

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO PSICOLOGIA

MICHELLE SOUZA PEREIRA

**SOFRIMENTOS PSÍQUICOS PRESENTES NOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUE TRABALHAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NA
ONCOLOGIA.**

São Luís
2022

MICHELLE SOUZA PEREIRA

**SOFRIMENTOS PSÍQUICOS PRESENTES NOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUE TRABALHAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NA
ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Alice Parentes da Silva Santos.

São Luís

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Pereira, Michelle Souza

Sofrimentos psíquicos presentes nos profissionais de Enfermagem que trabalham em cuidados paliativos na oncologia. / Michelle Souza Pereira. __ São Luís, 2022.
70 f.

Orientadora: Profa. Me. Alice Parentes da Silva Santos.
Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2022.

1. Sofrimento psíquico. 2. Enfermagem. 3. Cuidados paliativos. 4. Oncologia. I. Título.

CDU 159.964.2

MICHELLE SOUZA PEREIRA

**SOFRIMENTOS PSÍQUICOS PRESENTES NOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUE TRABALHAM EM CUIDADOS PALIATIVOS NA
ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao
Curso de Psicologia do Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Alice Parentes da Silva Santos

Mestre em Saúde Coletiva (UFMA)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Especialista Rafaela de Oliveira Freitas Elouf

Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia

Prof. Me. Gracielle dos Santos Santana

Mestre em Psicologia (UFMA)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico a minha mãe, meu pai, minha família, por me apoiarem tanto, mesmo diante de todas as dificuldades da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar a vida e a oportunidade de realizar esse sonho.

Agradeço aos meus pais por todo sacrifício, amor e cuidado para que eu pudesse ter a oportunidade de estudar e fazer essa graduação.

Agradeço as minhas companheiras e amigas Thayse, Daniele e Geycielly pelo apoio, conselhos e companheirismo.

Agradeço também ao meu amigo Nielson, pelo apoio na execução desse trabalho.

Agradeço a minha amiga Letícia pela parceria e palavras de apoio.

Agradeço aos professores e aos alunos que fizeram parte dessa caminhada tanto os do Centro Universitário DOM BOSCO como os da faculdade Pitágoras.

Agradeço a minha orientadora Alice Parentes por sua disponibilidade, orientações e apoio.

“Vou mais longe: minha vida ficou plena de sentido quando descobri que tão importante quanto cuidar do outro é cuidar de si.”

ARANTES (2019, p. 30).

RESUMO

Os profissionais de enfermagem são considerados um grupo de risco para o aparecimento de sofrimento psíquico devido ao seu trabalho com pacientes oncológicos em cuidados paliativos que é marcado por dor, sofrimento e morte. Dessa forma, esses profissionais recorrem a estratégias defensivas no intuito de minimizar esse sofrimento. Como objetivo geral dessa pesquisa buscou-se compreender os possíveis sofrimentos psíquicos e estratégias defensivas presentes nos profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos que se encontram em cuidados paliativos. Utilizou-se como método de pesquisa o hipotético dedutivo, quanto à natureza é básica, quanto à abordagem é qualitativa, quanto aos objetivos é exploratória e quanto aos procedimentos técnicos é revisão narrativa bibliográfica. As fontes foram buscadas em meio digitais e em bibliotecas, por meio de artigos científicos, livros, revistas. Obteve-se com isso o resultado de que os profissionais de enfermagem são os mais propícios ao sofrimento psíquico, por passarem mais tempo com os pacientes, eles podem apresentar a depressão, ansiedade, estresse e *burnout*, onde para se protegerem adotam estratégias defensivas como a não criação de vínculo, assistência puramente técnica, tornam-se indiferentes em relação a morte, afastamento do paciente, utilizam a religião e acreditam na morte como passagem, ciclo natural ou a negam.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico. Enfermagem. Cuidados paliativos. Oncologia.

RESUMEN

Los profesionales de enfermería son considerados un grupo de riesgo para la aparición de malestar psicológico por su trabajo con pacientes oncológicos en cuidados paliativos marcados por el dolor, el sufrimiento y la muerte. Así, estos profesionales recurren a estrategias defensivas para minimizar este sufrimiento. El objetivo general de esta investigación fue comprender el posible sufrimiento psicológico y las estrategias defensivas presentes en los profesionales de enfermería que actúan con pacientes con cáncer que se encuentran en cuidados paliativos. Se utilizó como método de investigación el método hipotético deductivo, en cuanto a la naturaleza es básico, en cuanto al enfoque es cualitativo, en cuanto a los objetivos es exploratorio y en cuanto a los procedimientos técnicos es de revisión bibliográfica narrativa. Las fuentes se buscaron en medios digitales y en bibliotecas, a través de artículos científicos, libros, revistas. El resultado fue que los profesionales de enfermería son los más propensos a la enfermedad psíquica, ya que pasan más tiempo con los pacientes, pueden experimentar depresión, ansiedad, estrés y agotamiento, donde para protegerse adoptan estrategias defensivas como no crear vínculo, asistencia puramente técnica, se vuelven indiferentes ante la muerte, se distancian del paciente, utilizan la religión y creen en la muerte como un pasaje, un ciclo natural o la niegan.

Palabras-clave: Sufrimiento psíquico. Enfermería. Cuidados paliativos. Oncología.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
SGA	Síndrome geral de adaptação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO</u>	12
<u>2 CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA</u>	17
<u>2.1 O câncer</u>	17
<u>2.2 Os cuidados paliativos</u>	18
<u>2.3 O paciente em cuidados paliativos</u>	24
<u>3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS</u>	29
<u>3.1 O médico</u>	30
<u>3.2 O terapeuta ocupacional</u>	32
<u>3.3 Serviço Social</u>	33
<u>3.4 Psicologia</u>	34
<u>3.5 Fisioterapia</u>	36
<u>3.6 Fonoaudiologia</u>	37
<u>3.7 Nutrição</u>	38
<u>3.8 Odontologia</u>	38
<u>3.9 A equipe de enfermagem</u>	39
<u>4 O SOFRIMENTO PSÍQUICO E AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS PRESENTES NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</u>	43
<u>4.1 Depressão</u>	47
<u>4.2 Ansiedade</u>	48
<u>4.3 Estresse</u>	50
<u>4.4 Burnout</u>	52
<u>4.5 Estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais de enfermagem</u>	55
<u>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	58
<u>REFERÊNCIAS</u>	62

1 INTRODUÇÃO

A temática em questão surgiu a partir de uma experiência como acompanhante de uma paciente com câncer em cuidados paliativos. Notou-se que os enfermeiros são os profissionais que mais passam tempo com esses pacientes assistindo e dando assistência a suas dores, medos e anseios até o momento da morte do paciente. A partir disso, viu-se a necessidade de voltar o olhar para esses profissionais e buscar entender como esse trabalho pode impactar em sua saúde mental e como o sofrimento psíquico gerado por seu trabalho pode impactar na assistência prestada ao paciente.

É comum se deparar com diversos questionamentos sobre como os profissionais de enfermagem que trabalham nos cuidados paliativos, ou que estão diretamente lidando com situações de finitude, conseguem realizar este trabalho. Às vezes, surge o questionamento de que esses profissionais se tornaram frios com o tempo e até mesmo já se acostumaram com tanto sofrimento e com a morte.

É indiscutível que o trabalho com pacientes oncológicos em cuidados paliativos traz consigo sofrimento considerável a todos os profissionais envolvidos. Sendo assim, todos experienciam sofrimentos psicológicos devido às condições de seus trabalhos o que acaba se tornando fator de risco a saúde mental desses profissionais (SILVA, 2009). Porém, a equipe de enfermagem é a que acaba tendo um maior vínculo afetivo com os pacientes e familiares devido ao fato de estabelecer mais contato com eles, podendo assim estarem mais expostos a sofrerem devido as condições do próprio trabalho e por sentimentos ambivalentes de esperança e incapacidade gerando assim desgastes emocionais. Além disso, os profissionais da equipe multiprofissional podem se sentir confusos e angustiados devido as demandas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos que vão muito além de cuidados físicos requerendo assim um maior preparo dos profissionais em especial da equipe de enfermagem que como já dito são os que mais terão contato com os pacientes (ALENCAR *et al*, 2017).

Além do que foi exposto diante de intenso desgaste físico e emocional vivenciado por estes profissionais, eles acabam recorrendo a mecanismos de defesa e enfrentamento como a negação, a criação de rotinas e afastamento dos pacientes (CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Partindo dessa ideia, pensa-se que é extremamente importante voltar o olhar para estes profissionais e buscar compreender como pode ser essa experiência de trabalhar com pacientes oncológicos em cuidados paliativos para eles. Será que é possível estes profissionais se acostumarem a ver tanto sofrimento e se depararem todos os dias com o processo de morte e morrer de outros? Tal aspecto, querendo ou não, costuma implicar pensamentos sobre sua própria finitude. Seria possível se tornarem insensíveis a tudo isso?

Sendo assim, quais os possíveis sofrimentos psíquicos e quais estratégias defensivas, podem estar presentes nos profissionais de enfermagem diante do trabalho com os cuidados paliativos de pacientes oncológicos?

Diante desta questão pensa-se nas seguintes hipóteses: os profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos com pacientes oncológicos podem enfrentar grande estresse, *burnout*, depressão, ansiedade. Os sofrimentos psíquicos experienciado por eles, podem surgir por meio de sentimentos de angústia, frustrações e sofrimentos provenientes ao fato de se depararem com a impotência e despreparo para lidar com a morte e com o sofrimento dos pacientes; esses sofrimentos psíquicos podem ser agravados e podem ter relações com como é a instituição onde esses profissionais trabalham, o tempo de trabalho e a preparação profissional e emocional deles; esses profissionais utilizam estratégias defensivas individuais e coletivas para lidarem com tais sofrimentos.

Como objetivo geral dessa pesquisa buscou-se compreender os possíveis sofrimentos psíquicos e estratégias defensivas presentes nos profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos que se encontram em cuidados paliativos. Como objetivos específicos essa pesquisa buscou explicitar sobre o câncer, os cuidados paliativos e os pacientes que precisam desses cuidados; evidenciar a vivência e rotina dos profissionais da equipe multiprofissional que trabalha com pacientes oncológicos em cuidados paliativos; analisar de que forma os profissionais de enfermagem criam estratégias defensivas por causa do sofrimento psíquico proveniente de seu trabalho no contexto dos cuidados paliativos oncológicos.

O presente trabalho é relevante, pois tem a intenção de trazer um olhar diferenciado sobre as experiências dos profissionais de enfermagem diante do cuidado a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, buscando compreender os impactos desse trabalho na saúde mental desses profissionais e na assistência

prestada por eles a esses pacientes, buscando entender também quais estratégias defensivas esses profissionais fazem uso.

Além disso, busca possibilitar que profissionais da psicologia possam ter uma visão mais ampliada sobre a temática em questão, compreendendo a importância do trabalho dos enfermeiros para o melhor cuidado com esses pacientes e desta forma se preparando para possíveis intervenções com tais profissionais.

No trabalho em cuidados paliativos é de grande importância o envolvimento de todos os profissionais da equipe multiprofissional, até mesmo pelo fato de que assim como em outros tipos de assistência, nos cuidados paliativos os pacientes também precisam de assistência biopsicossocial e espiritual, são os enfermeiros os profissionais que costumam ter mais contato com tais pacientes, pelo fato de estarem mais tempo com eles e de possibilitarem assim, o estabelecimento de uma relação interpessoal e práticas do cuidar, além de por meio de suas práticas voltadas para “a promoção, proteção e recuperação da saúde” acabem conhecendo as demandas e os desejos dos pacientes e “suas necessidades perante o processo de morrer” (SILVA; PEREIRA, MUSSI, 2015 *apud* ROMÃO, 2019, p. 16).

Diante disso, pensa-se que como são os profissionais de enfermagem os mais propícios ao sofrimento psíquico, acha-se necessário tentar encontrar possíveis intervenções que o psicólogo como um importante componente da equipe multiprofissional, pode fazer com tais enfermeiros para que eles possam ter uma assistência e cuidados com a sua saúde mental.

Sendo assim, cuidando desses profissionais por meio de estratégias voltadas à saúde desses trabalhadores para a diminuição de seus sofrimentos também se torna possível melhorar o cuidado que esses profissionais prestam aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos (ROMÃO, 2019).

Acredita-se que dando uma melhor assistência aos profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos é possível ajudá-los a estarem mais preparados para lidar com o cuidado e com a morte desses pacientes, além de fazer com esses profissionais prestem uma melhor assistência aos pacientes e aos seus familiares.

O método utilizado nessa pesquisa foi o método hipotético-dedutivo, pois a pesquisa se iniciou em um problema, sobre os impactos e as estratégias defensivas na vida de profissionais de enfermagem e a partir disso, formulou-se hipóteses para

este problema de pesquisa com o objetivo de testá-las para saber se são verdadeiras ou não (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Quanto à natureza esta pesquisa é básica, pois ela não possui finalidades imediatas, seu resultado será um conhecimento a ser utilizado, objetivando “[...]gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista [...]” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 51). Quanto à abordagem é do tipo qualitativa, pois não foram utilizados instrumentais estatísticos com base no processo de análise do problema, “[...]não se pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas [...]” (RICHARDSON e col., 2012, p. 79). Quanto aos objetivos é exploratória tendo como objetivo proporcionar mais informações sobre o assunto a ser investigado.

Quanto aos procedimentos técnicos esta pesquisa é uma revisão narrativa bibliográfica, visto que foi elaborada a partir de materiais já publicados, as fontes serão buscadas em meio digitais e em bibliotecas, por meio de artigos científicos, livros, revistas (PRODANOV; FREITAS, 2013). Foi realizada uma busca utilizando-se os termos delimitadores de pesquisa, *Sofrimentos psíquicos and Enfermagem and Cuidados Paliativos and Oncologia*, como descritores para levantamento de dados dos últimos 12 anos. Essas buscas foram feitas nas bases de dados do Google Acadêmico, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PePSIC (Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia).

Segundo a resolução de número 510/16, esta pesquisa não precisará da aprovação do comitê de ética da plataforma Brasil, devido ao fato de que não será realizada pesquisas com humanos e por se tratar apenas de revisão de literatura.

No primeiro capítulo será discutido sobre o que é o câncer, o que são os cuidados paliativos e quem são os pacientes que precisam desses cuidados para que assim se possa chegar a uma compreensão de como é a rotina e vivências da equipe multiprofissional que trabalha em cuidados paliativos oncológico. Sendo assim, no segundo capítulo será abordado um pouco de como é o trabalho da equipe multiprofissional com esses pacientes. No terceiro capítulo será exposto também quais os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem provenientes dos sofrimentos e morte de seus pacientes para que assim se possa entender quais os sofrimentos psicológicos mais presentes nesses profissionais e quais estratégias defensivas eles fazem uso.

2 CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA.

2.1 O câncer

Segundo Abrão, Santana e de Sousa (2019), a expectativa de vida mundial vem aumentando, levando assim a um maior número de pessoas idosas. Além disso, segundo os autores, com os avanços da ciência e das tecnologias pode-se perceber nos últimos anos uma queda do índice de mortalidade por doenças infectocontagiosas e um aumento no índice de mortalidade por doenças crônicas como doenças cardiovasculares, HIV e o câncer.

O câncer é uma doença que ainda é um tabu na sociedade, fazendo com que muitos não consigam nem pronunciar seu nome, trocando seu nome por “doença incurável”. Sendo assim, quando uma pessoa recebe esse diagnóstico ela passa a ter reações tanto orgânicas como emocionais “provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimento que pode acarretar desorganização psíquica” (THEOBALD *et al*, 2016, p.1250).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2020), existem mais de 100 tipos de câncer e ele pode surgir em qualquer parte do corpo podendo afetar de forma mais grave alguns órgãos que outros e cada órgão pode ser afetado por diversos tipos de tumores sendo eles mais ou menos agressivos. O câncer se caracteriza pelo crescimento desordenados das células anormais podendo assim invadir tecidos e órgãos. Além disso, também se caracterizam pela rápida divisão dessas mesmas células que são agressivas e incontroláveis espalhando-se por outras partes do corpo contribuindo assim para a formação de novos tumores o que se denomina por metástase. A nível nacional, o tipo de câncer mais comum em homens segundo pesquisas é o câncer de próstata responsável por 29,2% dos casos e em mulheres o câncer de mama com 29,7% dos casos.

Já o câncer infantil se caracteriza da mesma forma que o do adulto, porém a maioria dos casos de câncer em crianças e adolescentes “são as leucemias, tumores no sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático)”. Além disso, a mortalidade infantojuvenil tem atualmente uma de suas principais causas a morte por essa doença (SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017, p.89).

A estimativa para essa doença tende a aumentar devido aos riscos aos quais as pessoas atualmente se encontram expostas e devido ao aumento da

população de pessoas idosas, levando assim a um aumento de pessoas que precisarão de cuidados no final de suas vidas (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

A partir do século XX chegar a velhice virou um privilégio de muitos, porém esse marco se tornou um desafio para o século atual, pois muitas dessas pessoas que chegam ao envelhecimento não chegam com uma boa qualidade de vida, sendo assim, chegar a envelhecer por si só não é o suficiente, a pessoa tem que envelhecer com qualidade durante toda a sua vida. O idoso é o que mais precisa de serviços de saúde devido a doenças crônicas e múltiplas e é aqui que se configuram os desafios atuais. Sendo assim, se faz necessário que se invista em ações voltadas a promoção de saúde e na prevenção de doenças, para que a população possa envelhecer de forma mais saudável possível e tenha os demais anos da sua vida com mais qualidade e para que convivam de forma permanente e autônoma na sociedade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Sendo assim, segundo os autores vale ressaltar que o envelhecimento da população é um fato importante e positivo para a sociedade o problema é chegar nessa etapa da vida com vários problemas de saúde por não ter tipo acesso a ações que promovem a promoção da saúde por meio de práticas de hábitos saudáveis e a prevenção de doenças. Então se faz necessário que se invista mais nessas áreas para que a população possa viver com mais qualidade.

A assistência oncológica se divide em três tipos de cuidados que seriam: o preventivo, o curativo e o paliativo. O primeiro o trabalho é voltado para detecção precoce da doença e assim utilizar recursos menos agressivos para o tratamento, no segundo, o objetivo é a cura do paciente e a reinserção dele na sociedade, aumentando a taxa de sobrevivência, esse tipo de cuidado envolve as fases de diagnóstico, tratamento e controle (CAMARGO, 2007 *apud* REIS *et al*, 2014).

O terceiro tipo de assistência é voltado para pacientes que enfrentam uma doença grave ameaçadora da vida, sendo um cuidado integral a essas pessoas de forma que eles sejam ativos no processo, visando a qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares e cuidadores (*INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE*, 2019).

2.2 Os cuidados paliativos

O termo paliativo é derivado do latim onde *pallium* significa manto, cobertor dando a ideia de proteção para aqueles que encontravam dificuldades pelo caminho. Sendo assim, cuidados paliativos podem significar cuidados de proteção em todas as esferas daqueles que se encontram em dificuldades (FLORIANI; SCHRAMM, 2007 *apud* FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Uns dos nomes mais importantes na história dos cuidados paliativos é o de Dame Cicely Saunders, que em 1967 fundou o *St. Christopher's Hospice* a partir de uma experiência vivida com um paciente que tinha um carcinoma renal e precisava de cuidados, Cicely viu a partir dessa experiência uma nova forma de cuidar e a construção dessa instituição possibilitou não só o cuidado a pacientes, mas possibilitou o desenvolvimento de ensino e pesquisa (SAUNDERS, 2004; CORTES, 1988; PESSINI, 2005; MACIEL, 2008 *apud* ANCP, 2012)

O cuidado paliativo moderno originou-se a partir de um estudo realizado com 1.100 pacientes internados na instituição *Joseph's hospice* com câncer avançado no período de 1958 a 1965. Com esse estudo viu-se que os pacientes conseguiam alívio da dor quando os remédios para tal eram administrados de forma regular e não somente quando necessário. Depois desse experimento, o movimento *hospice* se expandiu para outros países o que culminou no encontro entre Cicely e Elisabeth Kubler-Ross, que é outro nome importante nos cuidados paliativos por seus estudos com pacientes próximos da morte, esse encontro foi importante para o crescimento do movimento *hospice* (SAUNDERS, 2004; CORTES, 1988; PESSINI, 2005; MACIEL, 2008 *apud* ANCP, 2012)

Em 1982 a OMS (Organização Mundial da Saúde), usou o exemplo dos *hospices* e criou um grupo de trabalho que criasse políticas que tratassem do alívio da dor e de cuidados com as mesmas características dos *hospices* para pacientes com câncer, que é o que se chama atualmente de cuidados paliativos. Sendo assim os elementos fundamentais dos movimentos *hospice* eram: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrente do tratamento ao qual o paciente era submetido e o cuidado integral (MELO; CAPONERO, 2009; SAUNDERS, 2004; CORTES, 1988; PESSINI, 2005; MACIEL, 2008 *apud* ANCP, 2012).

Com os movimentos de *hospices* surge a medicina paliativa que contava com o apoio de uma equipe de saúde especializada que objetivavam não só a cura dos pacientes, mas o cuidado integral a eles até o final da vida. Dentro desse cuidado integral está também o psicológico, o social e o espiritual não só dos pacientes como

de seus familiares. A medicina paliativa trazia em seus princípios básicos a importância de se escutar o paciente, conhecer o diagnóstico para o melhor tratamento, entender sobre as medicações que seriam utilizadas preferindo aqueles que trazem alívio da dor, manter tratamentos menos invasivos possível e sempre ter em mente que existe sempre algo que possa ser feito pelo paciente (MELO; CAPONERO, 2009).

Sendo assim, segundo os autores na medicina paliativa deve-se ter sempre em mente não só os cuidados técnicos, mas uma assistência integral com humanidade, conhecendo-se muito bem esse paciente e as técnicas a serem empregadas.

Em 2002, a OMS reafirmou a publicação dos princípios que norteiam a prática da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos sendo eles:

Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (ANCP, 2012, p. 26-29).

Com base nisso, pode-se dizer que os princípios dos cuidados paliativos têm por objetivo o alívio da dor e a qualidade de vida do paciente, levando em consideração todos os aspectos de sua vida, estendendo esses cuidados até o momento de sua morte quando isso acontece. Além disso, objetiva também o cuidado com os familiares.

Os cuidados paliativos não são cuidados voltados apenas para a cura e nem são voltados apenas a pessoas que estão no final da vida. Eles estão presentes desde a prevenção, identificação da doença, avaliação integral e manejo da dor total que inclui não somente sofrimentos físicos, mas psicológicos, sociais e espirituais. Além disso, esse cuidado permite que os pacientes vivam mais plenamente até o momento da morte, isso é possível porque por meio de uma comunicação efetiva é possível torná-los juntos a seus familiares sujeitos ativos na determinação dos

objetivos da atenção (*INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE*, 2019).

Os cuidados paliativos são um conjunto de ações voltadas para pacientes que se encontram com doenças ameaçadoras da vida e que de alguma forma sofrem com isso e a seus familiares, essas ações têm por objetivo cuidar das necessidades do paciente sem que esses cuidados estejam voltados apenas e/ou para a cura, e visam proporcionar uma proteção, alívio de sofrimento físico, emocional, espiritual e social e a promoção da qualidade de vida. O paciente pode receber esses cuidados numa instituição hospitalar ou em sua própria residência. Sendo assim, os pacientes em cuidados paliativos não estão necessariamente próximos da terminalidade então esses cuidados devem estar presentes em forma de atenção plena até o momento da morte (VASCONCELOS; DE SANTANA; DA SILVA, 2012; SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017; ABRÃO; SANTANA; DE SOUSA, 2019; INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE, 2019; SCHNEIDER *et al*, 2020).

Sua aplicação deve ser feita de acordo com as necessidades do paciente e durante tudo o processo de adoecimento, sendo aplicada junto das medidas de prolongamento da vida assim que necessário. Esses cuidados podem influenciar positivamente no curso da doença, não são aplicados com o objetivo de postergar nem antecipar a morte, reconhecendo o morrer como um processo natural. Além disso, é importante que no decorrer desses cuidados os pacientes e familiares sejam respeitados com relação a suas crenças e valores. Podem ser realizados por profissionais com formação básica em cuidados paliativos e em casos mais complexos por uma equipe multiprofissional especializada. Além dos cuidados ao paciente se estende esses cuidados aos familiares e cuidadores (*INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE*, 2019).

Os cuidados paliativos podem ser aplicados, como já dito anteriormente, tanto em um ambiente hospitalar quanto nas residências dos pacientes e devem ser aplicados nos níveis primários até o terciário. Além disso, fazem parte dos programas de cuidados paliativos: “clínica dia, assistência domiciliar, internação, serviço de consultoria e suporte para o luto.” A clínica dia é mais voltada para atendimentos diários da equipe multiprofissional ao paciente mediante a cronicidade de sua doença, com o objetivo de orientá-los, informá-los e de oferecer cuidados necessários. Quando o paciente tem uma piora do seu quadro clínico e não pode ir até o atendimento

ofertado pela clínica dia ele recebe as mesmas assistências em sua residência. Sendo assim, esses pacientes são monitorados e cuidados diariamente pela equipe (MELO; CAPONERO, 2009, p. 263; *INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE*, 2019).

Dentro dessa forma de cuidados não se utiliza mais os termos: terminalidade e impossibilidade de cura e sim doença que ameaça a vida e tratamento modificador da doença respectivamente, isso para se tirar a ideia de que não há mais nada que se possa fazer por esses pacientes. Além disso, esse tipo de cuidado inclui a espiritualidade e se estende aos familiares (ANCP, 2012).

Nos cuidados paliativos é necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional competente e capacitada para esse tipo de cuidado, a fim de proporcionar uma atenção integral ao paciente que necessita e visando também o alcance do principal objetivo dos cuidados paliativos que é “conservação da qualidade de vida e a prestação de conforto à medida que a doença avança.” (PICOLLO; FACHINI, 2018, p. 86).

Essa equipe é composta por: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontologista e assistente espiritual cada especialidade é capaz de dar assistência ao paciente de forma integral, ressaltando que a integração de conhecimento de cada área desses profissionais é uma coisa que deve ser construída, isso se constrói por meio de estudos de casos entre os profissionais a fim de acrescentarem dados sobre os pacientes que estão prestando assistência, sendo assim se faz necessário que todos os profissionais envolvidos atuem conjuntamente e explorem as particularidades de suas respectivas áreas. A ideia de se ter uma equipe multiprofissional além de ajudar na assistência integral ao paciente, também ajuda na identificação do momento ideal para intervenções que abarquem as reais necessidades dos pacientes (MELO; CAPONERO, 2009; RIBA; DIAS 2008 *apud* FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

Sendo assim é importante que a equipe multiprofissional siga os princípios estabelecidos pela OMS, para melhor prestarem uma assistência aos pacientes, pois por meio desses princípios se consegue dá uma atenção integral ao paciente.

Segundo Guimarães (2008) citado por Ferreira e Queiroz (2010), os princípios dos cuidados paliativos envolvem o cuidar e a boa comunicação. Dentro do cuidar pode-se relacionar comportamentos dos profissionais como: não tratar os pacientes com iguais só porque passam por situações semelhantes, é importante que

os profissionais ao cuidar desses pacientes levem em consideração a individualidade e as diferenças culturais de cada um. Além disso, é importante que se escolha um local de cuidado adequado; é importante também que paciente e familiar sejam ativos nesse processo e que façam parte das decisões acerca do caso do paciente que serão tomadas; os profissionais precisam demonstrar que se importam com seus pacientes. A comunicação pode ser considerada a parte mais importante da atuação do profissional e a mais desafiadora ao se tratar de cuidados paliativos, porém quando essa comunicação é boa o paciente pode se sentir seguro em expressar suas emoções e sentimentos e encontrar meios para lidar com a doença, trazendo assim, uma melhora significativa a sua qualidade de vida.

Os objetivos dos cuidados paliativos são claros e bem delineados, mas isso não garante que seja uma prática fácil, pois essa prática muitas das vezes acaba sendo limitada pela qualidade de treinamento técnico dos profissionais, por seus valores e crenças, por questões relacionadas a instituição e pela relação entre paciente, família e equipe (FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados assim que o paciente recebe o diagnóstico, sendo ativo em todas as decisões relativas a seu tratamento e cuidado, deve ser realizado em paralelo as medidas de prolongamento da vida até que com o tempo fique sendo utilizado só ele, para isso, é importante que médico, equipe, paciente e família estabeleçam uma relação de confiança. Os avanços tecnológicos não devem estar a favor somente no fato de prolongação da vida, mas também na qualidade de vida desse paciente do diagnóstico em diante. A adaptação dos pacientes aos cuidados paliativos varia de pessoa para pessoa, vai depender da idade, nível da doença, como se dar o enfrentamento familiar, entre outras particularidades, tem pacientes que se adaptam mais rápido que outros (MELO, CAPONERO, 2009; CARVALHO, 2018).

Diante dos estigmas criados sobre o conceito de cuidados paliativos, a compreensão do que realmente é esse trabalho requer tempo e um trabalho de conscientização, pois os profissionais envolvidos nesse meio não recebem preparo e conhecimento suficientes para trabalhar com essa temática, sendo assim se faz necessário que se explique o que realmente são cuidados paliativos tanto para pacientes e familiares como também para a equipe (FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

2.3 O paciente em cuidados paliativos

Em se tratando dos pacientes é possível se avaliar qual melhor forma de cuidados paliativos para cada um. Levando em consideração que além da técnica deve se considerar a pessoa que está precisando desse serviço como um ser ativo em sua história e em seu adoecimento. Sendo assim, os cuidados paliativos podem ser específicos para cada paciente e vai variar de acordo com suas individualidades e com o estágio em que se encontra a doença. Para se realizar a avaliação de que tipo de abordagem em cuidados paliativos que deve ser utilizada para cada paciente, é importante ter em mente perguntas relacionadas a quem é o paciente, qual a sua funcionalidade atual, qual o diagnóstico e qual a fase da doença (NICODEMO; TORRES, 2018).

Antes de se começar os cuidados paliativos de um paciente deve-se saber quem ele é, qual sua história de vida e suas particularidades, conhecê-lo em sua integralidade, esse é um conhecimento que toda a equipe deve ter. Já em qual a sua funcionalidade deve-se saber as atividades que ele consegue realizar para que ele seja o mais ativo e autônomo possível. É importante se conhecer o diagnóstico assim como as comorbidades que o paciente apresenta para que se entenda em que fase e como está a progressão da doença. É necessário conhecer e avaliar as fases da doença porque isso permite que se possa realizar um planejamento de cuidados capazes de serem compatíveis a cada fase (NICODEMO; TORRES, 2018).

Apesar dos estudos sobre cuidados paliativos terem se iniciado com pacientes com câncer, existem outras pessoas com outras doenças que também necessitam desses cuidados, pois esses cuidados devem ser dirigidos a pessoas com doenças “graves progressivas e incuráveis que ameaçam a continuidade da vida”. Porém, infelizmente isso não faz parte da realidade, pois se trata de muitas pessoas e no Brasil ainda não se tem profissionais e serviços suficientes que deem conta dessa população (ARANTES, 2012, p.56; ANCP, 2012).

Entre os pacientes que precisam de cuidados paliativos estão: pacientes com doenças cardíacas, pulmonar, renal, hepática, pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pessoas com HIV/SIDA, doenças neurológicas de longa duração, deficiência mental, acidente vascular encefálico, demência, esclerose lateral amiotrófica (ELA) e o câncer (ARANTES, 2012).

Em se tratando de pacientes pediátricos, assim como em pacientes adultos a indicação dos cuidados paliativos se configura da mesma maneira, é necessário que esses cuidados sejam iniciados desde o diagnóstico e que ele seja realizado durante todo o curso da doença (ROSSA, 2018).

Existem “quatro grandes grupos de pacientes que necessitam de cuidados crônicos e que limitam a vida”: O primeiro grupo são os voltados por exemplo, para pacientes oncológicos e cardíacos que são pacientes que tem chance de cura, mas o tratamento curativo pode não dar certo; o segundo grupo é voltado a pacientes com por exemplo, fibrose cística, distrofia muscular de *Duchenne*, epidermólise bolhosa e HIV, que são doenças onde o tratamento é realizado por um longo período de tempo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, porém a morte “prematura desses pacientes é inevitável”; o terceiro grupo é voltado para pacientes com mucopolissacaridose e osteogênese *imperfecta*, onde são doenças progressivas com tratamento apenas paliativo e onde esse tratamento ocorre por muito tempo; o quarto e último grupo é voltado para doenças como paralisia cerebral, onde a doença é “irreversível e não progressiva”, onde o paciente se torna vulnerável e sua doença tem probabilidades de complicações e pode ocorrer a morte prematura do paciente. (ROSSA, 2018, p. 38).

O diagnóstico de câncer traz consigo diversas mudanças na vida do paciente isso porque essa doença é rodeada de estigmas, mitos, inseguranças e incertezas, além disso, a pessoa nunca está preparada para receber tal diagnóstico e nem de repente se deparar com a sua própria finitude. Como já dito, o câncer traz mudanças na vida da pessoa que recebe esse diagnóstico, mesmo que cada um tenha seu modo individual de lidar com a situação, a maioria por causa da nova rotina de vida tais como idas a hospitais, diversos sofrimentos físicos e emocionais que podem fazer com que o paciente e seus familiares tenham que parar com suas atividades profissionais, experienciam a angústia, medo, desespero, extremo negativismo e descontrole emocional (MOTA et al, 2008; STUMM; LEITE; MASCHIO, 2011 *apud* ALENCAR et al, 2017).

Uma pesquisa realizada por Freire e colaboradores (2014), afirma que o recebimento do diagnóstico de câncer altera todo o projeto de vida do paciente a médio e longo prazo, além de comprometer toda a sua qualidade de vida por meio dos diversos procedimentos invasivos aos quais são submetidos, como por exemplo a quimioterapia e radioterapia, que alteram a autoimagem dos pacientes, pois trazem

consequências como fadiga, queda de cabelo, náuseas etc. Além disso, outro ponto importante é que pacientes com câncer geralmente desenvolvem a depressão especialmente aqueles que se encontram em sua terminalidade e hospitalizados, o que somado a outros fatores como fadiga e distúrbio do sono, acaba piorando a qualidade de vida desses sujeitos.

Os pacientes quando tratados nos hospitais ainda tem que lidar com o afastamento dos familiares especialmente quando são pacientes terminais, o que se torna uma experiência traumatizante tanto para o paciente quanto para os familiares o que pode acarretar na dificuldade desses familiares passarem pelo processo do luto (PAIVA, 2009).

Além disso, muitas das vezes é tirado do paciente a sua própria autonomia, todos começam a tratá-lo como um mero objeto, deixando de lado o fato de que ali está uma pessoa, que está sendo impedida de opinar sobre sua própria vida e morte. Esses pacientes muitas das vezes só querem repouso e serem tratados com dignidade, além de que alguém só lhe enxergue como é, uma pessoa, mas ao invés disso recebem um tratamento invasivo e mecanizado sem que ninguém lhe diga uma palavra ou lhe pergunte algo (KUBLER-ROSS, 2017).

É importante que se leve em consideração que quando o paciente está hospitalizado ele passa por um processo de despersonalização, devido ao fato de estarem em um lugar estranho sendo cuidados por pessoas desconhecidas e terem que se submeter a rotina que o hospital oferece, desta forma, esses pacientes podem tonarem-se “[...]melancólicos, deprimidos, desconfiado, e algumas vezes, hostil à abordagem médica.” (FAGUNDES, 1981; KLAFKE, 1991; PAIVA, 1993,2000,2006; ROCCO, 1992; YAMAGUCHI, 1994 *apud* PAIVA, 2009, p. 78).

Paciente terminal é um rótulo dado a alguns pacientes que estão com uma doença ameaçadora da vida, e por isso muitos ainda tem a ideia errônea de que são os pacientes que não há mais nada a fazer por eles. Na verdade, esses pacientes ainda estão vivos e precisam de cuidados e os profissionais de saúde precisam saber quais são essas necessidades especiais a fim de proporcionar a essas pessoas um conforto durante essa vivência (VASCONCELOS; DE SANTANA; DA SILVA, 2012).

É preciso estar atento aos pacientes com câncer no qual a doença se encontra incontrolável e se encontre em fase avançada, pois é preciso que se avalie a qualidade de vida desses pacientes para ver quais fatores influenciam de forma positiva e negativa sobre ela. Fazendo isso, se torna possível planejar ações voltadas

para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes e para minimizar os fatores que contribuem para a piora dessa qualidade de vida (FREIRE *et al*, 2014).

Se o paciente receber o diagnóstico como uma doença maligna incurável que não há mais nada que se possa fazer, isso pode despertar diversos sentimentos e comportamentos nele como por exemplo: isolamento, falta de esperança, pode acreditar que os profissionais que cuidam dele perderam o interesse nele, pode apresentar pioras consideráveis em relação a doença e podem desenvolver uma depressão profunda. E os familiares também podem ser atingidos por um diagnóstico assim, sentindo-se cada vez mais impotente, inútil, desesperado e desanimado em relação ao quadro do paciente (KUBLER-ROSS, 2017).

A morte é uma experiência tão difícil de aceitar que é comum ver pessoas que não precisam mais de tratamento curativo internadas em hospitais, tendo que passar por diversos e diários procedimentos e assistências inadequadas com o objetivo de curar esse paciente, ignorando assim seu sofrimento e sua dor. Precisa-se buscar uma reflexão “sobre a nossa conduta diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz” (ANCP, 2012, p. 23).

Elisabeth Kubler-Ross em seu livro intitulado “*Sobre a morte e o morrer*”, traz cinco estágios pelos quais os pacientes que estão em fase avançada do câncer passam, são eles: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. No estágio de negação e isolamento geralmente é comum em pacientes que recebem a notícia de forma abrupta ou prematura, ele pode acontecer nos primeiros momentos da doença ou posteriormente, mas é mais frequente no começo da doença dando espaço depois ao isolamento. Nessa fase o paciente nega a doença e a proximidade com a morte. O segundo estágio a raiva é o substituto do primeiro e causa nos pacientes sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Quando o paciente se encontra nesse estágio se torna mais difícil de lidar com ele tanto para a família quanto para os profissionais que cuidam dele, sendo os enfermeiros os principais alvos. O terceiro estágio é a barganha, nesse estágio o paciente busca um tipo de acordo, geralmente feito com Deus, para que sua situação seja mudada caso ele se comporte de forma diferente. O quarto estágio é a depressão, que é quando o paciente percebe o sentimento de perda com o avançar da doença, é importante que nesse estágio se permita que o paciente externalize seus sentimentos e pesares para que assim possa

dar espaço ao último estágio que é a aceitação que é quando o paciente depois de ter tido um tempo necessário, começará a aceitar a sua morte próxima com mais tranquilidade (KUBLER-ROSS, 2017).

Todo paciente tem o direito a morte digna e isso envolve uma finitude sem dor e com o sofrimento minimizado devido a cuidados paliativos adequados. O fato de o paciente estar em sua finitude não significa que ele deve ser um sujeito passivo na situação, mas sim ativo ele tem todo o direito a tomada de decisão sobre sua vida e morte digna. É importante que paciente, família, profissionais e instituições de saúde se envolvam nessa situação. É importante também que o médico em especial, supere a sua dificuldade de comunicar esse diagnóstico ao paciente para que ele possa aderir o mais rapidamente o tratamento que lhe for pertinente, para isso, se faz necessário que a comunicação seja clara para o paciente (PAIVA, 2009; ARAÚJO; LINCH, 2011).

Sendo assim, segundo os autores citados anteriormente, é importante ter em mente que mesmo que os pacientes passem por situações semelhantes eles são únicos e devem ser tratados de acordo com suas especificidades, o profissional precisa ter esse conhecimento e essa sensibilidade ao cuidar desses pacientes sempre permitindo que eles sejam ativos e tenham a possibilidade de tomarem decisões sobre sua vida e morte de maneira digna.

O próximo capítulo tratará sobre as intervenções da equipe multiprofissional junto ao paciente oncológico em cuidado paliativo e os sofrimentos que essa oferta de cuidado implica, se faz necessário ressaltar que a literatura se volta muito a questões relacionadas a impossibilidade terapêutica de cura e a terminalidade por mais que neste capítulo tenha sido abordado que os cuidados paliativos não se restringem apenas a esse tipo de cuidado.

3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Como dito no capítulo anterior nos cuidados paliativos precisa-se de uma equipe multiprofissional para prestar atenção integral ao paciente.

De forma geral, de acordo com as literaturas encontradas, os profissionais de saúde não são preparados desde a graduação para lidar com pacientes com doenças ameaçadoras da vida, nem com o sofrimento desses pacientes e nem com a morte de alguns deles, onde esse fator para esses profissionais remete ao fracasso e sentimento de impotência interferindo assim diretamente em sua assistência ao paciente que muitas das vezes se torna muito técnica chegando a ser desumanizada. Com isso, esses profissionais acabam desenvolvendo sofrimentos psíquicos e recorrendo a mecanismos de defesa para lidar com o sofrimento, entre eles encontram-se o afastamento da situação, no intuito de aliviar seus sentimentos de frustração, tristeza, medo, impotência e perda além de mecanismos como a “negação, racionalização e isolamento das emoções.” (CECIM; HENN, 2002 *apud* SANTOS, 2009, p. 11; LEMOS, 2009; SILVA; AYRES, 2010; NUNES, 2012; RORIZ; CORREIA, 2016).

Algumas habilidades são exigidas dos profissionais para que o relacionamento entre a tríade paciente, família e equipe seja caracterizada por empatia e honestidade, entre elas estão: aprender a escutar o paciente e a família; ter uma comunicação clara e precisa com pacientes e familiares acerca do diagnóstico e prognóstico, transmitir informações detalhadas sobre o tratamento e encontrar equilíbrio para seguir trabalhando apesar do sofrimento causados a pessoas que trabalham com pacientes em cuidados paliativos (DEHEINZELIN, 2007 *apud* FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

Além de seguir os princípios estabelecidos pela OMS é esperado dos profissionais da equipe multiprofissional que com relação aos processos de tomada de decisões em cuidados paliativos, eles possam fazer isso de forma empática e respeitosa, criando assim uma relação forte e verdadeira com os pacientes e familiares para que eles não se sintam abandonados e inseguros, o que nem sempre será fácil visto que o próprio estresse causado pela situação nos pacientes e familiares podem trazer conflitos entre eles e os profissionais de saúde, sendo assim a equipe precisa estar preparada para essas situações afim de ter uma melhor condução da

mesma. Além disso, os sentimentos dos profissionais podem sim interferir nessa condução, fazendo com que seja importante e necessário que esses profissionais tenham um espaço para falarem desse assunto e de seus sentimentos (KURASHIMA; CAMARGO, 2007; GUIMARÃES, 2008 *apud* FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

Sendo assim, se faz necessário que o toda a equipe que lida com pacientes em cuidados paliativos, tenha um Serviço de Orientação e Aconselhamento Psicológico com o objetivo trazer reflexões e discussões dentro das instituições sobre os sentimentos e sofrimentos provenientes desse trabalho, a fim de minimizá-los e a fim de garantir que o paciente receba uma assistência adequada (GAUDENER, 1998; PAIVA, 2000 *apud* PAIVA, 2009).

Notou-se que em algumas categorias profissionais não são encontradas literaturas que falem exclusivamente de seus sofrimentos provenientes do trabalho com pacientes em cuidados paliativos, o que não significa que esses profissionais dessas categorias não apresentem tais sofrimentos, mas sim que faltam estudos com essa temática.

Com base no que os autores trazem vê-se que os profissionais da equipe recebem demasiado preparo para lidar com a cura, mas muitas vezes recebem empobrecido preparo para lidar com os pacientes que precisam de cuidados paliativos, mesmo que os dois tipos de cuidados tenham que ser realizados simultaneamente, o que pode acabar trazendo mais sofrimento para esses pacientes, inclusive sofrimentos psicológicos.

Para que se possa entender melhor a rotina desses profissionais nos cuidados paliativos separar-se-á as profissões por subseções.

3.1 O médico

Os médicos são vistos histórica e socialmente como os líderes da equipe de saúde, porém existem várias críticas sobre isso, porque esse profissional não pode se ver ou ser visto como tal e sim como um membro igualmente importante da equipe para que assim possa ofertar um cuidado digno e integral ao paciente até o final da vida. Porém diante disso o médico se vê com importantes responsabilidades como por exemplo a de curar o paciente. Diante desses dados é importante que o médico aprenda a trabalhar em equipe. Sendo assim, é comum se deparar com profissionais dessa área que se sentem inseguros e aflitos ao terem que dar uma notícia de um

diagnóstico de câncer ou de recomendar cuidados paliativos ao paciente ao invés de apenas o curativo. Apesar disso, o médico desempenha papel importante que vai desde a comunicação do diagnóstico até a entrega do atestado de óbito (PAIVA, 2009; SANTOS, 2009; CONSOLIM, 2012).

O médico não deve trabalhar com os pacientes apenas com conhecimento técnico da categoria, bem como não deve esquecer de buscar ter um trabalho mais humanizado e ou esquecer da importância de toda a equipe nesse processo. Desta forma, deve-se buscar educar esses profissionais em sua humanidade “despertando sentimentos de humanismo, de cuidados, de compaixão, de sacerdócio no sentido mais amplo do termo” (SANTOS, 2009, p. 14).

Os autores Silva e Ayres (2010), trazem em seu trabalho uma crítica ao fazer médico, onde se exige que o profissional se distancie do paciente e se aproxime da doença, isso pode ser visto no próprio modelo biomédico que deixa de lado os conteúdos subjetivos do paciente e foca nas patologias. Dessa forma, ainda hoje, se vê que os médicos e estudantes de medicina estão cada vez mais voltados para encontrar novos procedimentos técnicos para a manutenção da vida do que para intervenções que levem em consideração o sofrimento humano e sua subjetividade.

É dever do médico evitar tratamentos dolorosos e desnecessários aos pacientes que tem uma doença ameaçadora da vida, sendo assim, esse profissional deve ser detentor de conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento, sobre o que é melhor para o paciente naquele estado. Além disso, também é dever desse profissional passar as informações sobre o estado do paciente para ele e sua família e não delegar essa função a outro membro da equipe (CONSOLIM, 2012).

A dificuldade dos médicos de lidar com pacientes em cuidados paliativos que estão em sua finitude tem muito a ver também com o fato deles terem que se deparar com sua própria finitude. Segundo o autor isso fica claro quando se trata de pacientes mais jovens e de crianças porque culturalmente e socialmente a morte de uma pessoa mais jovem ou de uma criança não costuma ser aceita, pois não parece fazer parte do ciclo natural da vida (PAIVA, 2009).

De acordo com um experimento feito por Paiva (2000) citado por Paiva (2009), existe uma dualidade de sentimentos nos profissionais de medicina que trabalham com pacientes em cuidados paliativos. Por um lado, tais profissionais acham o trabalho difícil e pesado e gerador de sofrimentos, mas por outro lado eles consideram o trabalho gratificante e importante para o crescimento profissional.

É importante que se volte o olhar para esses profissionais e que se encontrem intervenções para serem utilizadas com eles, pois o trabalho realizado por eles podem ser fatores de grande sofrimento emocional, tanto que muitos encontram em sua fé ou religião uma forma para aliviar tal sofrimento, pois acreditar em uma vida após a morte e na eternidade diminui o peso de não ter conseguido salvar aquele paciente. Além disso, muitos médicos oncologistas desenvolvem depressão e dependência de álcool ou drogas, podendo levá-los ao suicídio (PAIVA, 2009).

É muito importante que os alunos de medicina entrem em contato com questões psicológicas relacionadas ao trabalho que irão exercer para que futuramente eles possam estar preparados para lidarem com essas situações no futuro profissional. Os profissionais de medicina para exercerem a profissão de uma forma mais satisfatória possível desenvolvem algumas reações emocionais entre elas estão a negação, raiva, minimização, culpa, rejeição, depressão, aceitação entre outras. Além disso, esses profissionais tentam ter a certeza de que são onipotentes capazes de vencer a morte de qualquer forma, porém esse sentimento só serve para esconder a impotência que faz parte da profissão (GAUDENER, 1998; PAIVA, 2000 *apud* PAIVA, 2009).

Além disso, se faz necessário que se altere a forma de ensinar nas universidades de medicina, a fim de fazer com que inicialmente professores e diretores se conscientizem e se humanizem nos assuntos relacionados a pacientes com doença ameaçadora da vida e de seus familiares para assim poderem ensinar os futuros médicos a estarem preparados para este trabalho de forma mais humanizada e menos técnica e a lidarem também diretamente com a morte (SANTOS, 2009).

3.2 O terapeuta ocupacional

O terapeuta ocupacional é uma parte importante na equipe multiprofissional, pois ele é o profissional que avaliará os impactos da doença na funcionalidade do paciente, ou seja, ele é quem avaliará o quanto o paciente está comprometido e o quanto ainda é capaz de desenvolver suas atividades funcionais e cotidianas (BESSE, 2009).

É comum que ao vivenciar um processo de adoecimento por uma doença ameaçadora da vida o paciente perca o interesse por suas ocupações e, em especial nesse contexto, o trabalho do terapeuta ocupacional vai ser importante, visto que tal

profissional vai trabalhar com esses pacientes para que eles possam continuar com suas ocupações, lógico que na medida do possível e enquanto ainda tem significado para o paciente, além de considerar as dificuldades adquiridas por eles para a realização das suas tarefas buscando assim adaptá-las a suas realidades. Esse trabalho proveniente dos terapeutas ocupacionais é de grande importância para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos, pois por meio dele os pacientes podem desenvolver sua autonomia e identidade (CRUZ; SILVA; AVELAR, 2018).

Além disso, o trabalho desses profissionais é voltado para fazer com que o paciente invente e reinvente seu cotidiano apesar de estar doente ou limitado de fazer coisas que faziam parte do seu dia a dia. O terapeuta ocupacional deve levar em consideração que cada indivíduo é único para a construção desse cotidiano (BESSE, 2009).

3.3 Serviço Social

Apesar de importantes as intervenções do serviço social não se limitam apenas às ações burocráticas, mas deve-se buscar saber intervir nas mais diferentes demandas que o serviço social tem seja antes ou depois da morte de seus pacientes, trazendo práticas que são dos assistentes sociais como o apoio emocional e a escuta e sendo facilitadores de expressões de sentimentos. Além disso o assistente social trabalha com o paciente no sentido de ajudá-lo a lidar com problemas mais concretos como “questões de ordem financeira, familiar e social, as vezes retomando o elo entre paciente e família.” (LEMOS, 2009, p.120).

Esse profissional é um facilitador entre a relação paciente, família e equipe “potencializando a perspectiva do direito, seja no que concerne à qualidade de vida, seja no respeito às suas crenças e vontades relacionadas à condução do seu tratamento e da sua vida.” (CAVALCANTI; SATURNINO; MIRANDA, 2019, p. 3).

Em se tratando de assistência em domicílio, o trabalho do assistente social se volta também para a família e para o cuidador e sua intervenção envolve tanto o contexto familiar e social como o econômico e legal, sempre levando em consideração as especificidades de todos os envolvidos (LEMOS, 2009).

3.4 Psicologia

A identidade do psicólogo na equipe só será possível de ser construída a partir de articulação entre teoria e prática psicológicas. É preciso que esse profissional tenha na sua prática a abordagem teórica a qual baseará seu trabalho. Além disso, ele deve ter sempre em mente as limitações e possibilidades da profissão para não se confundir com o fazer médico por exemplo. Além disso, o psicólogo deve buscar uma formação em cuidados paliativos a fim de compreender os principais conceitos dentro dessa prática, para poder assim contribuir de maneira mais assertiva com a equipe (NUNES, 2012).

A inserção do psicólogo na equipe de cuidados a pacientes oncológicos se deu em 1998 por meio da portaria de número 3.535 do Ministério da Saúde. Essa portaria diz que toda equipe que trabalha com pacientes oncológicos deve ter um psicólogo como componente dela (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Por meio dessa portaria se fez possível que o paciente tivesse seu sofrimento minimizado através do trabalho do psicólogo, assim como dos demais profissionais, visto que, em muito, esse é o trabalho do psicólogo na equipe de oncologia: minimizar o sofrimento gerado pelo adoecimento facilitando assim a reinserção desse paciente na sociedade e fazendo com que ele possa fazer suas atividades o mais próximo possível do que fazia antes da doença, para que assim se evite que esse paciente e seus familiares desenvolvam complicações de ordem psicológica que possam interferir em suas vidas no sentido geral, tanto, afetiva quanto profissional e etc. (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

A inserção desse profissional na equipe se deu a partir do conceito de dor total dado por Cicely Saunders que reconhece os aspectos psicológicos dentro dessa dor total. Para os cuidados paliativos também se fala em sintomas totais que abarcam aspectos psicológicos como ansiedade, depressão entre outros aspectos tais que o paciente em cuidado paliativo pode vir a desenvolver (NUNES, 2012).

O profissional de psicologia deve reconhecer a doença como um processo da mente assim como das expressões e vivências do corpo. Desta maneira o psicólogo deve estar atento às queixas, aos sintomas e às patologias do paciente de modo a assim ofertar uma assistência integral e identificar as desordens psíquicas presentes no paciente que podem estar gerando nele grandes sofrimentos. Além disso, é possível que se identifique também os mecanismos de defesas negativos aos

quais esse paciente está utilizando e dessa forma é possível intervir com foco nesses aspectos avaliados. Além desse trabalho com o paciente, o profissional da psicologia deve ter uma boa relação e facilitar a comunicação entre os componentes da equipe possibilitando assim a troca de conhecimento (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Sendo assim se faz necessário que se comece o acompanhamento psicológico o mais breve possível, lembrando que esses pacientes podem não estar em fase terminal e o acompanhamento psicológico, assim como a assistência de toda a equipe pode durar por anos (NUNES, 2012).

A comunicação é a ferramenta que todos os profissionais de saúde devem utilizar bem e em se tratando da comunicação em cuidados paliativos isso pode ser um grande desafio para toda a equipe. Para o profissional de psicologia é importante que ele avalie o grau de entendimento do paciente sobre seu adoecimento, pois é importante que as informações possam ser passadas ao paciente de forma clara e correta pelo médico, pois caso contrário isso pode despertar nele inseguranças, com relação a doença, ao tratamento e a equipe de saúde (BARROS, 2007; RIBA; JUVÉR, 2008 *apud* FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

A intervenção técnica é muito importante para a assistência ao paciente, porém se requer do profissional de psicologia uma escuta acolhedora, empatia para que permita que o paciente consiga elaborar suas questões internas no intuito de que ele chegue à fase de “aceitação, elaboração e superação no que diz respeito ao seu adoecimento.” (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011, p.93).

Sendo assim, segundo os autores, o trabalho do psicólogo é muito importante dentro da equipe e faz com que se tenha um cuidado integral com o paciente. Desta forma, o profissional desempenha um papel único e extremamente importante que deve ser feito de forma humanizada e responsável, para que pacientes e familiares se sintam assistidos e principalmente o paciente se sinta autônomo e ativo nesse processo possibilitando assim que sejam minimizados os impactos psicológicos que venham a estar presentes nesses pacientes e em seus familiares.

Além do paciente o psicólogo estende sua assistência aos familiares e à equipe. Com a família o trabalho é fazer com que eles possam falar livremente sobre suas situações assim como o paciente, além de trabalhos como conscientização, por exemplo, quando a família não quer comunicar o diagnóstico ao paciente no intuito de protegê-lo. Deve-se então trabalhar com a família a fim de sensibilizar sobre a importância que o paciente conheça sua real situação. Além disso, sempre que for

passar uma comunicação sobre o melhor procedimento a ser usado com o paciente é importante que seja avaliada a possibilidade de estarem presentes o paciente, a família e a equipe (FERREIRA; QUEIROZ, 2010, p.112; NUNES, 2012;).

Já no que diz respeito à equipe, o trabalho em cuidados paliativos pode trazer sofrimentos psíquicos para todos os profissionais, sendo assim, é importante que esses profissionais possam ter um espaço de cuidado e acolhimento a fim de poderem expor suas próprias dificuldades. Porém esse trabalho deve ser feito, preferencialmente, por um psicólogo que não faz parte da equipe, pois para psicólogo da equipe sua intervenção estará mais direcionada a pacientes. Além disso, o profissional de psicologia deve ter estratégias voltadas para “[...]a manutenção de uma cultura de cuidados paliativos, a formação dos profissionais, a supervisão e a disponibilização de serviço de psicologia independente que possam receber as demandas pessoais de cada membro da equipe[...]” (FERREIRA; QUEIROZ, 2010, p.112; NUNES, 2012;).

Com base no que foi dito pelos autores, pode-se supor que o psicólogo da equipe que trabalha com pacientes oncológicos em cuidados paliativos também está sujeito a sofrimentos provenientes de seu trabalho. Dessa forma, seu trabalho não será direcionado a tratar os sofrimentos psíquicos dos profissionais, porém como ele trabalha com a tríade paciente, família e equipe, pode identificar esses sofrimentos, acolher as demandas identificadas e encaminhá-los para um acompanhamento psicológico.

3.5 Fisioterapia

Assim como nas demais profissões os fisioterapeutas também recebem durante a graduação mais preparo para lidarem com a reabilitação de seus pacientes e desta forma não recebem preparo para lidarem com pacientes com doença ameaçadora da vida e com a morte, gerando assim assistências mais embasadas nas técnicas dando pouco espaço para os relatos dos pacientes (MARCUCCI, 2004).

A fisioterapia tem um papel importante no tratamento oncológico indo desde a prevenção, diagnóstico, tratamento, processos da cirurgia, efeitos dos tratamentos até os cuidados paliativos exclusivos. No contexto dos cuidados paliativos o fisioterapeuta, assim como os demais profissionais, trabalha com o objetivo de redução do sofrimento do paciente. A dor oncológica pode fazer com que

o paciente perca sua mobilidade e sua independência e o trabalho desse profissional se volta para isso, objetivando a redução da dor e prevenindo a imobilidade, além de estimular a autonomia do paciente (SILVA, R. *et al*, 2021).

3.6 Fonoaudiologia

O trabalho do fonoaudiólogo é muito importante na equipe, pois as intervenções desse profissional voltam-se para a deglutição e comunicação dos pacientes que quando comprometidos geram impactos diretos em sua qualidade de vida. Além disso, destaca-se que problemas na comunicação do paciente reduzem sua autonomia sobre sua própria vida e morte, pois sem poder se comunicar o paciente não pode realizar seus desejos e expressar suas escolhas (MOREIRA *et al*, 2020).

Os pacientes oncológicos podem apresentar variados sintomas devido ao tratamento que fazem, entre eles as alterações do paladar e hipersalivação, que com o tempo podem trazer problemas de deglutição, náuseas, vômitos entre outros. Sendo assim, o fonoaudiólogo tem um papel importantíssimo na prevenção e alívio desses sintomas (PINTO, 2012).

Pode ser que diante do avanço e da gravidade da doença, os pacientes sejam aconselhados a fazer sua alimentação de outra forma que não seja oral e pode acontecer desse paciente decidir em fazer suas alimentações via oral e cabe ao fonoaudiólogo fazer com que esse processo de alimentação seja mais fácil para o paciente evitando que ele tenha uma broncoaspiração de alimentos para a via aérea superior (MOREIRA *et al*, 2020).

3.7 Nutrição

A nutrição de pacientes em cuidados paliativos vai muito além de necessidades energéticas, mas é um “ato de afeto, carinho e vida” por isso deve-se levar em consideração a individualidade de cada paciente no trabalho dos nutricionistas, sendo que tudo deve ser pensado levando em consideração os gostos do paciente, sua religião (algumas religiões possuem restrições alimentares) e seus hábitos alimentares (FERNANDES, 2012, p.345).

Apesar dos alimentos serem parte importante da vida das pessoas e fazerem parte de recordações prazerosas os pacientes em cuidados paliativos podem começar a recusar até mesmo os alimentos que mais gostam trazendo consequências para sua situação. Nesse contexto intervenções da nutrição se fazem importantes no sentido de trabalhar de forma preventiva “[...]possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento [...]”. Desta forma esse profissional pode contribuir para o controle dos sintomas, fazer com que o paciente se mantenha hidratado e no peso ideal (FERNANDES, 2012, p. 346).

Sendo assim, o trabalho da nutrição tem por objetivo a melhora na qualidade de vida do paciente por meio de redução de sintomas relacionados a alimentação, sem contar que priorizar as decisões do paciente também é qualidade de vida (AMORIM; SILVA, 2021).

3.8 Odontologia

O trabalho da odontologia assim como o dos demais profissionais também visa a melhoria na qualidade de vida do paciente com doença ameaçadora da vida. O trabalho é voltado para problemas bucais provocados pela doença que geralmente são câncer de cabeça e pescoço e pelo tratamento das doenças, controlando infecções por meio de ações preventivas e curativas (JALES; SIQUEIRA, 2012).

O trabalho do profissional de odontologia é voltado a manter a saúde bucal do paciente que é afetado, como já dito, pela doença e pelo tratamento. Além disso, quando os problemas bucais já estão instalados, o trabalho desse profissional se volta para amenizar as dores provocadas por eles. Outro trabalho importante do profissional de odontologia são as ações educacionais realizadas com os cuidadores e demais profissionais de saúde que vão ter seu trabalho relacionado a saúde bucal do paciente (SILVA; SILVA; SIMONATO, 2021).

3.9 A equipe de enfermagem

Nos cuidados paliativos o profissional de enfermagem precisa de alguns requisitos para uma melhor atuação, entre elas estão: controle da dor, domínio da

técnica de hipodermóclise¹, curativos nas lesões, boa comunicação com o paciente, cuidados espirituais, boas condições de higiene e nutrição para com os pacientes, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, trabalho junto às famílias auxiliando-as também nos cuidados com esse paciente quando o mesmo estiver em casa e comunicação com a equipe multidisciplinar. “Trata-se de cuidados sensíveis e de educação, que demandam ações de proximidade física e afetiva para que muitas orientações se efetivem na prática” (FIRMINO, 2012, p. 335).

Quando o paciente recebe alta para ir para casa porque está em condições físicas favoráveis os profissionais de enfermagem têm o trabalho de orientá-los e orientar os familiares além de incentivá-los a continuarem tomando todos os cuidados em saúde em casa (SILVA; ISSI; MOTTA, 2011 *apud* SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017).

É de extrema importância que o profissional de enfermagem estabeleça uma relação interpessoal com seus pacientes e familiares. Essa criação de vínculo geralmente ocorre por meio de uma construção mútua trazendo relações profissionais afetivas de confiança, amizade, admiração e aprendizado mútuo. O profissional de enfermagem deve ser capaz de compreender cada paciente em sua singularidade e não enxergar todos os pacientes como iguais perante a doença de forma a estar disposto a oferecer acolhimento, apoio e ajuda ao paciente e seus familiares nesse momento tão difícil (VEGA *et al*, 2013; SOARES *et al*, 2013 *apud* SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017).

A fim de evitar mais sofrimentos aos familiares e pacientes por causa da falta de comunicação com a equipe, é esperado dos profissionais de enfermagem o trabalho de identificar os sentimentos negativos como por exemplo: preocupações, medo, tristeza, desespero e incertezas destes pacientes e destas famílias para lhes proporcionar apoio emocional imediato fazendo com que o paciente tenha um ambiente mais acolhedor nesse momento (MONTEIRO *et al*, 2008 *apud* FERNANDES; dos ANJOS; RODRIGUES, 2018).

É verdade que atualmente os avanços tecnológicos ajudam a prolongar a vida, porém ainda assim a morte faz parte do processo natural da vida. São os enfermeiros que passam maior parte de tempo com esses pacientes oncológicos em

¹ Por hipodermóclise entende-se que é a “administração de drogas e fluidos pela via subcutânea, que possibilita a infusão de analgésicos, soluções e outros fármacos.” (HIPODERMÓCLISE, 2022, n.p.).

cuidados paliativos e na maioria das literaturas o que se encontra é que esses profissionais não recebem preparo dentro das academias para lidar com a morte e o sofrimento de outros, o que contribui bastante para que esses trabalhadores experienciem grande sofrimento psíquico por meio da angústia e da impotência que esse despreparo traz. Sendo assim, se torna raro encontrar profissionais de enfermagem capazes de dialogar com a família e com o paciente que se encontra com uma doença ameaçadora da vida e que está nos momentos finais da vida (BERNARDES *et al*, 2014; PETERSON; CARVALHO, 2011 *apud* ALENCAR *et al*, 2017).

Com base nisso, ao contrário do que é esperado dos profissionais de enfermagem que deveriam seguir o legado de Florence *Nightingale*², que seria o do cuidado humanizado, já que a própria profissão está intimamente associada ao cuidar, eles acabam falhando nesse papel deixando de dar essa assistência mais humanizada aos pacientes, especialmente os que estão no final da vida. Sendo assim, o despreparo impacta diretamente na assistência prestada por eles aos pacientes (SANTOS, 2009).

Segundo o que foi dito, percebe-se que o maior problema na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos está a falta de preparo que deveria ser recebida ainda nas academias, onde o aprendizado é sempre voltado para o cuidado curativo e de certa forma negligenciado para os cuidados paliativos, fazendo com que esses profissionais não saibam lidar com pacientes com doença ameaçadora da vida e fazendo com que esses profissionais possam experimentar sofrimentos oriundos dessa falta de preparo.

Culturalmente é comum que se evite que crianças tenham contato com a morte e quando elas têm esse contato vem geralmente por meio da mídia e as vezes por meio da violência. Sendo assim, isso pode estar relacionado ao fato de os profissionais de enfermagem sentirem dificuldades para lidar com pacientes que se encontram em cuidados paliativos e isso também implica em sua dificuldade de lidar com a morte de alguns desses pacientes, pois essa falta de contato com a morte desde a infância perpassando pela graduação pode fazer com que essas pessoas

² Florence Nightingale foi a “fundadora da enfermagem moderna. [...]Sua prática foi influenciada pela sua passagem nos locais onde executava os cuidados em enfermagem leigo e fundamentados nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade e pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado.” (COSTA *et al*, 2009 p 662-665)

tenham uma visão errônea e equivocada sobre a morte. Então esse é mais um motivo para que esses profissionais tenham contato com essa temática ainda na graduação, para que assim seja despertado neles o real significado do que é cuidar em enfermagem e para que assim esses profissionais se tornem mais sensíveis à história de vida do outro estando mais abertos ao contato emocional e à troca de experiências entre eles e os pacientes (LOFTUS, 1998 *apud* PENHA, 2009).

Além de tudo o que foi dito é possível que os pacientes e/ou familiares encontrem motivos para desenvolver conflitos com os profissionais e os profissionais por sua vez movidos por seus sentimentos revidarem, por isso é importante que esses profissionais tenham um espaço para exporem seus sentimentos e assim trabalhar neles para conseguirem manejar a situação com os pacientes e familiares e desta forma prestarem uma melhor assistência a eles (FERREIRA; QUEIROZ, 2010).

Sendo assim, o esperado é que este profissional tenha preparo para este trabalho, além disso, ele deve ter preparo técnico e emocional para lidar com a morte, pois esta é uma situação bem complexa que provoca intensos sofrimentos para qualquer pessoa que a presencia, então não é difícil de imaginar a quantidades de emoções e sofrimentos psíquicos que estes profissionais lidam todos os dias nas suas rotinas com pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Quando esses profissionais estabelecem vínculos com os pacientes e familiares todo o sofrimento é intensificado deixando-os mais vulneráveis ao adoecimento (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012 *apud* ABRÃO; SANTANA; de SOUSA, 2019).

Trabalhar com pacientes oncológicos em cuidados paliativos traz impactos a qualquer profissional, porém os profissionais da equipe de enfermagem são os mais vulneráveis a sofrerem impactos como: desgaste emocional, desmotivação e desinteresse no ambiente de trabalho, isso porque são eles os profissionais que ficam mais envolvidos com esses pacientes e com todas as etapas do processo de morte deles (SHIMIZU, 2007; LIMA; JÚNIO, 2015 *apud* FERNANDES; DOS ANJOS; RODRIGUES, 2018).

Com base em tudo o que já foi exposto nesse trabalho com relação a rotina e à vivência da equipe multiprofissional, pôde-se perceber que o trabalho de toda a equipe não é um trabalho fácil e também que esse trabalho e essa proximidade com pacientes em cuidados paliativos requer muito dos profissionais gerando assim sofrimentos inclusive psíquicos.

Sendo assim, com base no que foi exposto pelos autores mencionados neste trabalho, o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho voltado a pacientes oncológicos em cuidados paliativos pode afetar todos os profissionais envolvidos nesse contexto, porém são os profissionais de enfermagem os profissionais que mais passam tempo com pacientes neste estado, ficando assim mais vulneráveis ao adoecimento psíquico de forma que esse adoecimento impacta diretamente na assistência prestada por eles aos pacientes. Então com base nisso no próximo capítulo será abordado os sofrimentos psíquicos presentes nesses profissionais em específico e quais as estratégias defensivas eles fazem uso.

4 O SOFRIMENTO PSÍQUICO E AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS PRESENTES NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

A configuração capitalista a qual a população é submetida também interfere no mundo do trabalho, não sendo diferente no ambiente hospitalar, onde também é exigido dos profissionais um certo distanciamento de suas vivências e seus sentimentos, sendo o hospital uma instituição despersonalizante “não é permitida que esses profissionais manifestem seus sentimentos. Devem, ao contrário, se manter firmes diante das adversidades da situação de trabalho.” Isso pode contribuir para problemas de saúde físicos e emocionais (ANGERAMI, 1994 *apud* FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009, p. 143).

Atualmente, são os hospitais que se responsabilizam por cuidarem dos incômodos do adoecer e conseqüentemente muitas das vezes do morrer. Antigamente a morte era tida com mais naturalidade, as pessoas morriam em suas comunidades permitindo, assim, que as outras pessoas pudessem pensar em sua própria finitude. Já agora, com todos os avanços da medicina voltados para o prolongamento da vida, é tentado retirar do ambiente hospitalar os impactos e os mais variados sentimentos que surgem desse lugar, além de se construir uma nova forma de lidar com a morte e com as pessoas que estão prestes a morrer, ou seja, deixando de considerar a morte com algo natural (PITTA, 1990; KUBLER-ROSS, 1998 *apud* FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Segundo Romão (2019), há uma dualidade de sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que lidam com pacientes em cuidados paliativos, por um lado se sentem frustrados, angustiados, além de experimentarem diversos sofrimentos que ocorrem por meio do sentimento de impotência e despreparo diante deste trabalho. Por outro lado, esses profissionais também experimentam sentimentos de realização, dever cumprido e satisfação diante dos resultados alcançados por meio de seu trabalho e diante do reconhecimento manifestado pelos pacientes e seus familiares.

Alencar e colaboradores (2017), em sua pesquisa realizada com 10 enfermeiros que trabalham com pacientes oncológicos em fase terminal também afirmam que existe uma dualidade de sentimentos experienciados por estes trabalhadores, como sentimentos positivos está o fato de os enfermeiros sentirem-se como parte da família dos pacientes por meio do vínculo e do apego criado por seus

pacientes. Além disso, os entrevistados falam sobre um sentimento de certa forma positivo perante a morte de seus pacientes, pois para eles significa o fim e o alívio do sofrimento desses pacientes. Como sentimentos negativos que influenciam o manejo da assistência por parte dos enfermeiros, os autores citam os sentimentos de impotência e frustração; quando se trata de uma criança o sentimento de perda é ainda maior.

Estudo realizado por Siqueira e Teixeira (2019) fundamentado na psicodinâmica do trabalho de Christophe Dejours, aponta que o trabalho dos enfermeiros com pacientes oncológicos em cuidados paliativos pode ser gerador de prazer e sofrimento e que estes dois são indissociáveis. Para esses autores e para as autoras Santana, Chissolucombe e Aoyama (2019), os profissionais de enfermagem são os profissionais que passam maior tempo com os pacientes oncológicos e familiares. São os enfermeiros os primeiros a serem procurados pelos pacientes e seus familiares quando algo não vai bem, o que acaba fazendo com que esses profissionais criem vínculo com esses pacientes e seus familiares, isso pode ser benéfico para os profissionais assim como pode trazer intensos sofrimentos.

Sendo assim, os autores Siqueira e Teixeira (2019), dividiram os resultados alcançados com a sua pesquisa em dois grupos: o primeiro relata as influências negativas oriundas do trabalho dos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológicos; e o segundo relata as influências positivas oriundas desse trabalho. Como influências negativas destacam-se indisposição desses trabalhadores devido à grande jornada de trabalho, sentimento de impotência relacionado a não conseguir proporcionar uma morte mais digna para o paciente por falta de tempo, aliviar os sofrimentos deles, proporcionar todo apoio que o paciente precisa e fazer com que esse paciente chegue a fase de aceitação sobre sua morte inevitável. Como influências positivas tem-se: o sentimento de tristeza não ocorre com a perda de todos os pacientes, mas sim com aqueles em que o profissional de enfermagem se identifica; o objetivo na execução do trabalho é atingido; o trabalho pode ser mediador para o crescimento psicossocial do trabalhador dando a ele um novo significado sobre a vida; por meio do trabalho é possível se ter representatividade positiva perante o trabalho; perante a morte do paciente, apesar dos sentimentos negativos, esses profissionais podem substituir a tristeza pela alegria perante o alcance dos objetivos de seu trabalho.

Como em qualquer relação em que se desenvolvem vínculo e apego o rompimento desse vínculo causa sentimento de perda e luto, sendo assim esses

também são sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem. Além disso, diante do sofrimento desses pacientes em seu leito de morte, os profissionais de enfermagem podem experienciar assim como os próprios pacientes e seus familiares diversos sofrimentos e sentimentos como: medo, raiva, angústia e dor. O sofrimento dos enfermeiros é mais intenso quando se trata de pacientes que estão há bastante tempo internados devido às suas enfermidades, pois são pacientes que os profissionais têm um vínculo maior (ALENCAR *et al*, 2017).

Em se tratando de cuidados com crianças e adolescentes em cuidados paliativos, os profissionais de enfermagem apesar de todo sofrimento enfrentado no cuidado e no processo de morte e morrer desses pacientes relatam que existem experiências que os ajudam a passar por esse processo como por exemplo: se despedir do paciente de maneira certa podendo expressar seus sentimentos de afeto, além disso, eles podem a partir dessa experiência repensar sobre suas vidas, fazendo desse momento difícil uma oportunidade de aprendizado. (REIS *et al*, 2014; SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017).

Ainda em casos de crianças, o envolvimento emocional e as relações de afetos são potencializadas fazendo com que o sofrimento pela perda do paciente também seja sentida de forma potencializada. O profissional pode desenvolver por esta criança empatia e apego, o que pode fazer com que acabe tornando esse paciente como parte de sua família, como se fosse, por exemplo, seu próprio filho por meio de projeção, o que pode levar esse profissional a vivenciar o luto por aquele paciente (ROCKEMBACH; CASARIM; SIQUEIRA, 2010 *apud* REIS *et al*, 2014).

Com base em suas pesquisas realizadas com técnicos de enfermagem que trabalham em um hospital de referência em câncer na Grande Vitória, Fernandes, Iglesias e Avellar, (2009), chegaram ao resultado de que para os profissionais de enfermagem, se deparar com a morte era algo natural, porém eles declararam que lidar com o sofrimento do paciente nesse momento era algo incômodo. Esses profissionais disseram que como a morte faz parte de seu cotidiano, eles devem se acostumar com ela, porém para eles é difícil presenciá-la, pois ao se depararem com a morte de outra pessoa eles eram remetidos a pensarem em sua própria finitude. Sendo que para eles também era mais difícil a morte de pessoas mais jovens por acreditarem que elas ainda não tinham encerrado seu ciclo de vida, tendo todos os seus objetivos e sonhos interrompidos. Além da dificuldade de ter que lidar com a morte de outros, os profissionais também relataram que é difícil ter que presenciar o

sofrimento e a dor que esses pacientes enfrentam principalmente na hora de sua morte.

Segundo Santana, Chissolucombe e Ayoama (2019), os profissionais de enfermagem podem sentir-se frustrados e despreparados para lidarem com a morte de seus pacientes, pois esses profissionais costumam receber preparo para lidar com a cura durante sua graduação e ao se depararem com a morte sentem como se fosse uma falha sua. Sendo assim, a maioria dos profissionais entrevistados para esta pesquisa sentem-se despreparados para lidar com a morte de seus pacientes, gerando assim estresse e sofrimento psíquico para estes profissionais.

Segundo um estudo realizado por Kolhs e colaboradores (2016), os profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos também experienciam grande desgaste emocional, sentimentos ruins como angústia, tristeza apreensão e estresse e sentimentos tidos como bons como, por exemplo, carinho, amizade, gratidão e satisfação.

Para superar os sentimentos negativos oriundos da atuação com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, segundo pesquisas realizadas por Semtchuck, Genovesi e Santos (2017) os profissionais relatam que precisam de apoio psicológico e de um espaço onde possam expressar esses sentimentos, pois acreditam que assim vão estar preparados emocionalmente para lidarem com o trabalho e que isso é fundamental para uma boa assistência aos pacientes. Além disso, esse apoio psicológico é positivo pois os profissionais de enfermagem tentam aliviar seus sofrimentos tentando separar aspectos profissionais de aspectos pessoais, o que nem sempre é possível.

Com tudo o que foi exposto pode-se evidenciar que o fato de trabalhar com pacientes oncológicos em cuidados paliativos e de muitas das vezes ter de lidar com a morte de alguns desses pacientes nem sempre será gerador apenas de sentimentos negativos, mas de sentimentos positivos também. Porém é importante que se compreenda e que se volte um olhar sobre os sentimentos negativos oriundos desse trabalho, pois são eles muitas das vezes os geradores de intensos sofrimentos psíquicos que prejudicam a vida desse trabalhador em todos os âmbitos.

Conhecer como é a vivência e os sentimentos dos profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos em cuidados paliativos é essencial para se compreender os sofrimentos psíquicos experimentados por eles devido a seu trabalho, pois isso mostra como é difícil que esse trabalho não cause

diversos sentimentos e por sua vez sofrimentos nesses profissionais (SOUZA *et al*, 2018).

A maioria dos profissionais de enfermagem não conseguem perceber que seus sofrimentos psíquicos podem advir do seu trabalho, a maioria não percebe muitas das vezes seu próprio sofrimento e acredita que seus sofrimentos não vão interferir na assistência que prestam aos pacientes. (SOUZA *et al*, 2018).

Um dos desafios experimentados pelos profissionais de enfermagem no trabalho em cuidados paliativos oncológicos é o fato de não receberem treinamento e educação voltadas para este trabalho tanto nas academias quanto nas experiências clínicas, sentindo-se assim despreparados para o trabalho. Sendo assim, outro gerador de sofrimento é o despreparo desses profissionais e a inexperiência deles ao lidarem com pacientes oncológicos em cuidados paliativos (SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017; SILVA; SOUSA; MAGALHÃES, 2021).

Além disso, existem fatores representados por variáveis como: “sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde geral do trabalhador, e as características individuais.” (SOUZA *et al*, 2018 p 24).

O sofrimento psíquico desses profissionais pode levar ao surgimento de patologias e entre elas estão: a ansiedade, a depressão e o estresse oriundos das vivências ligadas a sofrimento causados pela organização e processo de trabalho, onde se destacam “o sofrimento interpessoal, conflitos, remuneração insuficiente e jornadas de trabalho exaustivos.” (KIRBY *et al*, 2020; SANTOS *et al*, 2020 *apud* SILVA, J. *et al*, 2021, p.2).

4.1 Depressão

Para o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V* (2014) o transtorno depressivo se caracteriza pela “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.” (p.155)

A depressão não é a única forma de adoecimento que os profissionais de enfermagem podem experienciar, porém é uma doença que também afeta esses profissionais não ficando de fora os que trabalham em ambientes oncológicos, sendo os fatores de risco de depressão para esses profissionais superiores aos demais, pois eles lidam diretamente com o sofrimento de seus pacientes (SOUZA *et al*, 2018).

Entre os fatores que podem corroborar para o surgimento da depressão em profissionais de enfermagem tem-se o fato de estarem expostos aos riscos físicos da profissão como contaminações, radiações e riscos químicos, os plantões que têm que cumprir, a excessiva carga horária de trabalho e a convivência com o “sofrimento, dor, doença e morte e problemas emocionais daí decorrentes, com repercussões em sua qualidade de trabalho” (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996; MANETTI; MARZIALE, 2007 *apud* GOMES; OLIVEIRA, 2013, p. 25).

Para que se previna a depressão nesses profissionais é necessário que se melhore o suporte administrativo e o relacionamento interpessoal entre os profissionais de enfermagem e os demais profissionais da equipe, que se melhore a organização das escalas de trabalho de forma a uma divisão mais justa e implantação de programas que visem a promoção da saúde desses trabalhadores (SOUZA *et al*, 2018).

Segundo a pesquisa feita por Gomes e Oliveira (2013), um total de 100% dos participantes da pesquisa apresentara uma depressão leve, o que se torna um dado preocupante, visto que segundo as autoras, isso pode acarretar no prejuízo ocupacional, vale ressaltar que a depressão traz prejuízos a todas as esferas da vida do sujeito devido a seus sintomas.

Sendo assim, pode-se afirmar que profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos oncológicos tem grande chance de desenvolver a depressão, devido aos riscos físicos e emocionais que correm e devido ao fato de estarem sempre presenciando o intenso sofrimento de seus pacientes e a morte deles.

Os trabalhos voltados a depressão em profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos em cuidados paliativos são escassos o que significa que se necessita que mais pesquisas sejam realizadas.

4.2 Ansiedade

O transtorno de ansiedade se caracteriza pela presença de “medo e ansiedade excessiva e perturbações comportamentais relacionados.” O DSM-V destaca que não se trata de um medo que faz parte da vida das pessoas quando estão diante de um perigo real ou percebido e não se trata de uma ansiedade adaptativa nem provisória que seria a antecipação dessa ameaça e induzidas por estresse

respectivamente, mas sim se trata de um medo e ansiedade excessivos e persistentes (DSM V, 2014, p.189).

A ambivalência de sentimentos provocados nos profissionais de enfermagem diante do trabalho com pacientes oncológicos gera muita ansiedade para os profissionais que ficam envolvidos entre trabalhar com a cura e com a morte, além disso o próprio trabalho na oncologia é grande gerador de estresse e ansiedade (ROCHA *et al*, 2020).

O ambiente hospitalar por si só já é um fator importante para a geração de ansiedade e estresse emocional e outros sofrimentos psíquicos nos profissionais de saúde, inclusive na equipe de enfermagem, pois se trata de um lugar insalubre, em se tratando da área da oncologia esse fator de ansiedade pode ser mais comum, isso porque os profissionais são expostos aos sofrimentos e aflições de seus pacientes e familiares, além do ambiente ser estressor para eles fazendo com que os profissionais se sintam pressionados e com medo diante de procedimentos complexos que devem ser empregados nos pacientes e diante da fragilidade desses pacientes (KOLHS *et al*, 2016; ROCHA *et al*, 2020).

O trabalho da equipe de enfermagem na oncologia tem características próprias como: “instabilidades, incertezas, imediatismo e necessidade de enfrentamento de situações emergenciais”, isso leva os profissionais a um desgaste emocional muito grande além de gerar também uma despersonalização profissional o que colabora positivamente para a prevalência de ansiedade e depressão nesses profissionais e o que acaba levando também para o surgimento do *burnout* (FERNANDES *et al*, 2021, p.6).

A ansiedade despertada nesses profissionais por causa de seu trabalho com pacientes oncológicos reflete em sua assistência visto que estando com sintomas ansiosos o profissional perde a capacidade de execução do seu trabalho de forma eficaz (ROCHA *et al*, 2020).

Sendo assim, pode-se dizer que o próprio trabalho em hospitais e principalmente no setor da oncologia pode ser gerador de transtornos ansiosos nos profissionais de enfermagem, além disso está em contato direto com o sofrimento dos pacientes e com o processo de morte e morrer deles também podem gerar problemas com a ansiedade podendo até mesmo levá-los a prestarem uma má assistência aos pacientes. Isso tudo é importante para que se volte um olhar mais direcionado a esses problemas para que se possa assim pensar em intervenções que melhorem a

qualidade de saúde mental desses trabalhadores e para que assim os pacientes que já estão envolvidos em bastante sofrimento possam ter um atendimento mais humanizado e mais eficaz e eficiente.

Os estudos sobre ansiedade em profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos oncológicos são escassos mostrando ainda mais a importância de se buscar realizar mais pesquisas na área, para que assim o psicólogo possa saber como intervir com esses profissionais.

4.3 Estresse

É um fato que o trabalho ocupa um lugar importante na vida das pessoas, porém ele pode ser fonte de estresse e quando isso acontece acaba trazendo repercussões negativas na saúde física e mental do trabalhador. Além disso, tudo isso pode ser gerador de estresse ocupacional que se caracteriza por estressores provenientes do processo e do ambiente de trabalho percebidos pelo profissional que ultrapassam a possibilidade de enfrentamento e *coping* desse profissional, fazendo com que ele tenha reações negativas (THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2016; SANTOS; MEIRA; PIERIN, 2017; PASCHOAL, 2017 *apud* SANTOS *et al*, 2017).

Segundo Santos e Santos (2015), o conceito de estresse foi elaborado primeiramente por Selye (1956), onde para esse autor o estresse caracterizado como uma Síndrome Geral de Adaptação (SGA) era proveniente de eventos ambientais conhecidos como estressores que provocam um desequilíbrio interno no indivíduo que está em contato com esses estressores a ponto de fazer com que eles não tenham mais a capacidade de manterem-se em equilíbrio.

O estresse acomete vários trabalhadores devido às condições inerentes ao próprio trabalho, isso inclui o ambiente em que se trabalha e a forma como o trabalho é organizado. Em se tratando da área da saúde esses autores afirmam que os profissionais de enfermagem fazem parte dos grupos que mais estão propensos a desenvolver o estresse por causa de seus trabalhos e no Brasil essa situação vem sendo a cada dia mais comprovada. Isso tudo porque o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem é cheio de estressores como, por exemplo, prolongamento do horário de trabalho, a alta taxa de responsabilidade no trabalho e a baixa autonomia para executar este trabalho entre outros, sendo assim o estresse

nesses profissionais está relacionado as condições e aos processos de trabalho (SANTOS *et al*, 2017; BARDAQUIM *et al*, 2020).

O estresse excessivo também é um dos fatores importantes para o adoecimento dos profissionais de enfermagem. Esse estresse é proveniente do próprio trabalho e pode gerar respostas psicossomáticas nesses profissionais. Isso pode ser percebido por meio do seu esgotamento, cansaço e desmotivação que geralmente aparecem através de sintomas como: irritabilidade, distúrbios do sono, cansaço mental, alterações gastrointestinais, alterações neurológicas e cardiológicas entre outros. (BECK *et al* 2006 *apud* FERNANDES; DOS ANJOS; RODRIGUES, 2018).

O estresse ocupacional ainda é mais presente em profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, pois lidam diretamente com esses pacientes que muitas das vezes estão em sua terminalidade, tendo assim que lidarem com a morte, com a frustração, excessiva carga de trabalho e poucos recursos humanos e materiais para desempenharem seu trabalho com eficiência. Os autores trazem uma crítica a essa situação, pois se espera que esses profissionais desenvolvam um trabalho com excelência proporcionando aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos todo o bem-estar possível por meio de cuidados voltados as questões físicas, emocionais e espirituais sendo que o próprio sistema vigente na área da saúde não oferece meios para que esse profissional possa realizar este trabalho (SILVA, J. *et al*, 2021).

As condições de trabalho são fatores importantes para o adoecimento dos profissionais de enfermagem, pois em seu cotidiano os profissionais precisam lidar com as exigências e o estresse provocado pela sua rotina. Além disso, os fatores internos do ambiente de trabalho também podem desencadear tais sofrimentos, entre eles estão: como funciona os setores em que esses profissionais atuam, o turno em que trabalham, o relacionamento interpessoal, como se configura o serviço que deve ser prestado por eles, sobrecarga, os problemas relacionados a escala de trabalho, a autonomia para executar as tarefas, onde esses profissionais sentem não terem autonomia para tomar decisões pertinentes a dignidade do paciente, a assistência prestada aos pacientes, desgaste físico e emocional, o suporte social ao qual eles podem fazer uso, insegurança, conflito de interesses e as estratégias de enfrentamentos as quais eles fazem uso, além dos estressores provocados pelo

sofrimento do paciente e de seus familiares (SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017; BALDASSARINI *et al*, 2017; SOUZA *et al*, 2018).

Além do sofrimento que já é esperado no trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos de pacientes oncológicos, tais profissionais ainda têm que lidar com as sobrecargas de serviços, ou seja, atender vários pacientes em um pequeno espaço de tempo o que os levam no decorrer do tempo a vivenciar o estresse ocupacional (BEZERRA; AGUIAR, 2020; dos SANTOS *et al*, 2019 *apud* SILVA *et al*, 2021; SILVA; SOUSA; MAGALHÃES, 2021).

Esse estresse ocupacional se dar pela consequência de um desgaste profissional. Além disso, ele é um risco psicossocial para o trabalhador que acaba levando esse profissional ao desligamento de seu trabalho, provocando alta rotatividade da função, faltas, uma produtividade e assistência insuficientes e violência no trabalho (BALDASSARINI *et al*, 2017).

O estresse é um fator oriundo de “más condições de trabalho, os baixos salários, a ausência de profissionais e as dificuldades nas relações interpessoais, além das demandas laborais elevadas, da pressão emocional e da falta de reconhecimento profissional.” (BARDAQUIM *et al*, 2020, p.4).

Com base no que foi exposto e levando em consideração que o profissional de enfermagem que trabalha em cuidados paliativos oncológicos acaba acumulando emoções e sentimentos ao qual não pode controlar, é de extrema importância que esses profissionais tenham a possibilidade de receberem assistência psicológica adequada, caso contrário, podem adquirir impactos psicológicos gravíssimos capazes de os levarem ao afastamento de seus trabalhos. (BECK *et al* 2006 *apud* FERNANDES; DOS ANJOS; RODRIGUES, 2018; SILVA, J. *et al*, 2021).

4.4 Burnout

A expressão inglesa Síndrome de *Burnout* “significa queimar-se, apagar-se, extinguir-se” e está relacionada a várias alterações ocorridas no indivíduo devido a sua exposição crônica “a eventos estressores associados ao exercício de determinadas profissões.” Sendo assim, a síndrome de *burnout* acontece quando há uma má adaptação do sujeito a um longo tempo de exposição a eventos estressores

e de elevada carga tensional em seu trabalho levando assim a uma exaustão de energia. (SANTOS; SANTOS, 2015, p 439).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças 11ª edição (CID 11) a síndrome de *Burnout* é caracterizada da seguinte maneira:

Burnout é uma síndrome conceitual resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões: 1) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; 2) aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho e 3) uma sensação de ineficácia e falta de realização. *Burnout* refere-se especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

Sendo assim, a síndrome de *burnout* só acontece se a pessoa que está exposta ao estresse excessivo estiver no ambiente de trabalho e não conseguir reorganizar-se internamente.

Santos e Santos (2015) também falam dessas três dimensões chamando-as de: esgotamento ou exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal, onde na primeira o trabalhador se distancia do trabalho de forma mental por se sentir sobrecarregado e esgotado, na segunda, o trabalhador assume uma postura de “frieza, indiferença e distanciamento dos colegas” e do trabalho e na terceira dimensão o trabalhador se sente incompetente e se torna improdutivo e com falta de realização no trabalho (p 439).

Isso faz refletir na atitude que muitos pensam dos enfermeiros no sentido de serem profissionais frios em relação ao trabalho e aos pacientes, talvez esses profissionais possam estar experienciando a síndrome de *burnout* em todas as suas dimensões sentindo-se esgotados física e emocionalmente, sobrecarregados e esgotados e incompetentes deixando assim de serem produtivos e assumindo uma postura fria e distante emocionalmente de tudo que envolva o trabalho inclusive dos pacientes.

A síndrome de *burnout* pode afetar diversas pessoas em diversos ambientes de trabalho, porém geralmente está mais presente em pessoas em que seu trabalho exige muito contato interpessoal o que deixa pessoas que trabalham com pessoas gravemente doentes, “crianças, prisioneiros, pessoas incapacitadas ou empobrecidas” mais vulneráveis a desenvolverem esta síndrome. Sendo assim, levando em consideração que a síndrome de *burnout* está relacionada as condições

de trabalho e características dos trabalhadores, pode-se afirmar que os trabalhadores da área da saúde estão entre os mais vulneráveis a desenvolver essa síndrome e em se tratando de profissionais que trabalham na oncologia a taxa de vulnerabilidade é ainda maior, pois como já falado em seções anteriores, esses profissionais tem que lidar com questões e procedimentos complexos além do envolvimento interpessoal com os pacientes nesse estado (WHIPPEN; CANELLOS, 2001 *apud* SANTOS; SANTOS, 2015, p. 439; KIRBY *et al*, 2020).

Além disso, Kirby e colaboradores (2020), relatam que a dificuldade desses profissionais de falarem sobre suas experiências pode contribuir para o agravamento da situação, pois aumenta a possibilidade desse profissional se isolar e se frustrar diante das dificuldades impostas pelo próprio trabalho.

Os enfermeiros mais especificamente os da oncologia pediátrica são os mais vulneráveis ao estresse excessivo e a exaustão emocional, devido as especificidades de seus trabalhos, sendo as evidências de estresse e *burnout* diferentes dos enfermeiros que trabalham com pacientes adultos (GALLAGHER; GORMLEY, 2012; MUKHERJEE *et al*, 2009 *apud* SANTOS; SANTOS, 2015).

Muitas das vezes os próprios profissionais da saúde inclusive os da enfermagem, não conseguem encontrar um tempo para olharem para si mesmos e para seus companheiros na equipe a fim de perceber se precisam ou quem precisa de cuidados devido ao estresse excessivo proporcionado pelo trabalho (CARVALHO 2014 *apud* KIRBY *et al*, 2020).

Sobre a síndrome de *burnout* nos profissionais que trabalham em cuidados paliativos na oncologia vê-se que a maioria dos estudos são internacionais, são poucos os estudos sobre a temática produzidos no Brasil, vê-se aí a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas.

4.5 Estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais de enfermagem

As estratégias defensivas são maneiras do profissional de lidar com o sofrimento proveniente do trabalho, eles utilizam mecanismos individuais ou organizacionais que visem modificar a realidade por meio da negação ou da minimização da percepção da realidade a qual estão submetidos. Essas estratégias vão variar “de acordo com a organização do trabalho e com o estado psíquico momentâneo do trabalhador.” (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2019, p.5).

Atualmente o luto de certa forma não é aceito pela sociedade que sempre tenta eliminá-lo, e o profissional que está inserido nessa sociedade tem que viver entre essa exigência da sociedade e com o sofrimento e a morte que ocorre dentro dos hospitais, o que resulta em sentimentos contraditórios e sentimentos de ansiedades profundas aos quais o trabalhador precisa enfrentar (PITTA, 1990 *apud* FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Culturalmente nem o profissional de enfermagem nem o paciente estão preparados para lidar com a morte, o que pode ocorrer é que o profissional se identifique com o paciente que está sob seus cuidados dificultando assim uma aproximação entre os dois. Devido a essa identificação o profissional pode ser levado a pensar em sua própria morte e por isso ele pode transformar o cuidado desse paciente em algo impessoal com o objetivo de evitar sofrimentos emocionais e cuidar assim de sua saúde mental (MOREIRA; LISBOA, 2006 *apud* FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Como forma de proteção esses profissionais muitas das vezes se tornam indiferentes ou imparciais diante do processo de morrer e da própria morte de seus pacientes, o que traz consequências ruins para eles tornando-os vulneráveis aos sofrimentos psíquicos “fazendo com que eles desenvolvam contínuo desgaste até o aparecimento de patologias [...]”. Além disso, recorrem a indiferença e a ações mecânicas diante da dor, porém recorrer a esses mecanismos não os afastará do sofrimento por muito tempo e a tendência é que o sofrimento cresça (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006; AVELLAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007 *apud* FERNANDES; dos ANJOS; RODRIGUES, 2018, p. 18).

O vínculo entre a tríade paciente, família e profissional pode trazer grande benefício aos pacientes e aos seus familiares como, por exemplo, a diminuição do medo e da insegurança e a redução da ansiedade diante da morte, porém são poucos os profissionais que aceitam construir essa relação mais próxima com os pacientes e familiares, pois adotam como defesa o afastamento e a não criação de vínculo a fim de evitarem sofrimentos psíquicos devido a futura morte de seu paciente (CARMO *et al*, 2015 *apud* FERNANDES; dos ANJOS; RODRIGUES, 2018).

Existem três formas de defesa perante o enfrentamento da morte entre elas a pregada por muitas religiões de que a morte é uma passagem para uma outra vida, a segunda seria considerar a morte como parte do ciclo de nossa existência humana e a terceira seria o fato de se excluir as anteriores como forma de negação da

existência da finitude humana (ELIAS, 1987 *apud* FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Pensa-se que esses mecanismos de defesa utilizados pela maioria dos profissionais tem muito a ver com o fato da ideologia criada em torno do papel do hospital que seria aquele lugar de cura, onde a morte não tem espaço, sendo os próprios profissionais de enfermagem ensinados desde a graduação a trabalharem com o objetivo de curar e de promover saúde, o que acaba trazendo um despreparo desses profissionais ao lidarem com o sofrimento e a morte de seus pacientes, fazendo com que se sintam fracassados pela perda do paciente e ameaçados por uma angústia de um processo de identificação (MACHADO, 1997; HOFFMANN, 1993 *apud* FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Pode ocorrer de muitas das vezes os profissionais que trabalham com pacientes oncológicos em cuidados paliativos tratarem a morte de forma banal, porém eles fazem isso como forma de defesa para evitarem sofrimento, visto que foram ensinados a não estabelecer um vínculo muito próximo de seus pacientes e não expressar suas emoções e sentimentos diante do prognóstico dos pacientes. Além disso, o profissional também age como defesa de forma a tentar acreditar que a morte não acontecerá ou que os pacientes serão curados (RODRIGUES; ZAGO, 2012 *apud* ROCHA *et al*, 2020)

Diante do sofrimento que os profissionais de enfermagem podem experimentar devido ao seu trabalho com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, esses profissionais podem buscar estratégias de enfrentamento desses sofrimentos, mas caso eles façam isso sem a ajuda profissional eles podem utilizar dessa estratégia de forma errônea e ao invés de diminuir o sofrimento esse sofrimento pode ser potencializado (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2019).

Diante do cuidado a crianças e adolescentes em cuidados paliativos, os profissionais de enfermagem relatam que tentam separar o profissional do emocional tentando não lembrar de seus pacientes ao saírem de seu local de trabalho, afim de não sofrerem com as consequências de seu cotidiano triste e desgastante, porém esses profissionais se queixam de não poderem desabafar com alguém sobre esse mesmo cotidiano ao chegarem em casa. Sendo assim, eles enxergam uma necessidade de um trabalho realizado junto ao profissional de psicologia com o objetivo de amenizar seus sofrimentos por meio de espaços onde eles podem expressar seus sentimentos, desta forma preparando-os emocionalmente para lidar

com o trabalho com seus pacientes e familiares. Além disso, esses profissionais cobram mais reconhecimento da equipe por seu trabalho na assistência a essas crianças e seus familiares de forma que assim eles podem prestar uma melhor assistência aos usuários, além de contribuir para uma “relação satisfatória consigo mesmo de modo a minimizar o desgaste emocional desse profissional.” (REIS *et al*, 2014, p. 503; SILVA *et al*, 2015; MUTTI; PADOIN; PAULA, 2012 *apud* SEMTCHUCK; GENOVESI; SANTOS, 2017;).

Além do exposto os profissionais de enfermagem também usam como recurso de enfrentamento a espiritualidade, dessa forma eles desenvolvem confiança em algo que vai além do aspecto biológico e que traz a essas pessoas sentimentos menos aflitivos como os provocados pelo cotidiano (SALIMENA *et al*, 2013).

É importante que se construa mecanismos de enfrentamento para que esses profissionais consigam minimizar o sofrimento oriundo de seu trabalho. Sendo assim, pode-se elaborar estratégias interventivas organizacionais e individuais com o intuito de treinar, capacitar e supervisionar os profissionais. Além disso, pode-se implantar práticas que aumentem a qualidade de vida desse profissional como: “hábitos alimentares mais saudáveis, cuidado com a qualidade do sono, prática de exercício físico, regulares, busca pela qualidade nas relações interpessoais, reorganização do tempo, e estabelecimento de prioridade.” Dessa forma é possível minimizar os danos provocados pelo trabalho a esses profissionais (ABRANTES *et al*, 2020)

Pode-se perceber que os profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos oncológicos estão vulneráveis a diversos sofrimentos psíquicos, e isso está muito relacionado a organização do trabalho e aos próprios riscos físicos e emocionais inerentes ao trabalho, sendo assim, é de se esperar que esses profissionais utilizem estratégias a fim de se defenderem de tantos sofrimentos entre eles um trabalho mais mecanizado focado apenas nos procedimentos técnicos e distanciamento afetivo dos pacientes. Isso mostra que esses profissionais precisam de apoio psicológico especializado que só pode ser oferecido pelos profissionais de psicologia de forma a terem seus sofrimentos escutados e acolhidos e de forma a receberem intervenções pertinentes no intuito de aliviar esse sofrimento causado pelo trabalho, então cabe ao profissional da psicologia identificar esse sofrimento, acolher e encaminhar esse profissional caso seja necessário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender os possíveis sofrimentos psíquicos e estratégias defensivas presentes nos profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes oncológicos que se encontram em cuidados paliativos. E para contextualizar, buscou-se explicitar sobre o câncer, os cuidados paliativos e os pacientes que precisam desses cuidados; evidenciar a vivência e rotina dos profissionais da equipe multiprofissional que estão no contexto de cuidados paliativos oncológicos, e por fim, explicitar quais os sofrimentos psicológicos causados pelo trabalho com pacientes oncológicos em cuidados paliativos nos profissionais de enfermagem e entender quais estratégias defensivas eles fazem uso.

A literatura encontrada foi até certo ponto suficiente para a contextualização desta pesquisa, mas percebeu-se que existe uma lacuna nas produções relacionadas a temática. Além disso, em sua maioria, ao tratar do sofrimento psíquico dos profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos oncológicos, se debruçam mais para as questões da morte, não enfatizando que os cuidados paliativos também são utilizados em outros contextos que não seja a morte dos pacientes. Com isso, enfatiza-se que seriam necessários mais estudos sobre o tema em questão.

Sendo assim, o que se encontrou foi que o trabalho de toda a equipe multiprofissional é importantíssimo, pois cada um tem intervenções próprias a cada paciente e em conjunto conseguem proporcionar ao paciente um cuidado integral. Porém, o trabalho desses profissionais os coloca em vulnerabilidade e propícios ao adoecimento físico e mental e acaba não sendo fácil para eles, pois eles têm que lidar diariamente com a dor, sofrimento e até a morte de seus pacientes, muito desse sofrimento acontece porque os profissionais de saúde não recebem preparo nas academias para lidarem com pacientes em cuidados paliativos e com a finitude e sim com a cura, dessa forma muitos se sentem frustrados e impotentes e acabam sofrendo mais.

É fato que todos estão vulneráveis ao adoecimento, porém são os profissionais de enfermagem os profissionais que mais passam tempo com pacientes nesse estado e são os primeiros a serem procurados pelo paciente e pela família quando algo não vai bem, sendo assim, eles estão mais vulneráveis ainda ao

sofrimento psíquico gerado pelo trabalho e isso impacta diretamente na assistência prestada por eles aos pacientes.

Existe uma dualidade de sentimentos nos profissionais de enfermagem em relação a seu trabalho com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, por um lado sentem prazer e sentimentos tidos como bons e por outro sofrem e tem sentimentos tidos como ruins.

Além disso, todo esse sofrimento a qual esses profissionais estão vulneráveis podem acarretar no surgimento de patologias como a depressão, estresse, ansiedade e *burnout*. A literatura sobre a relação dessas patologias com o sofrimento psíquico dos profissionais ainda é insuficiente.

A depressão é uma doença que afeta a população trabalhadora, afetando também profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos, sendo que esses profissionais possuem níveis de riscos altíssimos para essa doença, pelo fato de lidarem diretamente com o sofrimento dos pacientes.

Entre os fatores que podem corroborar para o surgimento da depressão nesses profissionais tem-se o fato de estarem sob riscos físicos como contaminações, por exemplo, e problemas relacionados a organização do trabalho como plantões, carga horária excessiva entre outros.

O próprio trabalho na oncologia assim como o ambiente hospitalar são geradores de intensa ansiedade, além disso, o fato do trabalhador ter que lidar com questões voltadas a vida e a morte dos pacientes contribui para o surgimento de sintomas ansiosos. Os profissionais são também expostos a um ambiente insalubre e a sofrimentos e aflições de seus pacientes e familiares, além do fato de se sentirem pressionados e com medo diante de procedimentos complexos que devem empregar aos pacientes.

Os profissionais de enfermagem fazem parte do grupo que mais são propensos a desenvolver o estresse por causa de seu trabalho, pois o ambiente de trabalho deles é cheio de estressores como, por exemplo, longo tempo no ambiente de trabalho, alta taxa de responsabilidade e baixa autonomia para o trabalho. Sendo assim, o estresse nesses profissionais está relacionado as condições e aos processos de trabalho.

A síndrome de *burnout* geralmente está presente em pessoas que em seu trabalho se exige muito contato interpessoal o que inclui pessoas que trabalham com outras gravemente doentes, sendo assim, os trabalhadores da área da saúde são os

mais vulneráveis a apresentarem a síndrome de *burnout* inclusive os profissionais de enfermagem.

Diante de todo esse sofrimento psíquico os profissionais de enfermagem recorrem a estratégias de defesa a fim de minimizarem tais sofrimentos, entre eles está: o afastamento do profissional com relação ao paciente, tornar a assistência ao paciente em algo impessoal e técnico, se tornam indiferentes ou imparciais diante do processo de morte e morrer, não criação de vínculo com o paciente, as vezes se utilizam da religião para evitar sofrimentos acreditando que a morte é uma passagem para uma vida melhor, considerar a morte com ciclo natural da vida e negar a existência da finitude humana.

É importante que esses profissionais recebam apoio psicológico para a criação dessas estratégias de defesa e para a diminuição do sofrimento psíquico ao qual estão vulneráveis. Sendo assim, precisa-se criar espaços para que o profissional de enfermagem assim como os demais profissionais da equipe possa expressar seus sentimentos com relação ao trabalho e possam ser acolhidos e ouvidos por um profissional de psicologia que deverá identificar o sofrimento desse trabalhador e encaminhá-lo caso necessário.

Dessa forma, conclui-se que os profissionais de enfermagem diante do sofrimento e da morte de seus pacientes oncológicos em cuidados paliativos podem não ser simplesmente frios, insensíveis ou estarem acostumados a ver tanto sofrimento, esse comportamento pode estar relacionado aos sofrimentos aos quais eles estão vulneráveis diante do trabalho que os obrigam de certa forma a criarem estratégias defensivas para alívio de tais sofrimentos. Para isso, muitas das vezes como já dito, eles adotam comportamentos mais mecânicos e técnicos para evitarem criar vínculos com pacientes, pois quanto maior o vínculo com o paciente maior o sofrimento desse profissional, além de se afastarem ao máximo do paciente, se tornarem indiferentes perante o sofrimento e a morte de seus pacientes e utilizando-se de conceitos religiosos para tenta negar ou minimizar o sofrimento.

Além disso, reações ao próprio sofrimento fazem com que eles tenham tais comportamentos. Os profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos oncológicos podem vir a sofrer de depressão, ansiedade, estresse e *burnout*. Viu-se que o *burnout*, por exemplo, em suas dimensões podem fazer o profissional de enfermagem agir de forma mais distante e insensíveis, pois experienciando suas dimensões o profissional pode se distanciar do trabalho de forma

mental por se sentirem sobrecarregados e esgotados, podem assumir uma postura de frieza, indiferença e distanciamento de tudo que se relacione ao trabalho inclusive dos pacientes e podem se sentir incompetentes se tornando assim improdutivos e com falta de realização no trabalho.

Um ponto que deve ser ressaltado é que muito foi falado das estratégias defensivas que os profissionais fazem uso e pouco sobre os recursos de enfrentamento. O motivo para tal, foi que existe um estigma de que os profissionais de enfermagem com o tempo se tornam frios e insensíveis ao sofrimento e a morte de seus pacientes, por isso, essa pesquisa se propôs a investigar o porquê de tal estigma e percebeu-se que esse comportamento tem muito a ver com a forma que esses profissionais têm para se defenderem do sofrimento ao qual estão vulneráveis. Porém, vale ressaltar a importância dos recursos de enfrentamento positivos aos quais eles podem fazer uso e a importância de se pesquisar mais sobre eles.

Percebe-se que esses profissionais apresentam sofrimentos psicológicos em níveis consideráveis e que isso impacta diretamente na assistência prestada por eles aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, tornando assim necessário mais estudos que busquem acompanhar e estudar esses profissionais mais de perto para que possam assim receber intervenções necessárias a fim de evitar ou minimizar de forma satisfatória mais sofrimentos psíquicos e para que assim os pacientes oncológicos em cuidados paliativos recebam uma assistência cada vez mais humanizada.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, Elida Gabriela Serra Valença; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; MESSIAS, Claudia Maria; CORTEZ, Elaine Antunes; GALVÃO, Vanessa Teles Luz Stephan; REZENDE, Jéssica do Nascimento. Mecanismos de enfrentamento na saúde mental dos trabalhadores do CTI oncopediátrico: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, 2020, v. 9, n. 7, p. 1-18. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3003674-mecanismos-de-enfrentamento-na-sa%C3%BAde-mental-dos-trabalhadores-do-cti-oncopedi%C3%A1trico-revis%C3%A3o-integrativa Acesso em: 29/05/2022.
- ABRÃO, Ruhena Kelber; SANTANA, Euzamar de Araújo Silva; de SOUSA, Márcia Pessoa. Cuidados Paliativos: Uma reflexão sobre a formação dos enfermeiros. **Revista UNIABEU**, 2019 N°32, v. 12, p.154-171, setembro-dezembro, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/322562100> Acesso em: 23/10/2021.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 26/10/2021.
- ALENCAR, Delmo de Carvalho; De CARVALHO, Antônia Taísa; MACEDO, Rejane Lopes; AMORIM, Ana Maria Neiva Eulálio; MARTINS, Álissan Karine Lima; GOUVEIA, Marcia Teles de Oliveira. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. **Revista de Pesquisa** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, online), 2017, v 9 n°4, p.1015-1020, out.-dez. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5725/pdf_1 Acesso em: 22/12/2021.
- AMORIM, Ginetta Kelly Dantas; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim da vida: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, 2021, vol. 17, nº 3, jul-set, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vVC5Kr5C8qR6bWgSxkyRncD/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 17/03/2022.
- ARANTES, Ana Cláudia de Lima Quintana. Indicações de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 56-74. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.
- ARAUJO, Daiana de; LINCH, Graciele Fernanda da Costa. Cuidados paliativos oncológicos: Tendências da produção científica. **Revista Enfermagem UFSM** 2011, v 1 nº2 Mai-Ago/2011, p. 238-245. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2482/1636> Acesso em: 26/10/2021.

BALDASSARINI, M.K.M.; CAVALETI, L.; TOLEDO NETO, J. L.; BRAVO, D. S.; COSTA, A. B. Estresse na equipe de enfermagem na oncologia: Revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Vol.18, n.1, p.121-125, Mar - Mai 2017. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/318042242_ESTRESSE_NA_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM_EM_ONCOLOGIA_REVISAO_INTEGRATIVA Acesso em:

01/05/2022.

BARDAQUIM, V. A.; SANTOS, S. V. M. dos; DIAS, E. G.; DALRI, R. de C. de M. B.; MENDES, A. M. de O. C.; GALLANI, M. C.; ROBAZZI, M. L. do C. C. Estresse e nível de cortisol capilar entre a equipe de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2020;73(Suppl 1) :e20180953, p. 1-7, jun/2018 – set/2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/QPdKHNj6qxbS4gkQjJykWLS/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 01/05/2022.

BESSE, Mariela. Terapia ocupacional e cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 103-114.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 1, p. 89-96, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a11v16n1.pdf> . Acesso em: 25/05/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

CARVALHO, Ricardo Tavares de. Cuidados paliativos – Conceitos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; SOUZA, Milena Reis B.; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas; JALES, Sumatra M. C. P.; BARBOSA, Silvia M. M.; TORRES, Simone Henriques B. **Manual de residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Manole, 2018. p. 2-9

CARMO, Sandra Alves do; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2015, 61(2) p.131-138, 08/06/2015. Disponível em: <

http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf >

Acesso: 02/09/2021.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; SATURNINO, Clara Isabel Nóbrega; MIRANDA, Ana Paula Rocha Sales de. Serviço social e cuidados paliativos. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas SP, 2019, v. 18, p. 1-28, setembro/2019. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8656828> Acesso em: 15/03/2022.

CONSOLIM, Leonardo de Oliveira. O papel do médico na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 56-74. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.

COSTA, Roberta; PADINHA, Maria Itayra; AMANTE, Lúcia Nazareth; COSTA, Eliani; BOCK, Lisnéia Fabiani. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 661-669. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ntxb8WhXpNLpn4DC9ZQv8Pd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29/05/2022.

CRUZ, Aline Cavalcante; SILVA, Nayara Caroline Maué; AVELAR, Gisely Gabrieli Castro. Ocupações e significados em cuidados paliativos oncológicos: o caso de "Nobreza" em seu processo de finitude. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 2018, vol. 6, núm. 1, p. 139-151. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955422017/497955422017.pdf> Acesso em: 11/03/2022.

FERNANDES, Elci Almeida. O papel do nutricionista na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 345-352. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.

FERNANDES, Luiza Mariana Figueira dos Anjos; DOS ANJOS, Laura Muciana Figueira; RODRIGUES, Márcia Schultz da Silva. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem no processo morte e morrer da criança oncológica. **Acta de Ciências e Saúde**, 2018, Nº 1, v. 1, p. 13-23. Disponível em: <https://www2.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/173> Acesso em: 22/10/2021.

FERNANDES, Priscila Valverde; IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, 2009, v.11 n.1, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100012#:~:text=Os%20dados%20indicaram%20que%20a%20concep%C3%A7%C3%A3o%20de%20morte%20que%20predomina,inc%C3%B4modo%20no%20processo%20de%20morrer. Acesso em: 21/12/2021.

FERNANDES, Márcia Astrês; ROCHA, Daniel de Macedo; RIBEIRO, Hellany Karolliny Pinho; SOUSA, Carliane da Conceição Machado. Riscos ocupacionais e intervenções que promovem segurança para a equipe de enfermagem oncológica. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, 2021; v 46, nº15, p. 1-10, junho/2019 – junho/2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/ZWWD5KcVJGZzLPQRyZDKhNj/?format=html&lang=pt>
 t Acesso em: 29/04/2022.

FERREIRA, Roberta Albuquerque; QUEIROZ, Elizabeth. Morte, equipe de saúde e formação profissional: questões para atuação do psicólogo. In: FRANCO, Maria Helena Pereira. **Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010. p. 101-121.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo junto a equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, 2011 vol.14 no.2, Jul/Dez. – 2011. p. 85-98. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf> Acesso em: 15/03/2022.

FIRMINO, Flávia. O papel do enfermeiro na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 335-336. Disponível em:
<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.

FREIRE, M. E. M.; SAWADA, N. O.; FRANÇA, I. S. X. de; COSTA, S. F. G. da; OLIVEIRA, C. D. B. Qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer avançado: Revisão Integrativa. **Revista Escola de enfermagem USP**, 2014, v. 48, nº2, p. 357-367, ago/2013-fev/2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yVMb7Qy3rHdRbnC4m4mdRfk/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em: 31/03/2022.

GOMES, Rosemeire Kuchiniski; OLIVEIRA, Vera Barros de. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Boletim de psicologia**, São Paulo, 2013, vol.63 no.138 p. 23-34, jun. 2013. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100004 Acesso: 22/04/2022.

HIPODERMOCLISE. Hospital Sírio-Libanês, 2022. Disponível em:
<https://guiafarmaceutico.hsl.org.br/apoio-a-prescricao/administracao-de-medicamentos/hipodermoclise#:~:text=A%20hipoderm%C3%B3clise%20%C3%A9%20a%20administra%C3%A7%C3%A3o,Pacientes%20em%20cuidados%20paliativos>
 Acesso em: 25/05/2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Brasília – DF: **Instituto Nacional do Câncer**, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/> Acesso: 17/01/2022.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE. Definição de cuidados paliativos. **Hospicecare.com**, 2019. Disponível em:
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> Acesso em: 29/03/2022.

JALES, Sumatra Melo da Costa Pereira; SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli de. O papel do dentista na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS

PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 56-74. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.

KIRBY, E. E. F.; JUNG, I. E. F. de S.; NEVES, L.M.L.; GRÉGORIO, A. P. A.; GOUVÊA, M. V. Síndrome de burnout em profissionais que atuam na oncologia: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, 2020, v. 9, n. 7, p. 1-23, abril/2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341018276_Sindrome_de_Burnout_em_profissionais_que_atuam_na_Oncologia_Revisao_Integrativa Acesso em: 05/05/2022.

KOLHS, M; MACHRI, E; FERRI, G; BRUSTOLIN, A; BOCCA, M. Sentimentos de Enfermeiros Frente ao Paciente Oncológico. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 4, p. 245-50, 2016. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/3575> Acesso: 27/04/2022.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 10ª edição – São Paulo: Editora: WMF Martins Fontes, 2017. Nº p. 296.

LEMOS, Naira Dutra. O serviço social e a morte. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 115-123.

MARCUCCI, Fernando César Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Paraná, 2005; 51(1) p. 67-77. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1999/1222> Acesso em: 15/03/2022.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre. Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf> Acesso em: 28/04/2022.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti de; CAPONERO, Ricardo. Cuidados paliativos – Abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 257-268.

MOREIRA, Márcio José da Silva; GUIMARÃES, Michelle Ferreira; LOPES, Leonardo; MORETI, Felipe. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. **Carta aos editores**, CoDAS 32 (4) • 2020 p.1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/xQkHMtHvbdZFDnZzvxbTSHf/?format=html&lang=pt> Acesso em: 15/03/2022.

NICODEMO, Izabel Pernambuco; TORRES, Simone Henriques Bisconsin. Indicações de cuidado paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; SOUZA, Milena Reis B.; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas; JALES, Sumatra M. C. P.; BARBOSA, Sílvia M. M.; TORRES, Simone Henriques B. **Manual de residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Manole, 2018. p. 21-36

NUNES, Luana Viscardi. O papel do psicólogo na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 337-340. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.

PAIVA, Lucélia Elizabeth. O médico e a sua relação com o paciente diante da morte. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 77-88.

PENHA, Ramon Moraes. Finitude e terminalidade: um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

PICOLLO, Daiana Paula; FACHINI, Mérlim. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, 2018;27(2) p. 85-92, maio – agosto de 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980808/med-4-00_3855.pdf Acesso em: 20/12/2021.

PINTO, Adriana Colombani. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique A. Fonseca. 2012. p. 358-360. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 30/03/2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas das pesquisas e dos trabalhos acadêmicos**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p.

REIS, Thamiza L. da Rosa dos; De PAULA, Cristiane Cardoso; POTRICH, Tassiana; PADOIN, Stela Maris de Mello; BIN, Aline; MUTTI, Cintia Flores; BUBADUÉ, Renata de Moura. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Aquichan** [online]. 2014, vol.14, n.4, pp.496-508. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972014000400005&script=sci_abstract&tIng=pt#:~:text=A%20an%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo%20das%20profissionais%20desenvolve%20uma%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com Acesso em: 21/12/2021.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012, p. 79.

ROCHA, Adriana Ramos da; PEREIRA JÚNIOR, Flávio Maurício Santos; ROCHA, Fernanda Cardoso; ANDRADE NETO, Gregório Ribeiro de; BARBOSA, Henrique Andrade. Ansiedade em profissionais que trabalham com pacientes oncológicos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, 2020 v.18, nº1, p 445-452, setembro/2020. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/5079> Acesso em: 28/04/2022.

ROMÃO, Joseane Thailine Pereira de Carvalho. **Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem em cuidados paliativos por câncer**. 2019. 102 p./f. Orientador: Eliane Santos Cavalcante. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde Natal, Programa de Pós graduação em Saúde e Sociedade. Natal, RN, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28067> Acesso em: 21/08/2021.

RORIZ, Adriana Passos Teles; CORREIA, Paloma Lark Marques. **O preparo do terapeuta ocupacional para lidar com o processo de morte e morrer**. 2016. 19 p./f. Orientador: Larissa Galvão da Silva. Trabalho de conclusão de curso (Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2016. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/10022/2/ADRIANA_PASSOS_TELES_RORIZ%26PALOMA_LARK_MARQUES_CORREIA.pdf Acesso em: 12/03/2022.

ROSSA, Paola. Indicações em cuidados paliativos em pediatria. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; SOUZA, Milena Reis B.; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas; JALES, Sumatra M. C. P.; BARBOSA, Silvia M. M.; TORRES, Simone Henriques B. **Manual de residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Manole, 2018. p. 37- 40.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; TEIXEIRA, Simone de Rezende; AMORIM, Thaís Vasconcelos; PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de. Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. *Rev Enferm UFSM* 2013 Jan/Abr;3(1):8-16. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6638> Acesso em: 29/05/2022.

SANTANA, Maíra Valadares; CHISSOLUCOMBE, Marília Anunciada da Silva; AYOAMA, Elisângela de Andrade. A realidade de enfermeiros em relação à morte de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2019, v 1 nº 1, p. 67-70. Julho 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/7#:~:text=Os%20resultados%20mostraram%20que%20todos,dos%20enfermeiros%2C%20diferentemente%20de%20outros> Acesso: 20/04/2022.

SANTOS, Franklin Santana. Tanatologia – a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009 p.1-30.

SANTOS, Ana Flávia dos; SANTOS, Manoel Antônio dos. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2015, v 35, nº 2, p. 437-456. Abr-Jun/2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/mvwTbY6SyBLDgQ6p3n39GKB/?format=html&lang=pt> Acesso em: 04/05/2022.

SANTOS, Naira Agostini Rodrigues dos; SANTOS, Juliano dos; SILVA, Vagnára Ribeiro da; PASSOS, Joanir Pereira. Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. **Cogit. Enferm.** (Online), 2017, v.22 n.4 p. 1-10, Out-Dez. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876588> Acesso em: 01/05/2022.

SCHNEDER, Ana Sofia; LUDWIG, Maria Cristina Flurin; NEIS, Miriam; FERREIRA, Anali Martegani; ISSI, Helena Becker. Percepções e vivências da equipe de enfermagem frente ao paciente pediátrico em cuidados paliativos. **Ciência, Cuidado E Saúde**, 2020, v19, nº 19, p. 1-9. Março 2019- agosto 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41789> Acesso: 25/10/2021.

SEMTCHUCK, Ana Letícia Dias; GENOVESI, Flávia Françoso; Dos SANTOS, Janaína Luíza. Los cuidados paliativos en oncología pediátrica: revisión integradora/ Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa/ Palliative care in pediatric oncology: integrative review. **Revista Uruguaya de Enfermería**, 2017, Vol. 12, nº 1, p. 87-101. Março 2016 – abril de 2017. Disponível em: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/216/210> Acesso em: 20/12/2021.

SILVA, Lúcia Cecília. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicologia para a América Latina**. México. 2009 n.16 (n.p) Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007 Acesso em: 21/08/2021.

SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Os estudantes de medicina e o encontro com a morte: dilemas e desafios. In: FRANCO, Maria Helena Pereira. **Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010. p. 43-71.

SILVA, J.C.; OLIVEIRA, A. S. S. de; CALDAS, A. L. F.; LIMA, F. C. de; CARNEIRO, D. R. da C.; FERREIRA, M. F. D. C. Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados paliativos oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Research, Society and Development**, 2021, v. 10, n. 2, p. 1-10, jan-fev/2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org> Acesso em: 30/04/2022.

SILVA, Renan Lemos de; SILVA, Natiane Pires de; SIMONATO, Luciana Estevam. Cuidados odontológicos paliativos em pacientes terminais. **Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas** jan./dez. 2021;4(7), p.1-6. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/5189/4280> Acesso em: 17/03/2022.

SILVA, RJF.; SILVA, KGS da .; SILVA, LAS.; FRANCO, KS.; SILVA, CO da; SANTOS, PW da S.; ANDRADE, PHM de .; QUADROS, R. de CHA de S. .; CORREIA, A. da P. .; AMORIM, FMF de .; SANTOS, F. de AV dos .; PINTO, RGS.; SOUSA, JR de. Atuação da Fisioterapia em Cuidados Paliativos em Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Integrativa. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento. **Research, Society and Development [S. I.]**, v. 10, n. 6, pág. e50610615914, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15914. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15914> . Acesso em: 15/03/2022.

SILVA, Raylanna Karina Lima e; SOUSA, Bruna Letícia de; MAGALHÃES, Maria do Amparo Veloso. Desafios do enfermeiro no cuidado paliativo em oncologia pediátrica. **Research, Society and Development**, 2021, v. 10, n. 15, p. 1-11, Novembro -2021. Disponível em: <https://rdsjournal.org> Acesso em: 23/04/2022.

SIQUEIRA, Alex Sandro de Azeredo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2019;23:e-1268, p1-9. Abril - Setembro de 2019 Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1268.pdf> Acesso em: 21/04/2022.

SOUZA, Aline de Paula de; SILVA, Ana Caroline Fonseca da; LIMA, Juliana Ribeiro de; AQUINO, Rafael Guerra de. Depressão em profissionais de enfermagem da oncologia: Revisão integrativa. **Revista Funec Científica – Enfermagem**, Santa Fé do Sul (SP), 2018, v.2, n.3, p. 18 – 28, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/2813#:~:text=Esta%20revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica%20tem%20como,cient%C3%ADficos%2C%20so bre%20o%20tema%20abordado>. Acesso em: 19/04/2022.

THEOBALD, Melina Raquel; DOS SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; DE ANDRADE, Sônia Maria Oliveira; DE-CARLI, Alessandro Diogo. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2016 v. 4 nº 26 p. 1249-1269, dezembro 2015- agosto de 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/p3ZqgvnJ5VYmss36LKPvPKw/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 26/10/2021.

World Health Organization. (2020). Mental health: Burn-out an “occupational phenomenon”: **International Classification of Diseases**. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> Acesso em: 04/05/2022.

VASCONCELOS, Esleane Vilela; DE SANTANA, Mary Elizabeth; DA SILVA, Silvio Éder Dias. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Enfermagem em foco**. [S/I], 2012, nº3, v.3, p. 127-130. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/296> Acesso em: 25/10/2021.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e saúde coletiva**, 2018, v 23, nº 6 p. 1929-1936, Jun 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt> Acesso em: 30/03/2022.