertado ao paciente, reconhecendo a importância da equipe multiprofissional nos CP. Fonseca e Geovanini (2013) argumentam que:

A disposição pessoal para uma rotina de trabalho complexa, a importância da escuta ativa entre os membros, a troca precisa de informações e o compartilhamento das responsabilidades e das dificuldades vividas pela equipe são o diferencial para ações de

sucesso. Partindo da premissa de que um dos sucessos no CP é atingir o objetivo do paciente, este varia de acordo com a condição em que se encontra no momento. Uma equipe de CP, formada por profissionais experientes e conscientes da sua contribuição, é um dos pontos fortes de um serviço de qualidade. (p. 122)

Para Botega (2012), quando o cuidado em saúde funciona de forma dissociada, com cada profissional cuidando de uma *parte* do paciente, a responsabilidade sobre o que acontece ou deixa de acontecer com ele fica diluída, o que acaba por prejudicar a relação paciente e equipe e, conseqüentemente, o tratamento.

Diante dos desafios na atuação profissional em CP, os entrevistados apontam a alta demanda, o que parece ser a realidade não apenas do local de aplicação do nosso estudo, mas nos remete à realidade do que encontramos no cenário de saúde de nosso país. Tal percepção foi citada na introdução deste trabalho acerca das expectativas da diretora da Unidade de CP e Coordenadora de Assistência do INCA de que menos de 8% dos pacientes que necessitarão da intervenção em CP terão acesso ao serviço (Victor, 2016).

O perfil do paciente oncológico que chega ao serviço e recebe um diagnóstico já em estágio avançado de doença reflete no perfil de paciente que chega para acompanhamento em CP. Isso porque, se as possibilidades de intervenções com proposta curativa a estes se tornam limitadas conforme o estágio da doença, muito provavelmente serão pacientes em fase de terminalidade de vida, sem a oportunidade de beneficiar-se do tratamento em CP em todo o seu potencial e de maneira precoce. Também, devido à alta demanda de pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, a maioria desses permanecerá sem nenhuma assistência em CP, pois não há disponibilidade de profissionais e oferta de serviços que possam dar conta do atendimento de toda essa população desde o seu diagnóstico (Arantes, 2009).

Outra questão levantada como dificuldade está relacionada ao presenciar o sofrimento ou a morte do paciente. Lidar com a dor do outro pode desencadear sensações de vulnerabilidade e impotência no profissional, que percebe sua própria fragilidade e pode voltar para si com o mesmo sentimento de angústia. Para Botega (2012), nesse sentido, dois caminhos podem ser perigosos: em um extremo, o profissional pode ter dificuldades para lidar com qualquer sofrimento que não esteja diretamente relacionado a uma alteração fisiológica ou anatômica do corpo do paciente; em outro extremo, há o risco de uma excessiva identificação com o paciente, a ponto de sofrer com ele, de forma a confundir-se com ela e perder a referência de quem é o cuidador e quem é o paciente.

Cuidar de si para então cuidar do outro se torna, portanto, fundamental entre os profissionais da área da saúde, o que deve ser sustentado entre as ações das Instituições de Saúde, por meio do acolhimento das demandas emocionais e abertura para a importância da reflexão sobre tal questão (Pereira & Banhato, 2019).

Considerações finais

A partir deste estudo, foi possível aos pesquisadores compreenderem um pouco mais a respeito do tema dos CP, bem como atuação da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico tem contribuído no processo de cuidado.

Dentro da proposta, que surgiu a partir de um Trabalho de Conclusão de Residência, o tema apresentou-se com grande relevância pessoal e social. Pessoal, devido à atuação direta dos pesquisadores com pacientes oncológicos em CP, tanto em enfermagem da especialidade,

quanto na modalidade Interconsulta durante a Residência Multiprofissional em Oncologia e Hematologia (2019-2021). Relevância social, por conta do aumento da demanda desse público para atendimento em CP, que se apresenta como técnica diferenciada por suas especificidades, requerendo uma atuação multiprofissional, a fim de ofertar um atendimento de qualidade, cumprindo até mesmo com a legislação vigente sobre o cuidado ao paciente oncológico nos serviços de saúde.

É interessante apontar que esta pesquisa teve sua coleta de dados iniciada em setembro de 2020, em meio ao surto mundial da covid-19. Naquele momento, a enfermaria de CP cedia leitos para atendimento de demandas diversas, devido à necessidade de ampliação do número de leitos hospitalares para receber pacientes infectados pelo novo coronavírus, sendo novamente organizada a enfermaria e retomado seus leitos em outubro do mesmo ano. Esse fato influenciou o trabalho interdisciplinar da equipe que compunha a enfermaria em questão, o que pode ser constatado por meio dos relatos.

A partir dos resultados, pode-se ver o quanto o CP como especialidade ainda engatinha em nosso país. A falta de conhecimento dos profissionais da saúde, relatada pelos participantes desta pesquisa, dificulta o encaminhamento e o atendimento de qualidade ao paciente, que poderia se beneficiar com a proposta do CP concomitante aos tratamentos oncológicos.

Adiciona-se a isto a reduzida mão de obra para a alta demanda existente, que não permite um cuidado adequado, impedindo de tornar prático aquilo que temos na legislação acerca do cuidado integral e universal. Podemos perceber no grupo pesquisado o engajamento com o trabalho realizado, independentemente da motivação por detrás, seja pelas necessidades do paciente, identificação ou fantasia de onipotência. Dessa maneira, é importante a reflexão acerca de sua prática, para que não se torne superficial e mecanizada, sendo uma forma de proteção ao próprio profissional em suas limitações emocionais e físicas, quanto ao sujeito adoecido que precisa de cuidados.

Esta pesquisa sugere estudos futuros para aprofundamento do tema que podem estar relacionados ao estudo das políticas públicas relacionadas aos CP ao paciente oncológico; a atuação dos atores que se relacionam com pacientes oncológicos em CP nos diferentes cenários do itinerário de cuidado, como o das Unidades Básicas de Saúde e o atendimento domiciliar; a vivência do paciente oncológico em CP como público em vulnerabilidade social.

Quanto às próprias equipes multiprofissionais atuantes em CP, pensa-se que muito se beneficiariam dos estudos em meio acadêmico para desenvolver novas formas de atuação e novos caminhos para sua prática. O papel dos profissionais nesse contexto deve ser sempre de questionamento, da sua própria atuação e do sistema a que está inserido. Assim, poderá atuar de forma crítica, compreendendo a historicidade política e social do momento em que atua, bem como os impactos das relações de poderes nos contextos em que atua. Devem ainda incluir-se no papel de difusores do conhecimento acerca do tema. Dessa forma, seu trabalho será de promoção de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares e de ampliação da rede de cuidados.

Referências

- Alves, R. F., Andrade, S. F. D. O., Melo, M. O., Cavalcante, K. B., & Angelim, R. M. (2015). Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 165-176. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/1984-0292/943>
- Arantes, A. C. d. L. Q. (2009). Indicações de Cuidados Paliativos. In R. T. de Carvalho & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 56-74). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.

- Botega, N. J. (Org.) (2012). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed.
- Burlá, C., & Py, L. (2014). Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6), 1139-1141. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE020614>
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n. 874 de 16 de maio de 2013*. Institui a Política nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de maio, 2022, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
- D'Alessandro, M. P. S., Pires, C. T., & Forte, D. N. (Coords.) (2020). *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde.
- Economist Intelligence Unit (2015). The 2015 Quality of Death index: ranking palliative care across the world. *The Economist*. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
- Fernandes, M. A., Evangelista, C. B., Platel, I. C. D. S., Agra, G., Lopes, M. D. S., & Rodrigues, F. D. A. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2589-2596. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013>
- Figueiredo, M. T. A. (Coord.). (2006). *Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia*. Setor de Cuidados Paliativos da Clínica Médica da Universidade de São Paulo. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://cupdf.com/document/coletanea-de-textos-sobre-cuidados-paliativos-e-tanatologia.html>
- Fonseca, A., & Geovanini, F. (2013). Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(1), 120-125. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DJvJFwxSSZ9CDBxkvMmHYfj/?format=pdf&lang=pt>
- Fundação do Câncer (2021). *Cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fundação do câncer. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://www.cancer.org.br/a-fundacao/o-que-fazemos/cuidados-paliativos/>
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-166. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2022). *Câncer*. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer>
- International Association for Hospice and Palliative Care – IAHPHC (2019). *Global Consensus based palliative care definition*. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Lima, S. F., do Vale, H. G. Q. P., Silva, V. S. C., Pasklan, A. N. P., Reis, L. M. C. B., & Noronha, F. M. F. (2017). Representações sociais sobre o Cuidado Paliativo entre profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 11(5), 1980-1988. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23351/18965>

- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. de Carvalho & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 23-30). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Minayo, M. C. d. S. (2016). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Northern Ontario School of Medicine – NOSM (2015). *Interprofessional Learning Guide*. Ontario, Canadá: nosm.ca/hsipe. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://www.nosm.ca/wp-content/uploads/2018/12/Interprofessional-Education-IPE-Resource-Guide.pdf>
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. D., & Souza, H. S. D. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), 1-20. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Pereira, N. C., & Banhato, E. F. C. (2019). Considerações sobre o papel da equipe de profissionais em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Cadernos de Psicologia*, 1(1), 510-532. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/1998/1293>
- Santa Marcelina Saúde (2021). *O Hospital*. São Paulo, SP: Santa Marcelina Saúde. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://santamarcelina.org/institucional/>
- Silveira, M. H., Ciampone, M. H. T., & Gutierrez, B. A. O. (2014). Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 7-16. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>
- Victor, G. H. G. G. (2016). Editorial. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 62(3), 201-202. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/221/120>
- World Health Organization (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. (2th ed.). Italy: World Health Organization. Recuperado em 15 de maio, 2022, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>

Greice Herédia dos Santos-Moura – Pós-graduanda no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (Mestrado), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Unifesp. Especialista em Onco-hematologia pelo Hospital Santa Marcelina de Itaquera. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0635-4478>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1657124454078893>.

Deborah Nimitzovitch Cualhete – Pós-graduanda no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (Mestrado), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Unifesp. Especialista em Urgência e Emergência pelo Hospital Santa Marcelina de Itaquera. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3531-3002>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7274241437907728>.

Maria Teresa de Almeida Fernandes – Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Santa Marcelina; Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3947-4644>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5832242054504349>.

Sentimentos pré-cirúrgicos: o que as crianças relatam?

Pre-surgical feelings: what do children report?

Ani Carolini Pinto¹
Gislaine Cristina Müller²
Camilla Volpato Broering³

Resumo

A hospitalização é um evento angustiante para as crianças, pois estas se deparam com um ambiente desconhecido, onde vivenciam procedimentos dolorosos e lidam com quebras de rotina e modificações de relações familiares. Portanto, é possível que o sofrimento advindo da hospitalização ocasione alterações nas emoções, pensamentos e comportamentos das crianças. Diante deste cenário, a utilização de recursos lúdicos contribui significativamente no processo de enfrentamento pré-cirúrgico da criança. O presente estudo tem o intuito de apresentar os sentimentos das crianças internadas em relação à situação pré-cirúrgica, bem como as mudanças nos pensamentos, comportamentos e cotidiano das crianças frente à hospitalização, e discutir a contribuição de recursos lúdicos específicos para este cenário. Através da coleta de dados por entrevista semiestruturada e o jogo Baralho Infantil da Hospitalização, concluiu-se que as crianças indicaram inicialmente sentimentos negativos durante a entrevista, entretanto, quando posteriormente se expressaram por meio do recurso lúdico, denotaram emoções e pensamentos positivos. Tal perspectiva só foi possível através do recurso lúdico que possibilitou a expressão da criança em relação ao que sente no hospital, bem como a ressignificação de sentimentos e melhora do bem-estar do paciente para enfrentar o procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: hospitalização infantil; pré-cirurgia; cirurgia pediátrica; sentimentos pré-cirúrgicos.

Abstract

Hospitalization is a distressing event for children, as they face an unknown environment, experience painful procedures, and deal with modifications in their routines and family relationships. Therefore, it is possible that the suffering caused by hospitalization provokes changes in children's emotions, thoughts and behaviors. Given this scenario, the use of ludic resources contributes significantly to the child's pre-surgical coping process. The present study aims to indicate the feelings of the hospitalized children in relation to the pre-surgical situation,

¹ Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) – Itajaí/SC – psi.anipinto@gmail.com

² Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) – Itajaí/SC – gislaine_muller@live.com

³ Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) – Itajaí/SC – millavolbro@hotmail.com

as well as the changes in their thoughts, behaviors and daily life during hospitalization, and to discuss the contribution of specific resources to this scenario. Through the data collection by semi-structured interviews and the game Baralho Infantil da Hospitalização (Children's Hospitalization Deck), it was found that the children initially indicated negative feelings during the interview, however, when they later expressed themselves through the ludic resource, they denoted positive emotions and thoughts. This perspective was possible only because the ludic resource allowed the child to express what they were feeling in the hospital, as well as resignify feelings and improve the patient's well-being to face the surgical procedure.

Keywords: child hospitalization; pediatric surgery; pre-surgery; pre-surgical feelings.

Introdução

A internação hospitalar é uma experiência angustiante, estressante e difícil para crianças, pois elas se veem inseridas em um ambiente desconhecido que ameaça o senso de segurança e competência (Quirino, Collet, & Neves, 2010). Neste contexto, as práticas cotidianas das crianças internadas se alteram, assim como as de seus familiares, adaptando-se à uma nova lógica de organização do espaço e do tempo (Lopes, Oliveira Júnior, & Oliveira, 2015).

Contudo, é possível que, com estratégias de apoio, ela possa elaborar suas fantasias para retomar seu equilíbrio psíquico e lidar com seus temores (Valverde, 2011).

Sabe-se que a hospitalização acarreta inúmeras mudanças nas rotinas e relações familiares. Crianças possuem recursos mais estritos para lidar com situações desconhecidas e o apoio para o enfrentar tais condições é, em geral, representado pela presença dos genitores (Quirino et al., 2010). Por isso, pacientes pediátricos sofrem ao se afastarem das pessoas com quem mantêm vínculos, o que pode elevar o estresse na hospitalização. A internação hospitalar é ainda mais complexa quando se necessita de uma cirurgia, situação na qual outros fatores emergem e exigem atenção.

Cirurgia infantil

A cirurgia é classificada a partir dos seus objetivos e técnicas (como paliativa, radical, plástica, reparadora ou estética), e, também, como urgência, emergência ou eletiva. Por envolver circunstâncias que fogem do controle e entendimento da criança, a cirurgia é um fator desencadeante de ansiedade. É necessário permanecer internado por algum tempo antes do procedimento cirúrgico e, neste período, a criança se separa de tudo que lhe é habitual: sua casa, família, escola, amigos e demais atividades (Broering, 2014).

Uma cirurgia traz para a criança situações com as quais ela não está acostumada: o ambiente, os profissionais de saúde, as injeções e os procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de estresse.

Com intuito de minimizar o estresse pré-cirúrgico, utiliza-se a preparação psicológica, na qual se fornece informações sobre o procedimento que ocorrerá e se estabelece estratégias para enfrentar a situação. O tempo que pacientes ficam no hospital se preparando e se recuperando de cirurgias diminuiu graças aos avanços nas práticas cirúrgicas e anestésicas; assim, intervenções psicológicas e educacionais se tornaram cada vez mais importantes para o enfrentamento da situação cirúrgica (Mitchell, 2007).

Programas de preparo pré-cirúrgico beneficiam pais, filhos e profissionais de saúde que trabalharão com pessoas previamente preparadas e menos ansiosas. Ademais, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de material de alto custo econômico (Broering, 2014). A preparação com pacientes pediátricos envolve, por exemplo, utilização de recursos lúdicos próprios para este contexto, os quais auxiliam na melhora do estado físico e psíquico das crianças internadas (Broering, & Kruger, 2018).

Baralho Infantil da Hospitalização

A preparação pré-cirúrgica prioriza a psicoeducação sobre a doença ou procedimento médico invasivo, as estratégias para manejo de emoções, pensamentos e comportamentos que se manifestam durante a hospitalização, bem como distração, dessensibilização sistemática e orientações aos pais do paciente (Broering, & Kruger, 2018).

Uma das intervenções lúdicas para auxiliar a criança internada é o Baralho Infantil da Hospitalização, composto por onze cartas de Eventos; treze cartas de Emoções; onze cartas de Pensamentos; doze cartas de Comportamentos; uma carta Termômetro; e uma carta S.O.S. Como o contexto é específico, as opções de eventos das cartas correspondem a procedimentos e situações comuns na maioria dos casos de hospitalização. O objetivo deste recurso é auxiliar o paciente no enfrentamento de situações pontuais e específicas do processo de hospitalização, para que ele possa vivenciar situações consideradas aversivas (Broering, & Kruger, 2018).

Com um recurso lúdico adequado para a situação pré-cirúrgica, o psicólogo no contexto hospitalar pode analisar como a internação afeta emocionalmente o paciente pediátrico e a família acompanhante, identificar os fatores emocionais, pensamentos e comportamentos relevantes neste processo e estabelecer estratégias de enfrentamento a partir do relato das próprias crianças.

Neste sentido, o objetivo geral desta pesquisa foi identificar os sentimentos das crianças internadas no setor pré-cirúrgico em relação ao contexto hospitalar. Delimitaram-se, ainda, os seguintes objetivos específicos: investigar as mudanças ocorridas no cotidiano da criança frente à situação pré-cirúrgica; analisar os comportamentos das crianças frente ao contexto pré-cirúrgico; descrever os pensamentos das crianças frente ao contexto pré-cirúrgico.

Método

O presente artigo apresenta os resultados e discussões de um trabalho científico de conclusão de curso de graduação em Psicologia. O estudo é de cunho descritivo-exploratório com abordagem qualitativa; a pesquisa de campo foi desenvolvida com base nos princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados foram coletados em um hospital pediátrico localizado na região do Vale do Itajaí em Santa Catarina, no setor de internação cirúrgica onde foram abordados apenas os pacientes que aguardavam cirurgia, entre agosto a outubro de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), pelo parecer nº 3.412.650 de 25/06/2019.

Participantes

O estudo foi realizado na ala cirúrgica do hospital, com nove crianças e seus cuidadores. Utilizou-se como critério de inclusão a idade das crianças (6 a 13 anos) e considerou-se apenas aquelas que estavam em situação pré-cirúrgica, apresentavam bom prognóstico (sem risco de morte) e que desejavam participar da pesquisa voluntariamente ante autorização dos pais ou responsáveis.

Participaram da pesquisa quatro meninas e cinco meninos, com tempo de internação que variou entre dois dias e quatro horas. Conforme exibido na Tabela 1, a média de idade das crianças foi de 8,3 anos e apenas quatro crianças receberam informações sobre o procedimento, segundo relato do cuidador acompanhante.

Os participantes foram abordados nos leitos da ala cirúrgica, que dispõe de treze leitos pediátricos distribuídos em três quartos, nos quais ocorre a internação de pacientes pré e pós-cirúrgicos. A equipe de saúde busca agrupar os pacientes nos quartos conforme as patologias ou tipos de cirurgias e, dependendo da situação de saúde-doença, conforme o tipo de isolamento necessário, precaução baseadas no modo de transmissão (contato, gotícula ou aerossol) de determinadas doenças.

Como medida de cuidado ético, os nomes reais dos participantes foram substituídos.

Tabela 1
Identificação dos Participantes

Criança	Sexo	Idade	Diagnóstico	Preparação Pré-Cirúrgica
João	Masculino	13 anos	Adenoide	Sim
Luísa	Feminino	8 anos	Adenoide	Não
Alice	Feminino	7 anos	Adenoide	Não
Henrique	Masculino	6 anos	Estenose uretral	Sim
Valentina	Feminino	8 anos	Adenoide	Não
Enzo	Masculino	6 anos	Criptorquia	Não
Pedro	Masculino	8 anos	Fimose	Não
Ben	Masculino	9 anos	Fimose	Sim
Ana	Feminino	10 anos	Epifisiólise	Sim

*Nomes fictícios

Procedimentos

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: uma entrevista semiestruturada e o jogo Baralho Infantil da Hospitalização. A ficha de dados sociodemográficos estava incluída na entrevista e foi respondida pelo responsável acompanhante da criança, enquanto as perguntas da entrevista foram direcionadas à criança.

Os dados coletados da entrevista foram analisados qualitativamente pela Análise de Conteúdo de Bardin, que é um instrumento de interpretação controlada, baseada na inferência, para compreensão crítica do conteúdo das falas (Castro, Abs, & Sarriera, 2011), reduzindo as informações coletadas a características específicas que serão articuladas com três categorias criadas pelas pesquisadoras.

A entrevista semiestruturada foi conduzida como instrumento para obter informações acerca da percepção da criança quanto a seus sentimentos, pensamentos, comportamentos e mudanças que ocorreram em sua rotina desde o ingresso no contexto hospitalar. As crianças responderam às seguintes perguntas: “por qual motivo você está no hospital?”; “você sabe o que vai acontecer aqui no hospital?”; “você sabe como será realizada a cirurgia?”; “é a primeira vez que você fica no hospital?”; “o que você sentiu quando soube que ficaria no hospital?”; “o que passou na sua cabeça quando soube que ficaria no hospital?”; “como faz para passar o seu tempo aqui?”; “o que você mais gosta de fazer aqui?”; “o que você não gosta de fazer aqui?”; “o que mudou quando você veio para o hospital?”; “o que mudou no seu dia a dia para fazer esta cirurgia?”; e “do que mais sente falta na sua casa?”.

Posteriormente à entrevista, realizou-se a aplicação do baralho adaptado para os fins da pesquisa. Seguiu-se os seguintes passos sugeridos por Broering e Kruger (2018): 1) mostrar as cartas dos Eventos à criança; 2) ao primeiro sinal de interesse, solicitar que a criança escolha uma carta; 3) permitir que criança justifique a escolha da carta; 4) apresentar as cartas Emoções, e solicitar que a criança relacione o evento escolhido com uma emoção; 5) apresentar a carta Termômetro para a criança avaliar a intensidade de sua emoção; 6) mostrar à criança as cartas de Pensamentos para que a mesma identifique o que ela pensa sobre o que ocorre, tais pensamentos são caracterizados por; 7) apresentar as cartas Comportamentos para identificar como a criança reage frente ao evento; 8) solicitou-se que a criança justificasse a relação da sequência de cartas escolhidas. Todos os tipos de cartas apresentam uma carta coringa, para caso a criança não se identifique com nenhuma, ela possa escolher sobre o que deseja falar. A carta S.O.S. não foi utilizada durante a coleta de dados.

Resultados e discussão

Análise das entrevistas

Descreve-se, a seguir, as categorias utilizadas na análise do conteúdo das entrevistas. Os resultados serão explanados e analisados dentro de três categorias: 1) sentimentos pré-cirúrgicos; 2) crenças sobre a cirurgia e o hospital; e 3) comportamentos no contexto hospitalar.

No que se refere à categoria Sentimentos pré-cirúrgicos, os sentimentos negativos são mais mencionados do que os positivos nas entrevistas. Ressalta-se, porém, que sentimentos não são intrinsecamente negativos ou positivos, pois dependem das avaliações cognitivas de cada indivíduo. As avaliações das crianças foram investigadas durante as entrevistas para que seus sentimentos fossem caracterizados como negativos ou positivos nesta análise.

Foram considerados “negativos” quaisquer sentimentos que as crianças declararam ser fonte de sensações de estresse, desconforto ou desconfiança, que dificultaram a situação pré-cirúrgica, ou que prejudicaram seu bem-estar. Os mais prevalentes foram medo, nervosismo, ansiedade e agonia, como nota-se, por exemplo, nas seguintes falas: “eu fiquei com medo de fazer a cirurgia” (Valentina, 8 anos); “senti meio que uma insegurança, uma agonia de saber que tem alguém, enquanto eu estiver dormindo, mexendo comigo” (João, 13 anos).

Percebeu-se que o sentimento de agonia se ligou aos procedimentos e instrumentos médicos, como cortes na pele e administração de medicamentos intravenosos, na mesma proporção que os sentimentos de nervosismo e medo associaram-se especificamente à cirurgia. A falta de preparo pré-cirúrgico gerou ansiedade quando as crianças se depararam com o desconhecido.

As crianças têm, em geral, curiosidade de não apenas saber, mas entender o que vai acontecer após a anestesia. Segundo Juan (2007), ao antecipar o ato cirúrgico, é muito comum o paciente experimentar ansiedade. O aumento deste sentimento coincide com a proximidade da cirurgia, caracterizando-se como ansiedade situacional. Ocorre uma desestruturação do paciente, já que o evento cirúrgico provoca sensação de ausência de controle, o que configura uma situação ameaçadora e invasiva (Juan, 2007).

Marcelli e Cohen (2009) distinguem a ansiedade e a angústia na criança. Para estes autores, ansiedade está associada com a expectativa de um acontecimento imprevisto, sentido como desagradável, enquanto a angústia caracteriza-se pela sensação de extremo mal-estar acompanhada de manifestações somáticas.

Quanto à angústia e agonia em relação aos instrumentos e procedimentos, Racine et al. (2016) realizaram um estudo sobre o medo de vacinação em crianças de idade

pré-escolar que indicou que a angústia, prévia à procedimentos médicos, pode levar a danos, incluindo a maximização da experiência de dor, evitação de futuros tratamentos e o possível descumprimento de medidas preventivas de saúde. O resultado encontrado por eles é de que os comportamentos parentais na infância e idade pré-escolar são os maiores preditores de angústia antecipatória. Há uma forte possibilidade de que o envolvimento dos pais na gestão de intervenções médicas que causam dor, especialmente durante a vacinação, é um dos fatores mais críticos para angústia antecipatória em crianças pré-escolares. Isto significa que a ansiedade frente a injeções provavelmente está ligada com a maneira que os pais da criança agem quando lhe explicam sobre o procedimento, e o comportamento pode ser generalizado para outros contextos de saúde.

Quanto aos sentimentos “positivos”, considerou-se os estados emocionais que confortaram ou auxiliaram a criança no enfrentamento da hospitalização e da pré-cirurgia. O mais mencionado foi a alegria, especificamente por saber que a cirurgia irá contribuir para a recuperação da saúde: “(...) Eu senti alegria porque eu ia ficar boa do ouvido” (Alice, 7 anos).

Uma pesquisa realizada por Vargas, Maia, & Dantas (2006) com adultos em situação pré-cirúrgica descreveu uma categoria de sentimentos positivos e de esperança, composta pelos sentimentos diante da possibilidade de cura e reabilitação, de tranquilidade, de ver os colegas já operados, de saber que o risco de morte é maior se não operar e de alívio. Os pacientes passaram a aceitar a necessidade do tratamento e buscaram ser otimistas frente à cirurgia.

Quando comparados estes resultados de pacientes adultos com os pacientes pediátricos do presente estudo, percebe-se que crianças possuem menores condições de compreender, a princípio, que um procedimento cirúrgico irá beneficiar sua saúde (Broering, 2014) e, por isso, indicam mais sentimentos negativos.

Por sua vez, os relatos alusivos às crenças, fantasias e suposições das crianças quanto ao hospital e a pré-cirurgia são considerados na categoria Crenças sobre a cirurgia e o hospital. Esta categoria pode ser exemplificada pelas seguintes falas: “Eu pensei que eu ia ter que dormir, de manhã eu já ia para casa” (Enzo, 6 anos); “(...) daí eu acho que eu vou tomar café da tarde e depois, acho que, se ganhar alta, eu vou embora” (Ben, 9 anos).

Assim como Enzo e Ben, outras crianças descreveram suposições sobre o que aconteceria no hospital. Percebe-se que as crianças fantasiaram sobre uma estrutura de rotina hospitalar muito similar à rotina doméstica, o que, segundo Braga et al. (2017), configura-se possivelmente como uma tentativa de amenizar a ansiedade e compensar a desinformação acerca da cirurgia, considerando-se que desenvolvimento de ansiedade pré-operatória em crianças está relacionada – mas não limitada – ao sentimento de perda de controle e ao caráter imprevisível do evento que irá acontecer.

As crenças são avaliações cognitivas que dependem da realidade do indivíduo, a qual é formada pelas experiências que este teve ao longo da vida, pelos significados atribuídos às estas vivências e pelas suas formulações sobre a cirurgia. Assim, a maneira que o paciente significa a cirurgia é mais importante do que o procedimento em si (Juan, 2007).

Isto posto, a categoria de Crenças sobre a cirurgia e o hospital também abrange o motivo pelo qual as crianças imaginam estar hospitalizadas e como elas acham que o procedimento cirúrgico será realizado: “Eu vou fazer uma cirurgia [...] Vão botar um pino na cabeça do fêmur pra ela não descer mais. É tipo uma bola de sorvete aqui em cima, que ela tá aqui, daí eles vão botar porque não pode voltar, senão eu não consigo mais andar” (Ana, 10 anos); “É uma cirurgia... Ele vai botar pomada pra fimose sair” (Pedro, 8 anos); “Primeiramente eu pensei que a cirurgia era diferente, mas agora que eu entendi, eu já fiquei mais calmo. Eu achei que só precisava cortar um pedacinho, mas não, tem que cortar tudo” (Ben, 9 anos).

As falas retratadas acima apresentam três situações distintas. Ana foi uma das poucas participantes que recebeu preparação pré-cirúrgica, sua família obteve as informações do médico

sobre o diagnóstico e prognóstico e as repassou para a paciente antes de ser internada. Pedro não recebeu orientação alguma sobre a cirurgia. Ben foi orientado pela equipe médica sobre o procedimento cirúrgico assim que chegou no hospital. Percebe-se uma notável discrepância nas falas das crianças: Ana sabe o porquê será submetida à cirurgia, entende como o procedimento será realizado e as consequências de não realizá-lo, e ainda compara seu fêmur com uma “bola de sorvete”, objeto familiar para a criança; Pedro, apesar de saber seu diagnóstico, descreveu a cirurgia dizendo que o médico iria passar pomada para curar a fimose; e Ben relatou sentir-se mais calmo após entender como o procedimento cirúrgico aconteceria, tendo suas crenças acerca da cirurgia corrigidas pela própria equipe do hospital.

A criança tem o direito de saber o que se passa com ela, tanto os pais quanto a equipe médica precisam encontrar palavras que possam esclarecer o seu estado de saúde atual, de acordo com o entendimento da criança. Nota-se, tanto nas crenças das crianças sobre o hospital, quanto sobre a cirurgia, que há um déficit de preparo pré-cirúrgico. Por isso, tornam-se importantes intervenções preparatórias baseadas em processos psicológicos, que segundo Costa Júnior et al. (2012) são aquelas que tratam da cognição ou da afetividade humana e/ou que analisassem a história do paciente relacionada ao ambiente de cuidados com a saúde, suas significações, experiências e vulnerabilidades relativas à exposição a procedimentos cirúrgicos.

Os hospitais, de acordo com Foucault (1979), são espaços que, em sua maioria, detém poder sobre o corpo do paciente. Efetivamente, quando se olha para a criança que está em sofrimento físico, o sofrimento psíquico que ela vivencia é ignorado, pois a preocupação prioritária dos profissionais da saúde é o tratamento e cura de questões biológicas ou orgânicas (Monteiro et al., 2012).

A preparação pré-cirúrgica vem contra este paradigma, com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade, melhorar o bem-estar do paciente, aumentar a adesão ao tratamento, torná-lo apto para enfrentar com eficiência o procedimento cirúrgico, proporcionar um processo de recuperação pós-operatória rápido e humanizar os cuidados cirúrgicos dispensados aos pacientes (Costa Júnior et al., 2012). Ela se dá ao disponibilizar informações adequadas às necessidades do paciente, o que inclui o uso de brincadeiras e outros recursos lúdicos quando se lida com a população infantil, e ainda a utilização da comunicação que faça sentido para a criança – como a comparação da bola de sorvete que foi utilizada para explicar o diagnóstico para Ana. O trabalho lúdico facilita o desenvolvimento da criança e o entendimento da sua doença, permitindo que o paciente compreenda seus medos, frustrações e fantasias (Valverde, 2011).

No que concerne à categoria Comportamentos no contexto hospitalar, tem-se as falas que indicaram mudanças no cotidiano das crianças e os comportamentos que elas emitem no contexto hospitalar. Percebeu-se duas tendências de respostas para esta categoria. A primeira focou-se nas mudanças ocorridas no cotidiano da criança perante a necessidade de cirurgia, como exibido nos seguintes relatos: “Agora eu ‘tô mais na cama, não posso mais andar, essas coisas...” (Ana, 10 anos); “Eu não vou mais na escola e na natação” (Luisa, 8 anos); “Comecei a faltar mais [na escola] por causa dos médicos (...) Eu tenho que ir no médico de manhã, de tarde, de vez em quando. Não tenho tempo de almoçar direito” (João, 13 anos).

E a segunda tendência foi voltada aos comportamentos emitidos no hospital, quando a criança já estava em internação: “Desde que eu cheguei, só joguei no celular da minha mãe... Dá pra assistir TV, dormir um pouquinho...” (Alice, 7 anos); “É, eu vou ler um livro agora, daí depois eu vou pintar um livrinho que eu trouxe também [...] Eu janto mais cedo, isso mudou também” (Ben, 9 anos).

Quando um paciente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento em sua vida.

A doença, o diagnóstico e a necessidade da cirurgia como forma de tratamento significam que a saúde da pessoa está debilitada. Assim, o passo seguinte é se adaptar a esse contexto de forma adequada (Juan, 2007).

Percebe-se que utilizadas para enfrentamento são, em sua maioria, comportamentais; brincar, conversar com a família e utilizar jogos eletrônicos foram os comportamentos mais citados pelos entrevistados.

O dia de uma criança não-hospitalizada, especialmente durante os anos escolares, é estruturado com períodos específicos para comer, vestir-se, ir para a escola, brincar e dormir. Entretanto, esta estrutura horária desaparece quando a criança é hospitalizada. Na maior parte do tempo de hospitalização, a criança fica restrita ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas e que, para ela, trazem mais dor e sofrimento – dor representada pelas agulhas, cortes, medicações, dentre outros procedimentos desagradáveis. Imagens, cheiros e sons estranhos no hospital, comuns para os profissionais de saúde, podem ser ameaçadores e confusos para as crianças (Oliveira, Dantas, & Fonsêca, 2004).

O ambiente hospitalar é um local de restrições. Nada neste local assemelha-se com experiências anteriores da criança. É exatamente por isso que as condições dos hospitais aumentam a possibilidade de crianças serem mais vulneráveis a mobilizações emocionais.

Análise do Baralho Infantil da Hospitalização

A criança deve ser vista como um ser em crescimento e desenvolvimento, que aprender a partir de estratégias e atividades prazerosas, como o brincar. Neste sentido, além da entrevista semiestruturada, aplicou-se o recurso lúdico Baralho Infantil da Hospitalização. Na tabela abaixo, é perceptível que, em contraponto com os resultados da entrevista, as crianças mencionaram mais sentimentos positivos relacionados ao contexto pré-cirúrgico quando o baralho serve de facilitador para a expressão de suas emoções, pensamentos e comportamentos.

Tabela 2
Resultados do Baralho Infantil da Hospitalização

Criança*	Evento	Pensamento	Emoção	Comportamento
João	Médico	Trará notícias	Tranquilidade	Não faz nada
Luísa	Brinquedos	Vai brincar comigo	Alegria	Sorrir
Alice	Brinquedos	Quer conversar comigo	Alegria	Brincar
Henrique	Brinquedos	Vai me fazer bem	Alegria	Sorrir
Valentina	Remédio	Vai me fazer bem	Alegria	Sorrir
Enzo	Visitas	Vai me fazer bem	Alegria	Sorrir
Pedro	Comida	Vai me fazer bem	Tranquilidade	Comer
Ben	Brinquedos	Que legal	Curiosidade	Perguntar
Ana	Comida	Vai me fazer bem	Fome	Sorrir

*Nomes fictícios

Descreve-se, a seguir, a análise do baralho, em especial a categoria Emoções, conforme os objetivos propostos pelo presente estudo.

As emoções são afetos fortes, passageiros e mutáveis; uma espécie de linguagem através da qual se expressa percepções internas. Os sentimentos se diferem das emoções por serem menos intensos, mais duradouros e não serem acompanhados de manifestações orgânicas agudas. Um exemplo interessante de sentimento é a amizade, uma vez que é um estado que vai se construindo ao longo do tempo, em intensidade que não é refletida fortemente no organismo (Amaral, 2007).

A alegria, carta mais escolhida pelas crianças entrevistadas, é uma das emoções básicas positivas ativada por acontecimentos favoráveis, afetando as crianças de forma direta ou indireta. Os termos felicidade, satisfação, otimismo, contentamento e prazer surgem, muitas vezes, como sinônimos de alegria (Arruda, 2015). Esta emoção foi relacionada principalmente aos eventos de interações como “brinquedo” e “visita”, à exceção de uma criança que associou alegria ao evento “remédio”, com o pensamento de que o remédio a faz sentir-se bem, tornando essa relação possível.

A tranquilidade é uma emoção caracterizada pela sensação de comodidade e satisfação. É um processo de conforto, relativo a um momento particular (Ribeiro & Costa, 2012). Assim, é importante destacar que a tranquilidade, quando escolhida pelas crianças no baralho, foi relacionada ao evento “médico” e ao pensamento de que o médico vai trazer notícias; diante desse resultado, quando a criança sabe o que vai acontecer, sente-se tranquila.

A curiosidade é uma emoção estimulada pela motivação e fascínio na presença do que é misterioso e novo, estimulando não apenas novas aprendizagens, como também a necessidade de explorar, descobrir e pensar ativamente (Céspedes, 2014). No hospital em que a pesquisa foi realizada não havia brinquedos (apenas uma biblioteca com livros infantis), logo a curiosidade foi concisamente relacionada ao evento do “brinquedo” pela maioria das crianças.

A fome não é uma emoção, mas uma sensação que pode ser considerada estressora. No caso de uma cirurgia, está enquadrada num estressor psicossocial, visto a interpretação que cada criança dará a ela, entre sua necessidade e importância, bem como o conhecimento ou não sobre o procedimento e o contexto em que está inserida, por isso, faz parte do Baralho Infantil da Hospitalização (Broering, 2014). A fome foi ligada ao evento “comida”, e as crianças a relacionaram ao pensamento de fazer bem, mesmo que a comida do hospital seja diferente da comida do dia a dia.

Percebe-se que as crianças, frente ao Baralho Infantil da Hospitalização, escolhem eventos que denotam emoções e pensamentos positivos (uma vez que são avaliações favoráveis dos eventos relacionados), ocasionando comportamentos assertivos como perguntar, brincar e sorrir. Essa perspectiva só foi alcançada através do recurso lúdico que possibilita a expressão da criança em relação ao que sente no hospital, bem como a ressignificação de sentimentos, levando em consideração as particularidades de cada criança entrevistada, como a idade, o gênero, a escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia, sua condição de saúde, eventuais experiências anteriores de cirurgia, inserção familiar e sociocultural, sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares e estilo de enfrentamento de problemas.

Desta forma, pode-se afirmar que os recursos lúdicos auxiliam na melhora do estado físico e psíquico das crianças internadas. Ao brincar, a criança pode expressar seus pensamentos, sentimentos e conflitos com o mundo exterior e interior, pois recria e representa papéis a partir de sua percepção das experiências vivenciadas. O brincar tem importância para o desenvolvimento das crianças, visto que contribui para o desenvolvimento psicomotor e para autonomia das habilidades (Pessoa, Souza, & Fontes, 2012). Este resultado vem sendo encontrado em diversos estudos (Borges, Nascimento, & Silva, 2010; Escobar et al., 2013; Broering, 2014; Lopes, Oliveira Junior, & Oliveira, 2015; Silva, & Brandão, 2017; Giaxa, Tavares, Oliveira, Eying, & Burda, 2019; Broering, & Crepaldi, 2019).

Considerações finais

Todo acontecimento humano é um fenômeno biopsicosociocultural; somente levando estes fatores em conta é possível ajudar pacientes pediátricos a entenderem suas patologias e a necessidade da hospitalização e da cirurgia. Com o objetivo de identificar os sentimentos das crianças internadas no setor pré-cirúrgico em relação ao contexto hospitalar, o presente artigo constata que as crianças do estudo relataram mais sentimentos negativos quando dispuseram apenas da entrevista para se expressarem e elaborarem seus conflitos internos. Em contrapartida, as mesmas crianças relataram sentimentos e pensamentos positivos, em especial a alegria, enquanto interagem com as pesquisadoras por meio do Baralho Infantil da Hospitalização.

Quanto às crenças referentes ao hospital e à cirurgia, notou-se que a falta de preparação pré-cirúrgica fez com que as crianças desenvolvessem crenças que não condizem com a realidade do que aconteceria durante o período e de internação hospitalar e durante o procedimento cirúrgico. Ademais, as crianças descreveram dois tipos de comportamentos: aqueles que tiveram que cessar perante a necessidade de hospitalização, e aqueles adquiridos no contexto hospitalar.

Nos hospitais há uma grande demanda quanto às questões da humanização, às quais se dão, conforme a colocação de Freitas e Moretto (2014), com o desenvolvimento do diálogo, da atenção, da empatia, do interesse pelo acolhido e pela sua história e da disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. Sugere-se que sejam feitas outras pesquisas com amostras maiores neste contexto, e ainda pesquisas para verificar se a aplicação do Baralho Infantil da Hospitalização pode, de fato, diminuir o nível de estresse e ansiedade na situação pré-cirúrgica, para contribuir com a necessidade de acolhimento nos hospitais.

Neste sentido, a presente pesquisa também pode surgir como estratégia para auxiliar na compreensão da vivência de hospitalização pelas crianças, auxiliando também os demais profissionais a criar estratégias de assistência assertivas, a partir do momento que compreendam as necessidades emocionais das crianças. Assim, as crianças se beneficiam, bem como os profissionais que estarão amparados para as demandas de suas práticas.

Referências

- Amaral, V. L. (2007). *Psicologia da educação*. Natal: EDUFRN.
- Arruda, M. J. F. C. (2015). *O ABC das emoções básicas: implementação e avaliação de duas sessões de um programa para promoção de competências emocionais* (Tese de doutorado). Universidade de Açores, Ponta Delgada, Portugal. Recuperado de <https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/3365>
- Borges, E. P., Nascimento, M. D. S. B., & Silva, S. M. M. (2008). Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 8(2), 211-221. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v28n2/v28n2a09.pdf>
- Braga, M. M., Queiroz, F. C. de, Arantes, L. J., Costa, P. R. R. M., Ruzzi, R. A., & Mandim, B. L. S. (2017). Avaliação pré-operatória em anestesia pediátrica. *Rev Med Minas Gerais*, 27(2), 26-37. doi: 10.5935/2238-3182.20170014
- Broering, C. V. (2014). *Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/132602/333189.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2019). Preparação psicológica pré-cirúrgica: estresse e ansiedade em crianças submetidas a cirurgias eletivas. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 27(1), p. 1-9. Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/9556>. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v27n1p1-9

- Broering, C. V., & Kruger, O. (2018). *Baralho infantil da hospitalização: pensamentos diferentes para situações difíceis* (1ª. ed). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Castro, T. G. de, Abs, D., & Sarriera, J. C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. *Psicol. cienc. prof.*, 31(4). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a11.pdf>. doi: 10.1590/S1414-98932011000400011.
- Céspedes, A. (2014). *Educar as emoções*. Lisboa: Editorial Presença.
- Costa Júnior, A. L., Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L., Penatti, T., & Sindrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estud. psicol.*, 29(2), 271-284. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>. doi: 10.1590/S0103-166X2012000200013.
- Escobar, E. M. A., Mellin, A. S., Tapia, C. E. V., Piovesan, R. C., & Noguchi, S. T. (2013). O uso de recursos lúdicos na assistência à criança hospitalizada. *Rev. Ciênc. Ext.*, 9(2), 106-119. Recuperado de https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/828/854
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freitas, C. R., & Moretto, C. C. (2014). Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. *Rev. SPAGESP*, 15(2), 77-93. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a07.pdf>
- Giaxa, A. C. M., Tavares, E. N., Oliveira, T. P., Eying, J., & Burda, T. A. M. (2019). A utilização do jogo como recurso terapêutico no processo de hospitalização da criança. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 280-305. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a15.pdf>
- Juan, K de. (2007) O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicol. hosp.*, 5(1), 48-59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v5n1/v5n1a04.pdf>
- Lopes, B. A., Oliveira Junior, C. R. de, & Oliveira, V. B. de. (2015). O brincar como instrumento de resgate do cotidiano da criança hospitalizada. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 35(88), 93-108. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2015000100007
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Infância e Psicopatologia* (7ª. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Mitchell, M. (2007). Psychological care of patients undergoing elective surgery. *Nurs Stand.*, 21(30), 48-55, 2007. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6344226_Psychological_care_of_patients_undergoing_elective_surgery. doi: 10.7748/hs2007.04.21.30.48.c4542.
- Monteiro, A. R. M., Teixeira, L. A., Silva, R. S. M. da, Rabelo, K. P. S., Tavares, S. de F. do V., & Távora, R. C. de O. (2012). Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. *Escola Anna Nery*, 16(3), 523-529. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/14.pdf>. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300014>
- Oliveira, G. F. de, Dantas, F. D. C., & Fonsêca, P. N. da. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(2), 37-54. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>
- Pessoa, A. C. B., Souza, M. H. F., & Fontes, F. C. O. (2012, junho). O lúdico no ambiente hospitalar: algumas reflexões. *Anais do IV Fórum Internacional de Pedagogia*, Parnaíba, PI, Brasil, 4. Recuperado de <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/35>
- Quirino, D. D., Collet, N., & Neves, A. F. G. B. (2010). Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 300-306. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/14.pdf>. doi: 10.1590/S1983-14472010000200014
- Racine, N. M., Riddell, R. R. P., Flora, D. B., Garfield, A. T. H., & Greenberg, S. (2016). Predicting Preschool Pain-Related Anticipatory Distress: The Relative Contribution of Longitudinal and Concurrent Factors. *Pain*, 157(9), 1918-1932. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27276117/>. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000590

- Ribeiro, P. C. P. S. V., & Costa, M. A. M. (2012). O conforto do doente idoso crônico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Enf. Ref.*, 3(7), 149-158. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a16.pdf>. doi: 10.12707/RlII11166.
- Silva, F. S., & Brandão, E. C. (2017). As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. *Revista de Enfermagem da FACIPLAC*, 2(2). Recuperado de <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/viewFile/266/85>.
- Valverde, D. L. D. (2011). *Suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares* (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>.
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, R. A. S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(3), 383-388. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300012&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692006000300012

Ani Carolini Pinto – Psicóloga clínica e pós-graduanda em Formação Plena em Gestalt-terapia pela Instituição Comunidade Gestáltica.

Gislaine Cristina Müller – Residente em Intensivismo pelo Programa de Residência Multidisciplinar em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional Hans Dieter Schmid (HRHDS). Pós-graduanda em Tanatologia pela Rede Nacional de Tanatologia (RNT).

Camilla Volpato Broering – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Saúde, Processos Psicossociais e Desenvolvimento Psicológico pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Psicóloga clínica, professora de cursos de graduação e pós-graduação, autora de livros infantis, técnicos e jogos terapêuticos, supervisora clínica em Terapia Cognitivo-Comportamental, revisora de artigos científicos e palestrante.

“Amor Diário”: um recurso terapêutico no contexto da prematuridade e na construção da parentalidade*

“Love Diary”: a therapeutic resource in the context of prematurity and in the construction of parenting

Juliana Faligurski Aires¹
Elsa Cristine Zanette Tallamini²
Juliane Disegna Fraporti³

Resumo

A hospitalização de bebês prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal representa para os pais uma ameaça à vida, o que pode dificultar a construção do vínculo pais-bebê e o processo de elaboração acerca da experiência vivida. O diário é uma ferramenta terapêutica que proporciona, às famílias, a possibilidade de narrativas e elaboração de sentimentos. O presente estudo tem como objetivo compreender o processo da parentalidade de pais de prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por meio da construção de um diário. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada em um hospital filantrópico do norte do estado do Rio Grande do Sul, com sete casais e uma mãe, de bebês prematuros hospitalizados, utilizando a proposta de um diário intitulado: Amor Diário. O conteúdo foi analisado por meio de Análise Temática de Conteúdo apoiada em entrevista semiestruturada com perguntas norteadoras. Destas perguntas, surgiram 4 temas: experiências acerca da gestação, nascimento e hospitalização do bebê em UTIN; elaboração e resignificação de vida; construção de vínculo e parentalidade; e contribuições do diário. Os resultados sugerem que a construção de um diário durante a hospitalização possibilita, aos pais, processos terapêuticos de resignificação do momento vivido e o fortalecimento da parentalidade.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva neonatal; narrativas; processos terapêuticos; parentalidade.

Abstract

Premature babies' hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit, represents a life threat for parent that can hamper the construction of a parent-baby bond, and the elaboration process about the lived experience. The diary is a therapeutic tool that provides families with the possibility

¹ Hospital de Clínicas de Passo Fundo/HCPF – Passo Fundo/RS – jufaires@gmail.com

² Hospital de Clínicas de Passo Fundo/HCPF – Passo Fundo/RS – elsa.tallamini@hcpf.com.br

³ Hospital de Clínicas de Passo Fundo/HCPF – Passo Fundo/RS – juliane.fraporti@hcpf.com.br

* Agência de fomento: Hospital de Clínicas de Passo Fundo/HCPF

Hospital de Clínicas de Passo Fundo/HCPF - CAEE 31674920.20000.5342 - Parecer 4107491

of narratives and elaborating feelings. The study aimed to understand the parenting process of parents of premature infants admitted to the Neonatal Intensive Care Unit, through the construction of a diary. This is a qualitative-descriptive research, carried out in a philanthropic hospital in the north of the Rio Grande do Sul state, with 7 couples and 1 mother of hospitalized premature babies, using the proposal of a diary entitled: Love Diary. The content was analyzed using Thematic Content Analysis by a semi-structured interview with guiding questions. From this, 4 themes emerged: experiences about pregnancy, birth and hospitalization of the baby in the NICU; elaboration and resignification of life; bonding and parenting; and, contributions from the diary. The results suggest that the diary construction during hospitalization allows to parents have therapeutic processes of moment lived resignification, and to strengthen parenting.

Keywords: neonatal intensive care units; narratives; therapeutic processes; parenting.

“A história de um ser não começa aos cinco anos, nem aos dois, nem aos seis meses, mas ao nascer – e antes de nascer se assim preferir, e cada bebê é desde o começo uma pessoa, necessitando ser conhecida por alguém” – Winnicott (1982, p. 96)

Introdução

A gestação e o nascimento de um bebê são marcados pela expectativa de um filho saudável. No entanto, para os pais de um bebê que nasce prematuro e é hospitalizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), esta experiência pode representar uma ameaça à vida (Francisco, Alves & Henriques, 2019; Battikha, 2017). Por prematuridade compreende-se o nascimento de um bebê antes do período ideal para o estabelecimento completo do desenvolvimento de órgãos e neurodesenvolvimento, ou seja, é aquele bebê que nasce antes da 37ª semana de gestação (World Health Organization [WHO], 2018).

A hospitalização é o cenário representativo de reparação e, também, de ameaça à vida, entretanto, além do orgânico, há a vida psíquica, a qual é pouco compreendida pelos pais e profissionais da equipe de saúde. Dessa forma, estar vivo representa existir física e emocionalmente de forma não dissociada (Jerusalinski, 2018; Jerusalinski, 2002; Winnicott, 2012). Assim como os pais e cuidadores prestam cuidados ao corpo físico do bebê e lhe nutrem através do alimento, este bebê necessita de cuidadores que suponham existir no seu corpo um sujeito. Necessita que lhe nutram de palavras e ofereçam um ambiente adequado para tanto (Zimmermann, 2017; Freud, 1895).

Estudos evidenciam a importância da complementação das estruturas motoras, cognitivas, comportamentais e psíquicas de um corpo, para o seu desenvolvimento pleno (Crespi, Noro, & Nóbile, 2020; Correio, 2020). Essas capacidades também se moldam a partir das implicações e competências dos cuidadores responsáveis, assim como a partir do ambiente que eles proporcionam ao bebê.

Considerando que a paternidade e a maternidade exercem influências e provocam mudanças na vida do homem e da mulher, como na vida do casal, é importante ressaltar que mudanças externas também podem influenciar neste processo. A ótica da parentalidade alimentada de ideais e expectativas pode ser atravessada pelos impasses da separação do filho de seus pais, frente ao adoecimento, à prematuridade, à hospitalização e ao risco de vida em decorrência destes fatores (Francisco et al., 2019).

Parentalidade é um termo recente que abrange várias dimensões e configurações familiares (Iaconelli, 2020). É a capacidade que os pais possuem para satisfazer as necessidades

de seus filhos em seu aspecto amplo. Sobre as figuras parentais recai a responsabilidade da promoção de valores, atitudes e comportamentos saudáveis e responsáveis, que favoreçam o crescimento saudável dos filhos e o estabelecimento de um ambiente adequado para tanto. Essa relação pais-filhos pode ser afetada por influências externas. É possível que a qualidade parental que uma criança recebe seja fator de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais (Sánchez, 2019).

Portanto, o processo de construção da parentalidade não se dá de pronto, mas está em construção (Rosa, 2020). No contexto de hospitalização, encontram-se pais com diferentes contextos, histórias, situações socioeconômicas, culturais e ambientais, dessa forma, esses aspectos influenciam o processo da parentalidade e a constituição psíquica do bebê (Figueira, 2020; Francisco et al., 2019).

A intervenção clínica com os pais de bebês hospitalizados, por vezes, se dá de maneira rápida em virtude da alta hospitalar. Nessa mesma velocidade e inconstância, oscilam-se os prognósticos e as reações parentais. Em consequência dessa instabilidade, os pais podem apresentar dificuldades em inscrever o bebê (seu filho) no discurso parental (Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piaw & Al Kawafha, 2016; Tobo Medina, Betancur Mesa, & de la Cruz Enríquez, 2017).

A experiência da UTIN para os pais pode ser um obstáculo real, que inibe recursos internos fundamentais para o processo de estabelecimento de vínculo com o bebê e para a construção dos papéis parentais (Figueira, 2020; Fraga, Dittz & Machado, 2019). O obstáculo está associado ao investimento emocional necessário frente à cena incapacitante, muitas vezes, de ver o filho hospitalizado. Além disso, a hospitalização pode ser um fator de risco psíquico e de transtornos do desenvolvimento para a criança (Jerusalinski, 2018; Al Marghaireh et al., 2016).

No cenário de UTIN, o profissional psicólogo trabalha com pais que se deparam com o nascimento de um filho diferente do planejado e idealizado, portanto, sujeitos a um efeito traumático (Tobo Medina et al., 2017). O traumático pode impossibilitar quem o sofre de reorganizar-se, contudo, o papel do psicólogo também é o de proporcionar que estes pais façam uma mudança de posição, no sentido de que consigam enfrentar o trauma e estabelecer um movimento de fala que os vincula com o bebê (Carvalho & Pereira, 2017; Rabello, 2016).

Nessa ótica, a partir da narrativa dos pais, utilizar de recursos, além da palavra, como também a via da escrita, possibilita expressar sentimentos e emoções, trabalhando a evolução do potencial expressivo em um tempo subjetivo (Collodel Benetti & Ferreira de Oliveira, 2016). A confecção de um diário pode ser uma ferramenta de trabalho útil ao psicólogo, um mecanismo de intervenção para promover suporte aos familiares durante o enfrentamento da hospitalização (Leite et al., 2016).

Diante do exposto, questiona-se se o diário pode ser um recurso terapêutico para os pais na UTIN, frente ao desgaste emocional que permeia essa vivência. Acredita-se que espaços de fala sejam uma importante estratégia para eles elaborarem o momento vivido. À vista disso, o objetivo desta pesquisa foi compreender o processo da parentalidade de pais de prematuros internados em UTIN, por meio da construção de um diário.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e descritivo, baseada na análise de um diário, em que os dados foram categorizados apoiados em uma entrevista

semiestruturada. A implementação do estudo efetuou-se em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com 10 leitos de um hospital do norte do estado do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Qualificação do cuidado: assistência integral multiprofissional na saúde materno infantil”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o CAEE 31674920.20000.5342 e Parecer 4107491.

Participantes

A amostra por conveniência foi composta por nove casais (pai e mãe) e uma mãe de bebês prematuros internados em uma UTIN. Cabe salientar, dada a amplitude das configurações familiares que se encaixam ao termo parentalidade, que, nesta pesquisa, parentalidade está inclinado às configurações familiares compostas por pais biológicos dos gêneros masculino e feminino. Dos participantes, dois potenciais casais foram excluídos por desistência, ainda no processo inicial da coleta. Os participantes foram apresentados como: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

Os critérios de inclusão foram: ser pai e/ou mãe de bebês prematuros, maiores de idade e que, a partir do contato com a equipe de saúde assistente da UTIN, não foram detectadas quaisquer condições de comprometimento da lucidez e capacidade de comunicação verbal e compreensão. Os critérios de exclusão foram pais de bebês a termo, menores de 18 anos, ou aqueles cujas capacidades cognitivas não estavam preservadas.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2020. Os pais dos bebês hospitalizados formalizaram sua concordância de participação na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Uso de Imagem. Foi elaborado um breve perfil sociodemográfico para caracterização dos participantes.

Inicialmente foi formatado pela autora um caderno intitulado “Amor Diário”, o qual foi entregue aos participantes. Na sua primeira página, havia espaço para escrever dados pessoais e do bebê; as demais páginas em branco. A finalidade era proporcionar aos participantes que as utilizassem com criatividade (escrita, colagem, dobradura, recorte, etc.), para explanar, no diário, suas vivências e seus sentimentos enquanto pais. O caderno “Amor Diário” foi entregue com o intuito de ser objeto de pertencimento e autoria dos participantes.

Após, foram realizados encontros mediados por questões norteadoras, as quais trataram sobre os seguintes temas: a) a experiência dos pais acerca da prematuridade e hospitalização do bebê na UTIN; b) as percepções dos pais acerca da experiência de confecção do diário; c) implicações emocionais e sentimentos gerados nos pais, a partir da confecção do diário. Para tanto, foram quatro encontros com duração média de 45 minutos cada. Embora fosse privilegiada a ideia de realizar todos os encontros com o casal, dada a dificuldade de reuni-los, as questões foram respondidas pela mãe. Com os cinco pais participantes que tiveram a alta hospitalar de seus filhos antes do término da coleta, os encontros aconteceram de forma virtual, por chamada de vídeo e voz. Todas as respostas foram gravadas, transcritas e posteriormente deletadas do dispositivo eletrônico.

Análise de dados

Os dados foram analisados de acordo com os pressupostos de uma Análise Temática de Conteúdo. Esta análise desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A análise temática é uma modalidade que consiste em deter-se no tema, fazendo registro de recortes relevantes do texto, que podem constituir-se em palavras, resumos, frases ou outros. A partir disso, o pesquisador

propõe inferências e faz interpretações, realizando classificação e categorização dos dados que signifiquem algo para o objeto de análise pesquisado (Minayo, 2014).

Resultados e Discussão

Serão apresentadas informações sobre os participantes da pesquisa e sobre os quatro eixos temáticos que emergiram da análise dos diários. Participaram da pesquisa sete casais (pai e mãe) e uma mãe, de bebês internados na UTIN desde o seu nascimento, com histórico de prematuridade. O tempo de internação do bebê variou entre duas semanas e três meses. Dentre os oito participantes da amostra, seis residiam em cidades diferentes do local de internação do bebê. As idades dos pais variaram de 18 a 34 anos entre as mulheres e 21 a 39 anos entre os homens. A situação socioeconômica também apresentou variações e, em relação à escolaridade, a maioria dos participantes não apresentava formação de ensino superior.

Experiências acerca da gestação, nascimento e hospitalização do bebê em UTIN

Esta categoria compreende aspectos relacionados às percepções e aos sentimentos evidenciados pelos participantes na construção do diário, a partir da experiência da gestação, do nascimento e da internação do bebê na UTIN.

As percepções verteram a partir da implicação subjetiva de cada família na experiência e idealização pelo nascimento do bebê. Todos os participantes escolheram contar a trajetória e experiência da gestação, sendo que, das oito mulheres participantes, quatro relataram ter planejado a gestação, e três não. Alguns relatos do diário exemplificam:

“Foi tudo uma surpresa, não esperava ficar grávida agora pois (...) ficamos meio assustados pois não era esperado (...).” (P5)

“(...) então, no ano de 2019, começamos o planejamento familiar (...) e então decidimos para com a pílula (...).” (P3)

Seis das oito mulheres participantes da pesquisa relataram intercorrências na gestação, e manifestaram sentimentos acerca disso:

“(...) Dos 3 meses ao 5 a minha gravidez foi um pouco conturbada (...) o nenê podia estar com má formação, os batimentos estavam muito fracos (...) naquela hora eu chorei muito, eu não queria tirar (...) eu tava em pânico (...).” (P4)

A maioria das mulheres descreveram sentimentos acerca do parto prematuro, e referiram, através da escrita, sentirem-se surpresas frente ao fato:

“(...) Para a nossa surpresa (...) 1 mês antes do previsto, ocorreu o rompimento da bolsa (...) os momentos seguintes foram apreensivos, com um misto de sentimentos de alegria e preocupação (...).” (P2)

“(...) Enfim você chegou, meio de repente, com pressa, não deixou nem o papai e a mamãe pensar (...).” (P7)

Todos os participantes viveram a experiência da prematuridade e hospitalização de um filho, pela primeira vez. Os relatos acerca das visitas realizadas aos bebês foram sobre os impactos que a vivência lhes provocou principalmente no que concerne às visitas iniciais:

“Na primeira visita (...) chorei muito (...) achei que não iria sobreviver (...).” (P6)

“(...) cheguei na sala me deparei com ela com sonda, acesso com soro e antibióticos, sem poder mamar (...) entrei em desespero. Nunca pensei em encontrar ela daquele jeito, comecei a chorar (...).” (P5)

“Eu nunca imaginei pisar em uma UTI neonatal (...) era lágrima atrás de lágrima, (...). Meu filho (...) deixado dentro de uma incubadora, rodeada de enfermeiras e a mãe e o pai limitados pelo tempo para ver ele (...).” (P7)

Alguns participantes não manifestaram na escrita o processo de hospitalização e as implicações dele em suas vidas. Observa-se que estes participantes expressaram aquilo que lhes foi possível até o momento, conforme permitiram os recursos internos de cada um. As manifestações e os pensamentos concretos acerca da experiência de hospitalização também se apresentam nas falas, as quais se compreende que se configuram como forma de ambientação e segurança para os pais:

“(...) Nosso menino precisou ser entubado pois desenvolveu a Doença da Membrana Hialina, (...) devido a prematuridade (...).” (P2)

As informações concretas dadas aos pais, provenientes da equipe médica assistente, preenchem vazios, questionamentos, e diminuem angústias e medos (Carvalho & Pereira, 2017). À medida que o processo adaptativo acontece e que os familiares conseguem se apropriar do cenário e suas repercussões, começam também a enxergar dificuldades e necessidades de mudanças:

“(...) se de repente tivesse um lugar (...) que tivesse uma porta, uma janela de vidro e a gente poder olhar lá pra dentro pra ver o que está acontecendo, sabe?(...)” (P8)

Por meio da escrita, os participantes também manifestaram sentimentos e percepções em relação à equipe de saúde no cuidado para com seus filhos:

“(...) sempre esclareceu todas as nossas dúvidas, né! (...) essa equipe multiprofissional que tem ali, é maravilhosa (...) que nos auxilia, nos tranquiliza e que faz nós passar este momento mais leve.” (P2)

A partir dos relatos dos pais, observa-se que as experiências iniciais da maternidade e paternidade, atreladas à intercorrências – seja na gestação ou no momento do nascimento do bebê – acarretam sentimentos variados e ambivalentes, em sua maioria negativos e possíveis dificultadores na elaboração do contexto da parentalidade e de hospitalização dos bebês (Carvalho & Pereira, 2017). Quanto a esse aspecto, o registro de eventos cotidianos da UTIN no diário mostra-se importante para lembrar os pais a destacarem o que já foi enfrentado e superado, encorajando-os a seguir em frente (Leite et al., 2016).

Independentemente das intercorrências durante a gestação e parto, os pais relataram terem sido surpreendidos pela possibilidade da prematuridade. Todavia, cada um possui um tempo subjetivo para assimilar e elaborar as experiências e, para alguns, intervir se faz necessário. Nesse sentido, o trabalho do psicólogo na UTIN se dá pela necessidade de intervenção e a partir da singularidade de cada um dos pais.

Cabe salientar, ainda, a importância da equipe multiprofissional na assistência às famílias (Carvalho & Pereira, 2017), conforme relato de P2. É importante que os pais se sintam acolhidos, tenham suas dúvidas esclarecidas, e que os profissionais possam identificar na abordagem quando algo não vai bem. A forma como a equipe de saúde realiza os cuidados do bebê também se mostra relevante frente ao fato de que os pais sentem mais ou menos confiança e tranquilidade ao deixarem seus filhos sob outros cuidados (Zanfolin, Cerchiari & Ganassin, 2018). Tendo isso em vista, o processo de elaboração do momento vivido pelos pais e a construção das funções parentais podem ser prejudicadas.

A maneira como cada familiar vivencia a hospitalização e o adoecimento de um filho é singular. Alguns fatores podem influenciar ou determinar o enfrentamento e desempenho parental; os fatores externos, por sua vez, podem modificar ou dificultar o fator emocional (Figueira, 2020; Francisco et al., 2019). Desse modo, o diário permite registrar os acontecimentos e sentimentos da família em relação ao bebê neste momento de conflito, gerando segurança para os pais (Leite et al., 2016).

Elaboração e ressignificação da vida

No caso de alguns participantes, o contexto de hospitalização e prematuridade é visto como um processo de reorganização de vida e ressignificação. Ao longo das entrevistas, os pais assinalaram aspectos que influenciaram na elaboração do momento vivido. Eles manifestaram percepções acerca das dificuldades vivenciadas e, do mesmo modo, produziram ressignificações de vida e de suas ações frente a este contexto.

Essa categoria se refere, portanto, à presente temática, apontada pelos participantes de forma mais recorrente. Observou-se que ela foi determinante após o nascimento do bebê:

"(...) o meu pensar é totalmente diferente de antes, agora eu posso dizer que virei uma mulher com maturidade, (...)." (P4)

"(...) foi pra mim passar por isso pra amadurecer, pra mim crescer (...) ele veio pra ensinar eu. (...)." (P7)

Aos bebês foram dados significados e foram nomeados por seus pais como forma de simbolizar o momento experienciado:

"(...) fiz a cirurgia para meu bebê milagre vir ao mundo (...)." (P6)

“(...) ele podia ter morrido (...) mas ele mostrou para todos nós que ele queria vir ao mundo e venho, meu gordinho é uma vitória, e uma bênção de Deus (...).” (P4)

Ainda acerca desta categoria, destacam-se a rede de apoio e a religiosidade como recursos no enfrentamento do contexto vivenciado, o que também se destaca no estudo de Fraga et al., (2019). Significativamente, a maioria dos pais descreveu a família como recurso principal e, de maneira equivalente, a fé em Deus, conforme exposto na seguinte descrição:

“(...) Toda a minha família me apoiando (...) Sou grata a eles, e agradeço a Deus por me permitir mais uma chance de viver e de cuidar (...).” (P6)

O apoio do pai do bebê também emergiu como fator importante e protetor na experiência de gestação da mulher e frente ao nascimento (Figueira, 2020), conforme descrito pelos participantes na posição de terceira pessoa:

“(...) Quando a mamãe tinha as contrações papai rezava e a cuidou por toda noite (...).” (P2)

“(...) Todo esse período o papai foi muito atencioso e ajudava a mamãe a fazer tudo, e além disso tinha uma paciência admirável (...).” (P3)

Embora a presença e a participação do pai tenham se mostrado fundamental para algumas mulheres no processo de elaboração, a participante que não teve o apoio do pai do bebê também sugere recursos de enfrentamento:

“(...) sempre fui uma mãe guerreira e trabalhadora e sempre quis o melhor para meus filhos.” (P6)

Contudo, a partir dos relatos dos participantes, independentemente da situação a ser elaborada, cada sujeito vai dar o sentido para ela, de acordo com seus recursos internos subjetivos e com o suporte disponível no momento.

Construção de vínculo e parentalidade

Esta categoria propõe-se a apresentar o processo de construção de vínculo pais-bebê e o momento em que o vínculo se constitui na experiência de pais de prematuros internados em uma UTIN. Ademais, também como se mostra frente a este cenário o processo de construção da parentalidade a partir das representações parentais herdadas. Nas narrativas dos diários, é possível perceber a construção de vínculo ainda durante a vida intrauterina do bebê:

“(...) ficava horas acariciando ela (...) e o papai também conversava, dava beijinhos e fazia carinho, sempre na hora do banho colocava musiquinha (...) para nós ouvir, ai como eu amava a hora do banho (...).” (P3)

“(...) Foi uma fase maravilhosa, cada consulta do pré natal uma alegria (...).” (P2)

A construção de vínculo é um processo, em cujo decorrer, por motivos variados, pode haver desinvestimento no bebê, uma pausa na gravidez psíquica. Com isso, essa relação pode ser estabelecida somente após o nascimento ou à medida que os familiares forem se identificando com este novo membro (Szejer, 2020):

“(...) E eu me sinto tão feliz por estar ali com ele, do lado dele vendo que tá tudo bem, quando falo com ele, ele abre os olhos e começa a me procurar, é a melhor coisa, por que eu sei que ele já me conhece sabe que eu sou a mãe dele (...).” (P4)

“(...) elas nos ensinam a ser cada vez melhores. Agora já estão querendo fazer caretas, murmurar e sorrir, é muito lindo (...).” (P5)

A hospitalização provoca implicações emocionais nos pais, e alguns sentem-se limitados na interação com o bebê, o que pode ser dificultador de vínculo (Carvalho & Pereira, 2017). Desse modo, identifica-se a necessidade de estratégias que favoreçam o fortalecimento de vínculo pais-bebê neste cenário (Santos et al., 2020).

No que diz respeito à parentalidade, os participantes manifestaram identificações parentais, o que representa a implicação delas nas suas próprias construções de pai e mãe:

“(...) uma pessoa que eu queria muito que conhecesse o meu filho era meu pai, ele ia ficar muito feliz (...).” (P4)

A experiência anterior de maternidade pode ajudar mulheres a imaginarem com mais facilidade o seu bebê antes de nascer e, dessa forma, iniciarem o processo de construção do papel parental (Carvalho, 2017). O diário, a partir da narrativa, permitiu a alguns pais refletir acerca do modo como estão exercendo a parentalidade:

“(...) Então, eu quero deixar a história de vida deles para eles né? (...) minha visão, meus sentimentos, enfim (...).” (P8)

A parentalidade é uma construção que se dá a partir do desejo, da identificação, e pela via das transmissões culturais. Contudo, não depende somente das funções de pai e mãe, que são interfaces entre o sujeito e o lugar social (Rosa, 2020). À medida que se tornam pais, eles testam e questionam as suas capacidades de cuidado, apoio, educação, afeto e oferta de ambiente saudável ao filho recém-nascido. Buscam identificar-se com seus pais e com a maneira que eles lhe inscreveram na família, no social, na vida. Destaca-se, portanto, a importância da primeiríssima infância e das capacidades parentais no desenvolvimento infantil saudável, pois, à medida que tratamos uma criança e seus pais, estamos cuidando também de uma sociedade.

Contribuições do Diário

Esta categoria propõe compreender a percepção e experiência dos pais, a partir da construção do diário e das suas contribuições no contexto de hospitalização, adoecimento e parentalidade. Ao longo deste processo, os participantes encontram uma forma de expressar seus sentimentos, sejam positivos ou negativos, por meio da escrita. Desse modo, a escrita pode ser considerada uma via de acesso aos recursos internos e subjetivos de cada um. A escolha dos participantes quanto às diferentes formas de elaboração do diário favorece e mostra a expressão do universo simbólico do indivíduo e de suas representações, como exposto por P3 e P2, com colagens de fotos que representaram o período gestacional.

A singularidade de cada diário é evidenciada por P4, que realiza a tentativa de expressão na escrita de um verso (RAP), manifestando sentimentos frente ao contexto de hospitalização do filho:

“Como começar...é difícil me expressar onde não há o que falar, pois estou aqui e meu filho lá...pois lá onde eu não posso estar...lá longe, e muito longe de seu lar. Palavras eu sei que não vão poder explicar.”

As respostas obtidas através do questionário quanto à percepção dos pais sobre o processo de construção do diário apresentam-se a partir das seguintes perguntas: como foi para você confeccionar o diário? Quais sentimentos emergiram no processo de confecção do diário? Você acha que o diário será útil ao logo do desenvolvimento do bebê ou contribuirá na relação pais-bebê? Sim ou não? Por quê?

No decorrer da análise das respostas e na categorização do conteúdo, a construção do diário foi classificada pelos participantes, de forma unânime, como elemento positivo. Evidenciou-se nas perguntas norteadoras que o diário contribui para lembrar momentos experienciados que acabam sendo esquecidos ao longo do tempo; portanto, é representante de um memorial para a família e o bebê (Leite, et al., 2016):

“(...) porque a gente vai esquecendo (...) quando você registra, fica tudo ali (...) é muito importante para ficar registrado não só pra mim, mas pra eles no futuro.” (P8)

“(...) vai estar sempre escrito ali, no diário, sempre pronto pra ele ver, pra ele reviver e pra ele também ter esse sentimento que a gente tem de gratidão por todas as pessoas maravilhosas que passaram em nossa vida.” (P2)

Aspectos importantes destacam-se neste tópico. Um deles é a respeito da possível implicação do diário na construção da parentalidade, no sentido de ele ser uma via para a criança conhecer o quanto seus pais se envolveram no cuidado e nas relações de afeto. Durante as falas, alguns participantes relataram acerca do desejo de que a criança saiba desta dedicação, o que sugere ser o desejo dos pais reafirmarem seus papéis parentais e também elaborarem os diversos sentimentos que surgem durante a experiência da hospitalização, entre eles, o sentimento de culpa:

“(...) Bom por eu fumar na gravidez pensei que ele teria algum problema (...).” (P4)

Outro elemento importante relatado pelos pais quanto à contribuição do diário foi a oportunidade de expressar através da escrita, o que em palavras não conseguem:

“Está sendo ótimo, podemos expressar o que sentimos através de palavras (...).” (P5)

“(...) o que eu não consigo falar em palavras eu escrevo (...) eu consigo me expressar mais.” (P4)

Alguns participantes se referem, ainda, ao processo de construção do diário como sendo um momento de distração, reflexão, alívio, desabafo e de ajuda no processo de enfrentamento:

“(...) forma também de a gente se distrair e reviver tudo o que a gente passou naqueles dias (...) Sentimentos assim, que a gente precisa expor eles.” (P2)

“(...) o diário contribui (...) pra você registrar, você parar para pensar, porque não é só o que aconteceu, é o que tá em volta do que acontece (...).” (P8)

“(...) conforme vai vindo as palavras eu vou escrevendo, pra mim é um jeito de me aliviar bastante coisas (...).” (P7)

“(...) ali eu desabafo o que eu sinto, ... É uma coisa muito boa! (...).” (P6)

O processo de construir, seja buscando lembranças ou tentando expressar o momento de experiência, pode suscitar um percurso reflexivo em quem o faz. Frente aos sentimentos que emergem deste movimento é estabelecida a possibilidade de ressignificar o momento de dificuldade experienciada; isto posto, traça-se uma possibilidade também terapêutica (Collodel Bennett & Ferreira de Oliveira, 2016):

“Na construção do diário, os sentimentos vividos foram de esperança, amor, dedicação e superação (...) me fez rever o momento que eu vivi (...).” (P1)

O diário também foi mencionado como uma perspectiva de continuidade, a partir de quando a história da família é contada futuramente à criança.

“(...) eu, pretendo guardar estas emoções ali (...) assim ele vai saber da vidinha dele, desde o início (...) eu acredito que isso possa ajudá-lo no futuro (...).” (P8)

“(...) Eu imagino que no momento em que ele começar a ver, ler, a ver as fotos e saber que o pai e a mãe estavam ali (...).” (P7)

“(...) será e já está sendo útil, pois nos faz lembrar desses momentos tão importante nas nossas vidas (...) vamos contar e mostrar para ela através do diário tudo que vivenciamos (...).” (P3)

A partir da escrita também se comunica algo, “a transmissão da cultura permite ao sujeito se reconhecer numa história narrativa passada e futura e significar sua inscrição no presente” (Rosa, 2020). Dessa forma, os resultados deste estudo corroboram o que a literatura atesta e respondem à questão da pesquisa acerca da forma como o diário contribui para a parentalidade, pois se mostrou um instrumento importante de narrativa da história dessas famílias (Leite, et al., 2016). O diário constitui-se como uma via de inscrição do bebê no contexto parental.

Na hospitalização, a parentalidade é atravessada pelas dificuldades vividas (Francisco et al., 2019). O recurso do diário propiciou, aos participantes, expressar seus sentimentos e reconhecê-los enquanto seus, dando amplitude para pensar em formas de enfrentamento, objetivando, então, a resolutividade desta demanda. Com isso, ao manifestar suas impressões e vivências na elaboração do diário – que não finda, pois, seja na escrita ou nas inscrições mentais e simbólicas, a história da família continua ao longo do desenvolvimento do bebê e do processo de construção parental – os pais manifestam sobre si mesmos o que não conseguem expressar na fala (Leite et al., 2016). Posto isto, o espaço para a palavra abre possibilidades (Lacan, 1970/2003); dessa forma, os pais imprimem voz aos seus sentimentos, permitindo separar o que é da própria história e o que é do filho, desconstruindo fantasias que os limitam:

“(...) Então...eu acredito que isso possa ajudá-lo no futuro, a saber até algumas coisas que estarão no presente dele (...) isso pode ser decorrente de algum sentimento lá do passado do que passamos, do que passamos para ele (...).” (P8)

O fato de a alta hospitalar de alguns bebês ter ocorrido antes do término da coleta pode ter influenciado nos dados da pesquisa, tendo em vista que os sentimentos estão mais emergentes no momento da hospitalização. Ao mesmo tempo, não podemos afirmar que após a alta hospitalar a continuidade de construção do diário não foi efetiva, uma vez que, na percepção dos participantes, o diário poderia contribuir na construção da história subjetiva do bebê e da família.

Considerações Finais

Como evidenciado pelos pais colaboradores desta pesquisa, a experiência da prematuridade e a hospitalização de seus bebês é permeada pela diversidade e ambivalência de sentimentos, que se apresentam à medida que a vivência ocorre. Com a construção do diário, observou-se o impacto frente à primeira visita ao bebê na UTIN. À medida que os pais reconhecem o ambiente, recebem informações da equipe assistente e se adaptam ao contexto, começando a compreender e ressignificar o momento vivido. Com isso, auxilia-se a construção do vínculo pais-bebê e o desempenho da parentalidade. Ocorre, então, uma mudança de postura, assumindo-se a corresponsabilização do cuidado ao bebê, visando respostas mais efetivas às suas demandas.

Os resultados da pesquisa lançam olhar para a fragilidade emocional dos pais frente ao contexto de hospitalização do bebê e para suas implicações na parentalidade. A construção do diário destacou-se como via alternativa na elaboração, tendo em vista seu caráter terapêutico, uma vez que instrumentalizou os pais na expressão de sentimentos e resolução das demandas de enfrentamento. De forma unânime, os pais avaliaram como positiva a utilização do instrumento, visto que ele proporcionou oportunidade de expressão, distração, alívio, reflexão e uma possibilidade de lembrança da história da família a fim de não ser esquecida.

Constata-se que a construção do diário pode mobilizar aspectos subjetivos e internos de quem se propõe a fazê-lo. É fundamental destacar a importância para que o processo se realize a partir da condução e escuta qualificada de um profissional psicólogo. Como resultado o diário também possibilitou a melhora da comunicação e expressão dos pais frente ao contexto vivido, o que os beneficia na futura relação com seus filhos.

À medida que o desenvolvimento de um bebê tem a implicação saudável dos seus cuidadores, ele se efetua com menor probabilidade de risco, também psíquico, para a criança. Além de que o diário foi apontado como uma possibilidade de continuidade, o que pode seguir beneficiando os pais no exercício de suas funções parentais e na construção da subjetivação do bebê. Cabe salientar que as construções criativas dos pais agregam como efeito terapêutico, podendo resgatar a efetividade do vínculo pais-bebê.

Em sua forma ampla, evidencia-se, com isto, a importância da atenção à primeira infância, tendo em vista as possibilidades de determinantes intrínsecos no decorrer no desenvolvimento da criança. Portanto, esta não é apenas uma etapa do cuidado, mas, sim, a base do processo assistencial da saúde na primeiríssima infância.

Acerca das limitações deste estudo, a participação dos pais (homens) na pesquisa e nos cuidados com o bebê foi menor que a das mães, o que sugere relação com a licença paternidade de curto prazo. A alta hospitalar não planejada do bebê, além de dificultar a coleta de dados, poderia ter contribuído no processo de enfrentamento dos pais se tivesse prévia definição. Sendo assim, sugere-se que estas possam ser temáticas para novos estudos. Além disso, o diário demonstrou ser uma intervenção potente, que pode ser viabilizada a todos os pais. Na sequência deste foco de pesquisa, este instrumento pode ser direcionado aos demais familiares, como avós e irmãos, e pode ser uma possibilidade de repensar o cuidado centrado nos sujeitos dentro do contexto de UTIN, considerando estar aí a oportunidade de intervir na primeiríssima infância.

Referências

- Al Maghaireh, D. F., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y., & Al Kawafha, M. M. (2016). Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Jornal of clinical nursing*, 25(19-20), 2745-2756. <https://doi.org/10.1111/jocn.13259>
- Battikha, E. C. (2017). A comunicação do diagnóstico na UTI neonatal médicos e pacientes: assimetrias e simetrias. São Paulo: Escuta.
- Carvalho, M. E. S. (2017). Representações sonoras e visuais na aurora da maternidade e da vinculação pré-natal: teoria, investigação e clínica. In E. Parlato-Oliveira & D. Cohen (Orgs.), *O bebê e o Outro seu entorno e suas interações*. 1. ed. São Paulo: Instituto Langage.
- Carvalho, L. S.; Pereira, C. M. C. (2017). As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Revista da SBPH*, 20(2), 101-122. Recuperado em 05 de outubro de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a07.pdf>
- Collodel Benetti, I. & Ferreira de Oliveira, W. (2016). O poder terapêutico da escrita: quando o silêncio fala alto. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(19), 67-76. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69050>

- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 215-220. <https://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Crespi, L., Noro, D., & Nobile, M. F. (2020). Neurodesenvolvimento na Primeira Infância: aspectos significativos para o atendimento escolar na Educação Infantil. *Ensino Em Re-Vista*, 27(Especial), 1517-1541. <https://doi.org/10.14393/ER-v27nEa2020-15>
- Figueira, M. A. B. S. (2020). *O papel do pai na família com bebê hospitalizado em Unidade neonatal* - Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, 124p. BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. São Paulo, São Paulo. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/23103>
- Fraga, E., Dittz, E. da S. & Machado, L. G. (2019). A construção da co-ocupação materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 92-104. <https://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1125>
- Francisco, A. K. P. R., Alves, E. C. M., Henriques, A. L. N. (2019). Atitudes em relação à parentalidade em crianças muito pré-termo. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina e de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. <https://hdl.handle.net/10216/124653>
- Freud, S. (1895[1950]). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. I, p. 335-454.
- Iaconelli, V. (2020). Sobre as origens: muito além da mãe. In D. Teperman; T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade (Coleção Parentalidade & Psicanálise)*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Jerusalinski, A. N. (2002). O nascimento do ser falante. In L. M. Bernardino, & C. M. F. Rohenkhol (Orgs.), *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinski, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face a Lei nº 13.438/17 referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Estilos clin.*, v. 23, n.1, 83-99. São Paulo. Doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99>
- Lacan, J. (2003). Radiofonia. In Lacan, J. [Autor], *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970)
- Leite, C. C. P.; Souza, S. N. D. H.; Rossetto, E. G.; Pegoraro, L. G. O.; Jacinto, V. C. B. (2016) O Diário do Bebê para a mãe de prematuro: apoiando o cuidado centrado na família. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.8664>
- Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 407 p.
- Rabello, A. M. (2016). Construção subjetiva e prematuridade na UTI neonatal. *Primórdios - Nascimentos e destinos do objeto*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4. p 13-24. Recuperado em 13 de setembro de 2020, de http://cprj.com.br/primordios/04/2_Primordios_MioloVol4_Prova03-4.pdf
- Rosa, M. D. (2020). Passa anel: famílias, transmissão e tradição. In D. Teperman; T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade (Coleção Parentalidade & Psicanálise)*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Tobo Medina, N., Bentacur Mesa, P. & De la Cruz Enríquez, C. (2017). Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19 (2), 161-175. Recuperado em 14 de setembro de 2020. <https://doi.org/10.11144.Javeriana.ie19-2.eaap>
- Sanchez, M. C. (2019). *Dimensiones cualitativas de la parentalidad* – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Santos, A. da S., Rodrigues, L. do N., Andrade, K. C., Santos, M. S. N. dos, Viana, M. C. A., & Chaves, E. M. C. (2020). Construção e validação de tecnologia educacional para vínculo mãe-filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190083. Epub June 01, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0083>

- Szejer, M. (2020). *Questões éticas em torno do nascimento do bebê*. São Paulo: Instituto Langage.
- Winnicott, D. W. (1982). Mais ideias sobre os bebês como pessoas. In D.W, Winnicott. *A criança e o seu mundo*. 6ª edição, pg 96. Rio de Janeiro: LTC (Texto original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2012). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1988).
- WHO – World Health Organization. (2018). Preterm birth. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/index.html>
- Zanfolin, L. C.; Cerchiari, E. A. N.; Ganassin, E.M.H. (2018). Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38 n°1, 22-35. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000292017>.
- Zimmermann, V. B. (2017). “Encontros” necessários para a constituição psíquica. In E. Parlato-Oliveira & D. Cohen (Orgs.), *O bebê e o Outro seu entorno e suas interações* (PP. 47-66). São Paulo: Instituto Langage.

Juliana Faligurski Aires – Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional Materno Infantil/neonatologia.
Elsa Cristine Zanette Tallamini – Psicóloga hospitalar, mestre em psicologia da saúde.
Juliane Disegna Fraporti – Psicóloga hospitalar.

Aborto legal: qualidade da assistência e vivência das mulheres que realizam a interrupção da gravidez

Legal abortion: quality of care and experience of women who perform the termination of pregnancy

Renata Alves Freire¹
Karina Peruzzo Pereira Zimmermann²
Hudelson dos Passos³

Resumo

Este estudo pretende traçar perfil sociodemográfico e caracterizar a vivência das mulheres que realizaram a interrupção da gravidez nos casos de violência sexual relacionando-as com a qualidade da assistência numa maternidade referência em aborto legal no norte de Santa Catarina. A pesquisa tem caráter descritivo exploratório. Será realizada pesquisa documental pela análise de prontuários de 2014 a 2020 e através da estatística descritiva simples. O perfil sociodemográfico foi predominantemente de mulheres na faixa etária de 22-30 anos (48.3%), brancas (89.7%), solteiras (65.52%), com ensino médio completo (48.3%), o autor é desconhecido (61.1%) e o uso da força física (50%) mais relatado. Em relação à assistência, as mulheres se sentiram acolhidas e houve resolutividade, mas ainda houveram algumas falhas referentes a julgamentos pessoais da equipe, informações em prontuário, atrasos no processo. É possível perceber o quanto a assistência interfere no estado emocional das mulheres e o quanto a escolha pelo aborto legal não se dá sem ambiguidade e sofrimento.

Palavras-Chave: aborto legal; violência sexual; qualidade da assistência à saúde; psicologia.

Abstract

This study intends to draw sociodemographic profile and characterize the experience of women who performed the interruption of pregnancy in cases of sexual violence relating them to the quality of care in a reference maternity in legal abortion in the north of Santa Catarina. The research has exploratory descriptive character. Documentary analysis will be carried out through medical records from 2014 to 2020 and through simple descriptive statistics. The sociodemographic profile was predominantly women aged 22-30 years (48.3%), white (89.7%), single (65.52%), with complete high school (48.3%), the author is unknown (61.1%) and the use of physical force (50%) was more reported. Regarding care, women felt welcomed and there

¹ Maternidade Darcy Vargas – Joinville/SC – re.freire@gmail.com

² Maternidade Darcy Vargas – Joinville/SC – karinappzim@gmail.com

³ Departamento de Psicologia, Faculdade Guilherme Guimbala (ACE/FGG) – Joinville/SC – hudelson.passos@fgg.edu.br

was resolution, but there were still some failures regarding personal judgments of professionals, medical records, delays in the process. It's possible to realize how much care interferes with the emotional state of women and that the choice of legal abortion does not take place without ambiguity and suffering.

Keywords: legal abortion; sexual violence; quality of health care; psychology.

Introdução

No Brasil o aborto, apesar de prática constante ao longo da história, quase sempre foi condenado e está entre os países com legislações mais restritivas em relação à interrupção da gravidez (Silva, 2014), com forte influência da religião cristã. No código penal Brasileiro de 1940 (Decreto-Lei N° 2848/40), temos a prática do aborto penalizada oficialmente como Crime contra a vida (Art. 124, 125 e 126).

No entanto, existem duas exceções: nos casos em que a gestante corre risco de vida e não há outro meio de salvá-la e em caso de gravidez provocada por estupro. Nestes casos, o código penal no art. 128 autoriza a realização do aborto, são os considerados “abortos legais”. Em 2012, incluiu-se o abortamento em casos de gestação de anencéfalo, autorizado desde então pelo Supremo Tribunal Federal (Silva, 2014).

Curioso observar que, apesar dos abortos autorizados desde 1940 pela legislação Brasileira, apenas em 1989 foi implementado o primeiro serviço de referência em aborto legal e apenas em 2005 foi publicada a portaria que regulamenta os procedimentos a serem realizados pelo SUS nos casos de violência sexual (Portaria N° 1.508/2005).

Quem sai em desvantagem é a própria mulher, usuária dos serviços de saúde. O abortamento no Brasil já é uma questão de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade materna (Ministério da Saúde, 2011). Segundo a norma técnica sobre abortamento do Ministério da Saúde (2011, p. 8), “No Brasil, estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortos inseguros ao ano”. O problema se agrava na medida em que grande parte das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que realizem o aborto, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros muitas mulheres, convencidas em interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, frequentemente em condições inseguras e com graves consequências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher (MS, 2011). E as consequências disso chegam todos os dias aos hospitais: complicações físicas dos abortos ilegais, curetas pós abortamento, além dos adoecimentos mentais e questões subjetivas geradas pela escolha e culpabilização e criminalização do aborto (MS, 2011).

Levando em consideração estes dados percebemos a relevância do tema para a saúde pública e o SUS. Ainda assim, estudos como o de Silva (2014) constatam que o número de pesquisas publicadas sobre o assunto é considerado baixo em vista de sua relevância.

Os autores Rocha e Uchoa (2013) citam a Organização Pan-americana da Saúde que considera a mortalidade materna como indício da qualidade da atenção prestada às mulheres. Levando em consideração que no Brasil o abortamento está entre as principais causas de mortalidade materna (MS, 2011) fica clara a necessidade e importância de olhar para a qualidade da atenção nos casos de abortamento e, no caso deste trabalho, da interrupção legal.

Com o presente estudo pretende-se compreender melhor a população que busca a instituição para aborto legal, traçando um perfil da mesma e apresentando um panorama da qualidade da assistência prestada, considerando esta um influenciador direto sobre a experiência emocional dessas mulheres. O melhor conhecimento e caracterização dessa população,

possibilita criar uma assistência mais resolutiva focada nas necessidades dessas mulheres, ocasionando um melhor acolhimento e satisfação das mesmas num processo já tão complexo, difícil e estigmatizante.

Método

A pesquisa realizada se enquadra em um tipo de pesquisa quantitativa de cunho descritivo exploratório. O estudo foi realizado numa maternidade estadual no norte de Santa Catarina, referência em aborto legal. Os prontuários pesquisados foram de mulheres, acima de 18 anos, que tenham realizado a interrupção da gravidez. Foi realizada a análise documental através da estatística descritiva simples dos prontuários destas pacientes entre os anos 2014 a 2020. As informações analisadas foram retiradas dos prontuários eletrônicos e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN anexada àqueles. As variáveis analisadas foram agrupadas em 4 categorias de análise de acordo com a temática. A primeira categoria caracteriza o perfil sociodemográfico das mulheres (Idade, local de residência, escolaridade, estado civil, raça, profissão, religião, n° de gestações, histórico de saúde mental e idade gestacional), a segunda aponta para a avaliação da assistência (Quantidade de atendimentos da equipe multiprofissional e médica durante internação, tempo que a mulher esperou para internar e realizar a interrupção desde que procurou a maternidade pela 1ª vez, dias de internação, tempo de internação até iniciar o procedimento, quantidade de vezes que veio ao hospital e se veio encaminhada de outra instituição), a terceira, caracteriza a violência (Perfil do autor da violência, outra violência associada, local onde ocorreu, meio de agressão utilizado) e a última demonstra como a mulher lidou com a violência (Estado emocional da paciente, se teve acompanhante na internação e se fez ou não Boletim de Ocorrência nos casos de violência).

A pesquisa foi orientada pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados só foi realizada após aprovação do comitê de ética em pesquisa em 27 de abril de 2021, N° CAAE 43842721.2.0000.5363. O tamanho da amostra se deu por conveniência e foram excluídas da pesquisa prontuários de mulheres abaixo de 18 anos e que realizaram aborto legal por risco de vida materna ou anencefalia.

Resultados e discussão

Entre 2014 e 2020 foram realizados 43 acolhimentos para interrupção legalizada da gestação na nossa maternidade. A média de acolhimentos por ano foi de 6 mulheres e 4 interrupções efetivas. Do total de acolhimentos, 4 eram adolescentes e 10 não realizaram a interrupção, ou porque a gestação já estava mais avançada ou porque os relatos e datas não eram compatíveis com a ultrassonografia. Por isso, 29 prontuários foram analisados no total e 24 variáveis foram observadas. Estas foram divididas em 4 categorias:

Perfil das mulheres

As mulheres que procuram a nossa maternidade para aborto legal são predominantemente mulheres na faixa etária de 22-30 anos (48.3%), brancas (89.7%), solteiras (65.52%), com ensino médio completo (48.3%), o que é compatível com o perfil das mulheres que buscam interrupção legalizada em outros estudos (Da Silva, Zucco & Neto, 2019; Dos Santos & Angerame, 2017; Lima et al. 2019; Drezett, Pedrosa, Gebirim, Matias, Macedo & Abreu, 2011; Machado, Fernandes, Osis & Makuch, 2015; Madeiro & Diniz, 2016; Ministério da saúde, 2008): mulheres jovens, solteiras e escolarizadas. Ou seja, esse seria o perfil de mulheres que poderíamos classificar como mais vulneráveis a violência sexual.

Tabela 01
Perfil Sociodemográfico

IDADE	n = 29	%
18 - 21 anos	3	10.3%
22 - 30 anos	14	48.3%
31 - 40 anos	12	41.4%
REGIÃO	n = 29	%
Joinville	16	55.2%
Araquari	1	3.4%
Jaraguá	2	6.9%
São Francisco do Sul	4	13.8%
Guaramirim	2	6.9%
Schroeder	1	3.4%
Itapoá	1	3.4%
Barra Velha	2	6.9%
ESCOLARIDADE	n = 29	%
Superior Completo	5	17.2%
Superior Incompleto	3	10.3%
Médio Completo	14	48.3%
Médio Incompleto	1	3.4%
Fundamental Completo	4	13.8%
Fundamental Incompleto	2	6.9%
ESTADO CIVIL	n= 29	%
Casada	5	17.2%
Solteira	19	65.5%
Divorciada	5	17.2%
RAÇA	n = 29	%
Branca	26	89.7%
Parda	3	10.3%
PROFISSÃO	n = 29	%
Do lar	16	55.2%
Trabalham fora	12	41.4%
Estudante	1	3.4%
Nº DE GESTAÇÕES	n = 29	%
1 gestação	5	17.2%
2 gestações	7	24.1%
> 3 gestações	17	58.6%
IDADE GESTACIONAL	n = 29	%
5 - 8 semanas (2o mês)	18	62.1%
9 - 12 semanas (3o mes)	8	27.6%
13 - 16 semanas (4o mes)	3	10.3%

Continua

Continuação

SAÚDE MENTAL	n = 12	%
Depressão	4	33.3%
Ansiedade	1	8.3%
Acomp Psicológico	4	33.3%
Uso de medicação	1	8.3%
T. bipolar	1	8.3%
Suicídio	1	8.3%

Destas mulheres, 89.7% referiram se identificar como da raça branca, o que chama a atenção se considerarmos que as mulheres negras geralmente são mais vulneráveis a violência sexual (Cerqueira e Coelho, 2014; Engel, 2015; Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2019). Poderíamos justificar esse fato pela predominância da população branca no estado (89,3%) como nos aponta Delziovo et al. (2017). No entanto, em outras pesquisas em diferentes Estados (Lima et al., 2019; Drezett et al., 2011; Dos Santos & Angerame, 2017, entre outros) a maioria das mulheres que buscam aborto legal, também são brancas, o que nos leva a questionar se o acesso aos serviços e à informação estariam menos disponíveis para as mulheres negras.

Apesar de escolarizadas, a maioria das mulheres era “do lar” (55.2%). Dentre as que trabalhavam fora (41.4%), as profissões eram de cabeleireira, técnica de enfermagem, auxiliar de limpeza, costureira, artesã, vendedora, auxiliar de automação, professora, musicista e agente/assessor comercial. Interessante observar que, neste ponto, o perfil da nossa maternidade difere dos demais estudos em que as mulheres, em sua maioria, trabalham fora (Dos Santos & Angerame, 2017; Lima et al., 2019; Machado et al., 2015; MS, 2008). Diferenças significativas em relação a nossa realidade.

Relativo à religião as mulheres se autodeclararam, em sua maioria, católicas (50%) e a maioria se identificou com alguma religião (82,2%), assim como o estudo do Ministério da Saúde (2008), evidenciando que esta não parece ser um impedimento para a busca pelo aborto legalizado. Num momento de crise e ameaça dos projetos de vida pessoais, estes parecem se sobrepor às doutrinas religiosas (Silva, 2014). Em relação a residência, a maioria das mulheres eram de Joinville 55.2%, enquanto 44.8% vinham de municípios próximos como São Francisco do Sul, Jaraguá do Sul e Barra Velha.

Dentre estas mulheres, a maioria eram múltiparas (82.7%), sendo 58.6% com mais de 3 gestações e apenas 17.2%, primigestas. Foi possível identificar que 7 dessas mulheres tiveram novas gestações na nossa maternidade após a interrupção. Já em relação a idade gestacional em que as mulheres estavam no momento da interrupção, a grande maioria, 62.1%, estava no 2o mês de gestação (entre 5-8 semanas), 27.6% estavam no 3o mês (9-12 semanas) e apenas 10.3% no 4o mês de gestação (13-16 semanas). Segundo a norma técnica sobre Atenção humanizada ao abortamento (MS, 2011) a aspiração manual intrauterina (AMIU) seria o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, principalmente até as 12 semanas de gestação, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) devido seus benefícios para a mulher tais como: possibilidade de ser realizada com anestesia local, apresentar menos complicações, ter custos menores e maior facilidade no controle da dor e tempo de espera pelo procedimento (Madeiro & Diniz, 2016). No entanto, na nossa maternidade, apesar da maior incidência de idade gestacional no primeiro trimestre, quase todos os desfechos foram indução com misoprostol e curetagem, apenas uma mulher teve que realizar sonda de krause devido não progressão do processo por indução com miso.

Relativo à quantidade de registros do histórico de saúde mental, 33.3% das mulheres já tiveram ou estavam no momento da internação diagnosticadas com depressão, apenas 8.3% com ansiedade e 8.3% com transtorno bipolar. Destas apenas uma estava em uso de medicação psicotrópica (8.3%) e uma apresentava histórico de tentativa de suicídio anterior com recidiva do quadro durante internação. Dos registros identificados, 33.3% das mulheres faziam acompanhamento psicológico. Importante observar que a informação sobre histórico de saúde mental só constava em 9 prontuários. Segundo, Blake et al. (2015) a violência sexual seria um fator predisponente para o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo essa informação, portanto, importante para a melhor assistência dessas mulheres.

Caracterização da violência

Em relação ao local em que ocorreu a violência (n=15), 53.3% ocorreram fora da moradia, em via pública ou festa. Já em relação ao perfil do autor da violência (n=18), 61.1% eram desconhecidos e 38.8% conhecidos, dentre estes estavam, ex-namorados, irmãos, vizinhos, pessoas conhecidas em sites de relacionamentos. As ocorrências em espaços públicos podem ser justificadas pelo perfil do agressor apontado como desconhecido, na maioria dos casos. O mesmo resultado foi encontrado na maioria das pesquisas sobre violência sexual (Delziovo et al., 2017; Engel, 2015; Nunes et al., 2017). No que se refere a quantidade de registros de agressão (n=11) o meio mais utilizado foi a força corporal, 36.84%, seguido de ameaças com 31.58%. O uso de objetos, tais como armas de fogo e objetos perfurocortantes, foi informado em 21.05% dos casos e apenas 10.53% dos autores estariam sob influência do uso de substâncias psicoativas. Encontramos mais de um tipo de violência associada a violência sexual (n=13), constando em 50% dos relatos, violência física. O maior índice de violência física associada à força corporal, confirmam estudo realizado no Estado de Santa Catarina (Delziovo et al., 2017) que mostrou que “71% das mulheres sofreram lesões físicas em decorrência da agressão, demonstrando o uso da força física pelo agressor”.

Tabela 02
Avaliação da Assistência

Início da indução	n = 29	%
Mesmo dia	19	65.5%
2º dia	8	27.6%
3º dia	1	3.4%
4º dia	1	3.4%
Internação	n = 29	%
Mesmo dia	7	24.1%
1- 6 dias	12	41.4%
7 - 11 dias	8	27.6%
> 12 dias	2	6.9%
Nº de dias de internação	n = 29	%
1	1	3.4%
2	13	44.8%
3	9	31.0%
> 4	6	20.7%

Continua

Continuação

Nº de vindas à Maternidade	n = 29	%
1 x	7	24.1%
2 x	14	48.3%
3 x	7	24.1%
Mais que 4 x	1	3.4%
Encaminhada	n = 10	%
Sim	9	90.0%
Não	1	10.0%

Como a mulher lidou com a violência

Segundo consta na portaria N° 1.508, não é obrigatória a realização do Boletim de ocorrência para efetuar o aborto legal, ainda assim, 80% das mulheres, cuja informação constava em prontuário, tinham realizado o B.O. antes de procurar a instituição. Não fica claro se a realização do B.O. se dá por desinformação por parte das mulheres ou porque realmente desejam realizá-lo. Em relação a presença de acompanhante, nos prontuários em que a informação foi identificada (n=11), 63.6% das mulheres possuíam acompanhante durante a internação. Esse número nos dá uma referência de quantas mulheres compartilharam a violência sofrida e a escolha pelo aborto legal com pessoas conhecidas. Em ambas as variáveis, o que chama a atenção é o número de prontuários que não possuem nenhuma informação, tanto sobre o B.O. (14) quanto sobre a presença de acompanhante (18), o que dificulta uma análise mais fidedigna. Por outro lado, os dados se assemelham ao encontrado em outras pesquisas com maior número de participantes.

Tabela 03
Caracterização da Violência

Perfil do autor	n = 18	%
Conhecido	7	38.9%
Desconhecido	11	61.1%
Violência associada	n = 13	%
Física	11	50.0%
Psicológica	8	36.4%
Tortura	2	9.1%
Cárcere privado	1	4.5%
Local da agressão	n = 15	%
Residência	7	46.7%
Festa	5	33.3%
Via pública	3	20.0%
Meios de agressão	n = 11	%
Força corporal	7	36.8%
Objetos	4	21.1%
Ameaça	6	31.6%
Uso de substância	2	10.5%

A partir da evolução em prontuário, pudemos identificar o estado emocional dessas mulheres conforme avaliado pela equipe. A grande maioria dos relatos são de intenso sofrimento psíquico, estado emocional que abarca entre as descrições sentimentos como ansiedade, fragilidade emocional, angústia, tristeza, choro, abalo emocional, instabilidade de humor, dentre outros. Também se mostrou de certa relevância os sentimentos de raiva, vergonha, medo, culpa, que confirmam sentimentos relatados por estudos como o de Lima et al. (2019), Drezett et al. (2011) e do MS (2008). Estes sentimentos podem significar o quanto a violência sexual ainda permanece no imaginário social e das mulheres como responsabilidade das vítimas e não do agressor. Se considerarmos ainda o número de mulheres que não tinham acompanhante (4) ou que não foi possível sua identificação (18), corroboram a sensação de constrangimento e medo na busca por ajuda. Segundo Machado et al. (2015) “O principal desejo [das mulheres] após vivenciar a violência sexual foi o de não divulgar a situação sofrida e, com isto, fazer com que o evento fosse esquecido”.

Dificuldades na rotina diária se apresentaram através de insônia, inapetência e impossibilidade de continuar as atividades cotidianas. Algumas mulheres demonstraram agravamento de quadros emocionais ou início de sintomas psiquiátricos. Destas, duas relataram ideação suicida, três sintomas depressivos e uma sintomas de estresse pós-traumático. Segundo Chen (2010, apud Blake et al., 2015) existiria uma relação entre violência sexual e um risco aumentado de transtornos psiquiátricos, os quais depressão, ansiedade, sintomas de estresse pós-traumático e ideação suicida estão incluídos.

Interessante observar que onze mulheres relataram certeza da decisão pelo aborto, três sentiram-se aliviadas após o procedimento e seis se mostraram tranquilas. A chegada ao serviço e a descoberta da possibilidade de interrupção trouxeram as mesmas sensações de alívio e tranquilidade na pesquisa de Machado et al. (2015). Já Drezett et al. (2011) e MS (2008) pontuam que o grande motivo da escolha pelo aborto tem a ver com sua relação com a violência sexual, o que não aconteceria em outras gestações indesejadas. A gravidez e a violência estão intrinsecamente relacionadas para essas mulheres e manter a gestação significaria a continuidade da violência sofrida. E diferente do que se poderia imaginar, a decisão pelo aborto não é fácil e nem é permeada por indiferença ou desprezo pela maternidade (Drezett et al., 2011)

Avaliação da assistência

A média de vezes que as mulheres tiveram que ir até a instituição para realizar o aborto legal foi de aproximadamente 3 vezes, mas a maioria das mulheres veio 2 vezes (48.3%). Relativo aos dias de espera para internação, 41.4% das mulheres esperaram de 1 a 6 dias para internar. A média de dias de internação foi de 3 dias, sendo que 44.8% tiveram 2 dias de internação. A mulher que teve maior tempo de internação, entretanto, foi de 10 dias e o motivo foi a demora e suspensão da indução devido objeção de consciência da equipe médica por motivos religiosos e éticos e devido risco de rotura uterina por conta das cesáreas anteriores. Interessante observar que a objeção de consciência foi declarada em 3 casos diretamente, porém em 8 casos a indução foi atrasada ou interrompida. Outro motivo alegado foi a incompatibilidade de datas do dia da violência e da DUM (data da última menstruação), porém as mulheres já estavam internadas, já haviam sido atendidas pela equipe multi e uma delas havia realizado B.O. Vale lembrar que a objeção de consciência é um direito garantido aos profissionais da saúde, porém este não pode ser maior do que o acesso a um direito assegurado às mulheres, tanto que a normatização do Ministério da Saúde (2011) exige que os gestores garantam sempre na equipe profissionais que não sejam objetores. Branco, Brilhante, Vieira e Manso (2020) chegam a concluir que o direito à objeção acaba sendo utilizado como instrumento de entrave à realização da interrupção e punição da vítima.

Tabela 04
Como Lidou Com a Violência

Teve acompanhante	n = 11	%
Sim	7	63.6%
Não	4	36.4%
Realizou B.O	n = 15	%
Sim	12	80.0%
Não	3	20.0%

Esse atraso se reflete no tempo de internação das mulheres até iniciar a indução, apesar de 65.5% das induções terem começado no mesmo dia da internação, 34.4% das induções iniciaram apenas no segundo dia em diante, algumas devido às interrupções já explicitadas.

É impressionante a quantidade de relatos de revitimização, julgamentos e novas violências sofridas pelas mulheres a procura de aborto legal em quase todos os estudos pesquisados, confirmando os achados desta pesquisa. Dentre as 29 mulheres, 5 relataram terem sido maltratadas, questionadas e culpabilizadas pela violência nos serviços que buscaram para ajuda (UBS e delegacia), destas 3 não conseguiram realizar B.O. Uma, peregrinou por vários serviços até chegar à instituição por falta de informação dos próprios serviços. Na maternidade, uma mulher foi cobrada da decisão judicial mesmo sem que esta seja necessária (MS, 2011), uma tem relato em prontuário de ter se sentido julgada pela equipe devido divergência de datas e interrupção da indução. Em relação ao registro dos prontuários também podemos perceber muitas evoluções com relato da descrição da violência aberta a toda equipe, bem como informações pessoais que não seriam relevantes para a equipe e palavras com teor de julgamento e desconfiança de seus relatos:

Encaminhada para assistência social e psicologia para *averiguação* [grifo nosso] dos fatos e andamento. (2020)

Paciente refere abuso sexual de seu vizinho (...) vindo *somente* [grifo nosso] agora a querer interrupção da gestação. (...) médicos (...) orientam que ou ela adere a conduta ou não terá alta com consentimento médico (2019)

Confirmando outros estudos na área (Branco et al., 2020; Lima et al., 2019; MS, 2008; Dos Santos & Angerame, 2017) percebemos que os profissionais ainda lidam com a interrupção com receio e desconfiança e acabam assumindo uma postura investigativa: “À mulher resta o ônus da prova, em um momento delicado em que necessita de cuidado, quando a própria legislação não exige” (Branco et al., 2020). Segundo esses autores alguns profissionais alegam receio de estar pactuando com um relato inverossímil ou pela falta de provas e serem acusados de cumplicidade no crime, evidenciando claro desconhecimento das equipes em relação às leis e normativas, já que pelo Código Penal (Art. 20, § 1º) o médico que praticar o aborto está isento de pena visto que a palavra da mulher tem ônus de veracidade (Ministério da Saúde, 2012).

Então, apesar de identificarmos com os dados analisados que houve certa agilidade e resolutividade na assistência na nossa maternidade, não foi sem alguns entraves e esforço de parte da equipe para que o direito da mulher fosse garantido. Ou seja, o acolhimento tal como preconizado na normativa (MS, 2011), a escuta sem julgamento e imposição de valores e o sigilo fica ainda prejudicado, sendo estes fundamentais para minimizar as consequências emocionais, já tão devastadoras, da violência.

Por outro lado, podemos verificar que em relação à assistência em termos da quantidade de atendimentos da equipe e suporte emocional, considerando os atendimentos da psicologia, houve um número adequado de atendimentos. No total foram realizadas 189 evoluções médicas

nos prontuários, o que nos dá uma média de $\cong 6$ atendimentos médicos por paciente durante a internação. Já no caso da equipe multidisciplinar, temos uma média de $\cong 14$ atendimentos da enfermagem, $\cong 2,5$ da psicologia e $\cong 1,5$ do serviço social.

Referente ao encaminhamento de outras instituições (n=10), foi possível identificar que 90% das mulheres foram encaminhadas por outros serviços tais como ONG, delegacia da mulher, Creas, UBS, entre outros. De qualquer forma, essas foram as mulheres que conseguiram chegar à maternidade para pedir ajuda após a descoberta da gravidez, mas o fato é que ainda existe clara subutilização do serviço. Se considerarmos que Santa Catarina apontava como o quinto Estado em ocorrência de violência sexual no país segundo dados da segurança pública (Delziovo et al., 2017) e que o maior índice de consequência da violência sexual é a gravidez (Nunes et al., 2017), podemos afirmar que 43 acolhimentos em 6 anos de serviço é um número muito inferior a quantidade de prováveis gestações decorrentes da violência sexual, realidade comum a diversos serviços no Brasil (Silva, 2014). Isso significa que as mulheres não estão buscando os serviços de saúde, seja para a profilaxia após o estupro, seja para o aborto legalizado. A partir dos dados e da literatura, pressupõe-se que isso se deve: pela dificuldade das mulheres em falar sobre a violência sofrida; pelo impacto emocional frente a violência, com possíveis consequências patológicas; e, principalmente devido à falta de acesso à informação (Da Silva et al., 2019; MS, 2008; Machado et al., 2015; Blake et al. 2015), o que fere o princípio de acesso e resolutividade da assistência (MS, 2011). Além de ocasionar maior procura pelo aborto ilegal e, consequente aumento da mortalidade materna (MS, 2011), o alarmante número de mulheres que não realizam profilaxia, assim como nesta pesquisa, evidenciam a falha na promoção e prevenção da saúde (Silva, 2014).

No que se refere aos prontuários, foi possível observar muitas falhas como informações incompletas, fichas de SINAN não incluídas no prontuário eletrônico, deixando a dúvida se foram realizadas ou não, atendimentos relatados porém não evoluídos, profissionais sendo citados apenas pelo nome sem identificação de qual categoria profissional pertencem. Segundo Vasconcelos, Gribel & Moraes (2008) o registro faz parte dos critérios para avaliação da assistência e é reflexo da qualidade da assistência prestada, o que já nos dá um indicativo de grandes falhas na nossa assistência.

Considerações finais

O Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram aborto legal na nossa maternidade foram de mulheres jovens, brancas, solteiras, escolarizadas, o que parece ser o perfil de mulheres mais vulneráveis a violência sexual.

Considerando os princípios das normas técnicas (MS, 2011; MS, 2012), tais como acolhimento, acesso a informação, resolutividade, suporte emocional, identificamos que a assistência na instituição parece ter atingido seu objetivo. No entanto, olhando de forma mais aprofundada, ainda encontramos alguns entraves e dificuldades, principalmente no que se refere à interferência de crenças pessoais na assistência prestada. Resultados muito similares aos demais estudos na área (Lima et al., 2019; MS, 2008; Machado et al., 2015; Madeiro & Diniz, 2016; Blake et al., 2015) evidenciando o quanto a temática ainda é envolta de polêmicas e a norma de difícil efetivação.

Fica clara a necessidade de sensibilizar os profissionais e capacitá-los no atendimento as mulheres que buscam o aborto legalizado, assim como é preconizado nas normas técnicas do Ministério da Saúde (2011; 2012). Além disso, podemos perceber que ainda falta uma melhor integração e capacitação da rede assistencial, já que 5 mulheres relataram terem sofrido violência nos serviços de saúde.

É possível perceber, ainda, que a violência e a decisão pelo aborto parecem ser permeadas de intenso sofrimento psíquico. E considerando o contexto, os sentimentos envolvidos (medo, culpa, vergonha, tristeza), observamos o quanto a assistência interfere no estado emocional dessas mulheres e na forma como lidam com a situação, tanto positiva quanto negativamente. Se sentem aliviadas, mais seguras, conscientes e certas da escolha quando são acolhidas e, julgadas, envergonhadas, culpadas quando sentem algum tipo de crítica da equipe, seja por algum comentário, pelos atrasos na indução, por ter que repetir o relato da violência.

A pesquisa apesar de ter encontrado resultados significativos e muito coerentes com os demais estudos realizados, nos dá um panorama geral do perfil e qualidade da assistência, mas ainda não abarca todas as nuances da temática. O número de prontuários analisados foi baixo, assim como o número de entrevistas realizadas. Por isso, ainda se faz necessário pesquisas com maior número de participantes e análises mais complexas, relacionando as diferentes variáveis para maior aprofundamento do tema.

Referências

- Bueno, S., & Lima, R. S. D. (2019). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019*.
- Blake, M.T., Drezett, J., Machi, G.S., Pereira, V.X., Raimundo, R.D., Oliveira, F.R., Tavares, L.F.B., Figueiredo, F.W.S., Paiva, L.S., Junior, V.S., Adami, F., De Abreu, L.C. (2015). Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *International Archives of Medicine Online*, 8(29). Recuperado em 20 de Setembro, 2021, de: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1004/690>
- Branco, J.G.O., Brilhante, A.V.M., Vieira, L.J.E.S. & Manso, A.G. (2020). Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de Saúde Pública Online*, 36 (Supl 1) Recuperado em 13 Dezembro 2021, de: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>
- Cerqueira, D. & Coelho, D.S.C. (2014). *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde* (versão preliminar). Brasília: IPEA – Instituto de economia aplicada.
- Da Silva, R., Zucco, L., & Neto, J. P. (2019). Violência sexual e interrupção legal da gestação: um estudo da demanda a partir dos atendimentos do Serviço Social em um hospital de referência. *Revista Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales Online*, (20). Recuperado em 01 de dezembro de 2021, de <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/211>
- Delziovo, C.R., Bolsoni, C.C., Nazário, N.O. & Coelho, E.B.S. (2017) Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública Online*, 33(6). Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9J3yWXppckmWqpZMqvZ7ZcC/?lang=pt>
- Dos Santos D.M., & Angerame, D.Y. (2017) Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal Online*, 135(4). Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/GHkFd8j6N6tdShx9b675nQf/?lang=en>
- Drezett, J., Pedroso, D., Gebrim, L. H.; Matias, M. L., Macedo Jr, H., & Abreu, L. C. (2011) Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres. *Reprodução & Climatério Online*, 26(3). Recuperado em 01 de dezembro de 2021, de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-654626>
- Engel, C. L. (2019). *A violência contra a mulher*. Brasília: IPEA – Instituto de economia aplicada.
- Lei N.º 2.848 (1940, 7 de dezembro). Código Penal Brasileiro. Brasília-DF: Presidência da República.

- Lima, M.C.D., Larocca, L.M. & Nascimento, D.J. (2019) Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. *Saúde em Debate Online*, 43(121). Recuperado em 8 de dezembro de 2021, de: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CpqHL5bxGKgYbCrrJhVq77s/?lang=pt>
- Machado, C.L., Fernandes, A.M.S, Osis, M.J.D. & Makuch, M.Y. (2015) Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cadernos de Saúde Pública Online*, 31(2). Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yNyNzd6WFfpwhBDr4MrZM6t/abstract/?lang=pt>
- Madeiro, A.P. & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva Online*, 21(2). Recuperado em 20 Dezembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
- Ministério da Saúde (2008). *Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais*. Brasília, DF: Editora MS.
- Ministério da Saúde (2011). *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS
- Ministério da Saúde (2012). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília, DF: Editora MS.
- Nunes, M.C.A., Lima, R.F.F. & Morais, N.A. (2017) Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicologia: Ciência e Profissão Online*, 37(4). Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/cxJdp3qqH5cbd4QLXwS94wS/?lang=pt>
- Portaria n. 1.508 (2005, 01 de setembro). Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF: Presidência da República.
- Rocha, B.N.G.A. & Uchoa, S.A.C. (2013). Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva Online*, 23(1) Recuperado em 20 Dezembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100007>
- Silva, A.M. (2014) *Integralidade da atenção à saúde: A percepção de mulheres em um serviço de aborto legal*. Dissertação de mestrado em Políticas sociais e Cidadania). Universidade Católica de Salvador, Bahia. Recuperado em 20, Dezembro 2020, de: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/123456730/268>
- Vasconcellos, M.M., Gribel, E.B. & Moraes, I.H.S. (2008). Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública Online*, 24 (supl 1). Recuperado em 20 de Dezembro, 2021, de <https://www.scielo.br/j/csp/a/vrxXdpMDZ7vRz5mZVQR8Qc/?lang=pt>

Renata Alves Freire – Psicóloga especialista em saúde materno infantil pelo programa de residência multiprofissional da maternidade Darcy Vargas do Estado de Santa Catarina.

Karina Peruzzo Pereira Zimmermann – Psicóloga da Maternidade Darcy Vargas e preceptora do programa de residência multiprofissional em saúde materno infantil da Maternidade Darcy Vargas.

Hudelson dos Passos – Mestre Professor do Departamento de Psicologia da Faculdade Guilherme Guimbala.