

Experiência em cuidados paliativos: Um olhar fenomenológico

Katharyne S. R. Peixe,¹ Anna Karynne Melo^{2*}

Resumo

Introdução: A experiência em cuidados paliativos põe o profissional de saúde, mais especificamente o de Psicologia, de frente para o processo de adoecimento de pacientes sem possibilidade de cura. **Objetivo:** Esta pesquisa busca compreender como se dá a experiência em cuidados paliativos de profissionais que atuam no campo. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico. Realizaram-se entrevistas fenomenológicas com profissionais de Psicologia para obter a descrição da experiência em cuidados paliativos. **Resultados:** Foram entrevistadas quatro psicólogas que atuam ou atuaram segundo a perspectiva de cuidados paliativos. Identificaram-se três categorias para análise: luto profissional; cuidando da boa morte; ser paliativista; e impactos na vida pessoal e profissional. **As falas** descreveram que a prática do psicólogo é perpassada por contato diário com sofrimento e angústia. **Conclusões:** Conclui-se que é necessário entrar em contato com esses afetos, os quais podem gerar forte estresse emocional para que sejam elaborados e assim possibilitar uma atuação satisfatória nos cuidados paliativos. Este estudo contribuirá para uma melhor compreensão da prática e das implicações da mesma nos profissionais que atuam em cuidados paliativos.

Descritores: Cuidados paliativos; Atitude frente à morte; Pesquisa qualitativa.

Abstract

Experience in palliative care: a phenomenological view

Introduction: The experience of palliative care confronts healthcare professionals, more specifically those who work in the field of Psychology, with the process of the deterioration of the health of patients who have no possibility of cure. **Objective:** This research seeks to understand the experience with palliative care of professionals working in the field. **Material and methods:** This is a qualitative study of a phenomenological nature. Phenomenological interviews were conducted with psychology professionals in order to describe their experience with palliative care. **Results:** Four psychologists who work or have worked in palliative care were interviewed about their perspectives. Three categories were identified for analysis: professional mourning; caring for good death; being palliative; and impacts on personal and professional life. The interviews showed that the psychologists' practices are pervaded by daily contact with suffering and anguish. **Conclusions:** One must get in touch with affections that can generate strong emotional stress in order to work them out and thus achieve a satisfactory performance in palliative care. This study contributes to

1. Universidade de Fortaleza. Centro de Ciências da Saúde. Curso Psicologia. Fortaleza, Ceará, Brasil.
2. Universidade de Fortaleza. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, Ceará, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Rua Luiza Miranda Coelho, 75
Fortaleza, Ceará, Brasil.
CEP: 60811-111.
E-mail: karynnemelo@unifor.br

BJHBS, Rio de Janeiro, 2019;18(1):18-24

Recebido em 24/03/2019. Aprovado em 14/05/2019.

a better understanding of the practice and its implications for professionals working in palliative care.

Keywords: Palliative care; Attitude towards death; Qualitative research.

Resumen

Experiencia en cuidados paliativos: una mirada fenomenológica

Introducción: La experiencia en cuidados paliativos pone al profesional de salud, más específicamente al de psicología, de frente con el proceso de enferma de pacientes sin posibilidad de curación. **Objetivo:** Esta investigación busca comprender cómo se da la experiencia en cuidados paliativos de profesionales que actúan en el campo. Se trata de una investigación cualitativa de cunho fenomenológico. **Materiales y métodos:** Se realizaron entrevistas fenomenológicas con profesionales de psicología para la descripción de la experiencia en cuidados paliativos. **Resultados:** Se entrevistaron cuatro psicólogas que actuaban o actuaron en la perspectiva de cuidados paliativos. Se identificaron tres categorías para análisis: luto profesional, cuidando la buena muerte; ser paliativista e impactos en la vida personal y profesional. Las palabras describieron que la práctica del psicólogo es atravesada por diario contacto con sufrimiento y angustia. **Conclusiones:** Se concluye que es necesario entrar en contacto con esos afectos que pueden generar fuertes tensiones emocionales para elaborarlos, posibilitando una actuación satisfactoriamente en los cuidados paliativos.

Palabras clave: Palliative care; Attitude towards death; Qualitative research.

Introdução

Desde os primórdios da história da humanidade que existem comunidades e locais que acolhem doentes crônicos ou pessoas que necessitam de cuidados, porém, encontrava-se uma barreira enorme para a expectativa de vida desses sujeitos, devido às restrições da medicina na Antiguidade. Nessa época, houve uma forte ligação com a religião, que delimitava certos métodos de tratamento, pois não era permitido que se prolongasse a vida de quem tinha uma doença fatal¹.

A relação entre o cuidador e quem era cuidado, na Antiguidade, surgiu a partir de um costume de hospitalidade privada, o qual foi regularizado e reconhecido, assim as pessoas teriam abrigos em qualquer local para se protegerem e receberem os cuidados necessários. Esse contrato entre anfitrião e convidado recebeu o nome de *Júpiter Hospitalis*. Foi dessa relação que surgiram os chamados *hospice*, que deriva do latim *hospes*, o qual significa desconhecido ou forasteiro.¹ A história da consolidação dos cuidados paliativos é confundida com o termo *hospice*. Esse é o local que acolhe e cuida de pessoas em estágios avançados de patologias, que são incuráveis, levando-as à morte em meses ou anos.²

Dessa forma, foi feita uma diferenciação entre a palavra hospital e *hospice*. O primeiro designa o local de cuidados temporários para as pessoas doentes e que ainda têm possibilidade de cura, e o segundo se refere a um local de residência fixa para quem era considerado pobre, enfermo, deficiente e que não tinha possibilidade de ser curado.¹ Os cuidados eram leigos e ofertados de forma caridosa, sendo voltados para o cuidado espiritual e para a tentativa de controle da dor.³

Na história do surgimento dos cuidados paliativos, e com a disseminação deles, surgiram inúmeros *hospices* em vários países. St. Christopher's Hospice, fundado em 1967, em Londres, foi o primeiro a integrar instâncias de investigação, educação e assistência em cuidados paliativos,² abrangendo cuidados domiciliares, apoio às famílias durante o processo de adoecimento e, após o óbito do paciente, ajuda especializada no luto.

Esses novos modelos de cuidados surgiram com Cicely Saunders – que começou a fazer anotações ao ouvir os pacientes sobre suas questões e a avaliar os resultados do desenvolvimento da dor e do controle dos sintomas a qual foi de suma importância para esse marco na história moderna do *hospice*.^{1,4} Os *hospices* tinham a finalidade de garantir que o paciente estivesse livre da dor o máximo possível, dentro de sua realidade,

e que ele não vivenciasse a negligência de cuidados e de assistência.⁵

Atualmente, o Brasil está categorizado como um país onde as atividades de cuidados paliativos e *hospices* estão bem próximas à integração com o sistema principal de saúde, tanto público como privado.¹ Contudo, o Brasil ainda é um país com implantação e atuação considerada recente, pois foi apenas em 1990 que integrou essa modalidade de cuidados no seu sistema de saúde.⁶

Esse crescimento dos cuidados paliativos remete a uma nova postura e a um novo olhar dos profissionais da área da saúde, pois o aumento da expectativa de vida e da esperança de cura das doenças, devido ao avanço da medicina, acarretou um decréscimo nas discussões sobre a morte. No início, só entravam para o protocolo de cuidados paliativos pessoas no final da vida, mas com a disseminação da filosofia de cuidados paliativos, pode-se entrar nesse processo desde o diagnóstico precoce, não sendo necessário esperar os últimos dias de vida do paciente para lhe proporcionar o máximo de qualidade de vida diante desse quadro de adoecimento.^{6,7}

É extremamente importante que a equipe que cuida de um paciente com doença crônica parta do entendimento da distinção da dor que o paciente está sentindo e do sofrimento que toda essa situação lhe causa, para assim dar vazão a todos os sentimentos que envolvam esse momento tanto para o paciente como para sua família.⁸ A abordagem em cuidados paliativos se volta para questões das condições que envolvem o bem-estar global do paciente e seus familiares.⁹

Como hoje os cuidados paliativos assumiram espaço dentro dos hospitais e integraram-se à biomedicina, é fundamental a formação de uma equipe para a execução de todos os cuidados necessários com o paciente que não tem mais propostas terapêuticas curativas. Sendo assim, uma equipe especializada em cuidados paliativos deve conter diversas áreas de atuação, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, voluntários, educadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, entre outros.¹⁰

Com relação ao psicólogo, este deve construir sua atuação por meio da interação com o tripé família-equipe-paciente, sendo necessário compreender a dinâmica familiar e a forma como foi recebida a notícia do protocolo de cuidados paliativos. O trabalho do psicólogo está pautado na comunicação como meio

de esclarecimento de dúvidas e na apreensão do processo de adoecimento com foco nas necessidades do próprio sujeito e da família.¹¹ A forma de abordagem do psicólogo diante do contexto de hospitalização em cuidados paliativos se dá por dois vieses: a vertente clínica no trabalho com o paciente e a família, e a vertente da gestão referente ao grupo multiprofissional, no qual ele se insere profissionalmente.¹⁰

O psicólogo deve atuar numa equipe de cuidados paliativos de forma multidisciplinar e interdisciplinar, pois há a constante interação com os demais profissionais para discussão dos casos que estão acompanhando em conjunto, buscando trabalhar melhor na mobilização para atender as necessidades dos pacientes e familiares diante da morte¹¹ com atitudes que facilitem a quebra de silêncio, que muitas vezes se instala devido à família achar que é melhor que o paciente seja excluído da informação sobre a doença, o tratamento e a morte.^{8,12}

Com a escuta, o profissional da Psicologia pode interpretar e intervir junto ao paciente e à família na busca por novos significados da situação vivenciada, adquirindo uma postura mais ativa e implicada no processo de perda.^{10,13}

Nessa busca de novos significados, pontua-se a importância de pensar a situação vivenciada como experiência. Aqui, toma-se a noção de experiência proposta pela fenomenologia de Merleau-Ponty. O significado da experiência será sempre o objetivo da busca fenomenológica de análise, buscando valorizar o significado da experiência vivida, tendo esta um sentido singular para cada sujeito que a vivencia e sendo constituída por inúmeros contornos. Então, busca-se, na perspectiva do filósofo, não a forma ou a estrutura da experiência, mas sim o significado e a vivência desta.^{14,15}

Desse ponto de vista teórico, este artigo busca compreender a experiência em cuidados paliativos sob a ótica da fenomenologia de Merleau-Ponty, a partir da descrição da experiência dos profissionais de Psicologia que atuam ou atuaram no contexto de sujeitos sem possibilidade de cura.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com um viés fenomenológico, suspendendo pressuposições e preconceitos, ou seja, assumindo uma atitude de redução fenomenológica, para que o conhecimento seja concebido a partir da descrição da experiência que ocorre entre pesquisador e sujeito pesquisado.^{16,17}

Para alcançar esse objetivo, utilizou-se a entrevista com o intuito de buscar o significado da experiência

em cuidados paliativos descrita pelo psicólogo que atua ou atuou com pacientes sem possibilidade de cura. Utilizou-se a técnica *snowball*, ou bola de neve, na qual os primeiros participantes do estudo indicam novos participantes, e assim, sucessivamente, até que se chegue ao “ponto de saturação”.¹⁸

Foram entrevistadas quatro psicólogas. Devido ao sigilo ético, as entrevistadas foram apresentadas por nomes fictícios, como Joana, Maria, Camila e Paula. As entrevistas foram realizadas nos locais onde as profissionais trabalham, sendo utilizado gravador, e todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise de dados partiu da busca do significado da experiência vivida do sujeito. Seguiram-se os seguintes passos: divisão do texto nativo em movimentos, partindo do tom da entrevista, ou seja, transcrição da entrevista. Em seguida, foi feita uma análise descritiva dos significados que surgiram referentes do movimento da entrevista. Por fim, o pesquisador sai dos parênteses, isto é, sai da atitude de redução fenomenológica.¹⁹

Esta pesquisa atende à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 466/12, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer nº 2.356.067.

Resultados

As psicólogas entrevistadas têm entre 28 e 35 anos, sendo que três atuam diretamente com pacientes em cuidados paliativos e uma atuou há dois anos. Com base nos temas emergentes, organizaram-se categorias, as quais se articulam teoricamente com a literatura, quais sejam: luto profissional; cuidando da boa morte; ser paliativista; impactos na vida pessoal e profissional.

Luto profissional

Em relação aos lutos vividos pelas psicólogas entrevistadas, elas relataram que, atualmente, lidam de forma diferente com o luto, se comparado com o início de seus trabalhos com pacientes em cuidados paliativos. Afirmaram que a experiência do luto, no começo, se dava de forma angustiante e com muita apreensão, e que se sentiram inquietas e reflexivas sobre o impacto de toda essa vivência. Os primeiros óbitos que acompanharam se deram com angústia e incômodo. Comentaram que esse processo teve um desdobramento no corpo e nas emoções, pois descreveram adoecimento e dificuldade de concentração, e afirmaram a importância de entrar em contato com esses sentimentos e de cuidar deles.

O processo de construção e ressignificação da morte

de seus pacientes se deu de modo consciente frente aos seus sentimentos, mas percebem que a perda de alguns pacientes traz dor e sofrimento devido ao vínculo estabelecido. Relataram que aprenderam a aceitar seus sentimentos sem misturar seus afetos com os do paciente e os da família.

Reforçaram que, para esse crescimento pessoal, buscaram recursos de enfrentamento, que se fazem presentes até hoje, como a psicoterapia, a supervisão, a escrita e, em alguns casos, ações que julgaram necessárias para o fechamento do luto.

Assim, apesar de doer, porque você não quer que a pessoa morra, eu me sinto extremamente privilegiada por viver esses momentos, sabe? É como eu te falo, dói, em alguns pacientes dói em mais do que em outros, porque eu sei o vínculo, você se apega. (Maria)

Doeu muito em mim mesmo ter perdido o paciente e eu lembro que fui para a terapia falando sobre isso, porque nesse dia eu fiquei mal mesmo, dei a assistência que precisava, mas fiquei mal. E aí eu percebi, fui para a terapia e percebi o que tinha me afetado, como é que isso tinha me afetado e isso acertou em mim, né? E eu posso dizer que essa seja a palavra, né, porque o luto, ele também é nosso, né? (Camila)

Assim, eu acho que com um tempo eu fui desenvolvendo uma relação com a morte muito doída, sabe? Porque foi uma construção, eu comecei a estudar suicídio, comecei a estudar tanatologia. A morte é inevitável, que ela faz parte da vida, de que ela vai chegar e de que a gente tem que cuidar de todos os momentos até ela. (Paula)

Acho que nesse ponto já está bem mais tranquilo até porque toda a minha trajetória de estudo, meu mestrado é voltado pra isso e tal, e aí a gente tem até uma percepção mais ampliada. Então, isso pra mim é uma questão muito, enfim, que passou pelos processos que tinha que ter passado, né, de pessoalmente, profissionalmente. (Joana)

Cuidando da boa morte: ser paliativista

As profissionais destacaram suas ações, ressaltando que a construção de como o paciente quer morrer parte dele e não de terceiros, não se restringindo a sua morte, mas como viver o que ainda se tem de vida diante da não possibilidade de cura. Relataram a atribuição de novos significados para a morte depois de começarem a trabalhar com pacientes em condições de cuidados paliativos exclusivos e buscaram construir com seus pacientes as possibilidades que ainda existem nesse processo. Assinalaram a transformação da visão de morte que suas práticas proporcionaram, inclusive gerando mudanças na sua relação com a vida e com sua atuação, pois, antes, não enxergavam novas

possibilidades para trabalharem com o paciente, mas à medida que foram amadurecendo, estudando e refletindo, passaram a perceber as inúmeras possibilidades de vida ali existentes.

Então você chega em um momento em que aquele paciente, possivelmente, já recebeu a notícia de que os tratamentos que ele está fazendo estão restritos, então essa pessoa já se vê só diante dessa informação, diante da impossibilidade de algumas coisas, e viver a impossibilidade é muito difícil. (Camila)

E com os paciente é aquela questão da cautela mesmo de ir passo a passo, de acordo com o que ele traz, entendendo que de, alguma forma, ele compreende isso e se ele tá negando é porque ele compreende isso, mas não tem como absorver isso ainda né, não tem como dar conta disso e entender todos os sinais que eles vão dando, né? (Joana)

Enfim, a cada minuto de angústia, você sabe como é passar por aquele momento e, hoje em dia, eu sei que cada pessoa tem suas limitações, morrer em casa, morrer é muito difícil. (Maria)

E ela (paciente) pedia pra morrer, porque ela não aguentava mais a dor, paciente bem jovem, 30 e uns pouquinhos anos. E a sensação que eu tinha toda vida que eu voltava, principalmente no dia que eu fui e ela não estava mais, que eu não estava lá quando ela morreu. Eu fui num dia, quando eu fui no dia seguinte a recepcionista disse que não adiantava mais eu subir porque ela não estava mais lá. Mas eu subi para conversar com o médico, saber como foi. E a sensação que eu tive foi tipo que eu pude fazer tudo, que eu fiz tudo que podia fazer para que ela morresse bem, não consegui, mas eu tentei. (Paula)

Impactos na vida pessoal e profissional

Relataram a resignificação da morte para elas e como passaram a enxergar esse processo de finitude, o qual é inevitável ao percurso do viver, como algo que não precisa ser distante ou não comentado. Falaram sobre hoje conseguirem conversar sobre a própria morte e a morte de pessoas de que gostam e com as quais se relacionam, tendo discutido a maneira como querem que isso aconteça, seus desejos, seus sonhos, e isso se deu de forma bem diferente do tempo em que não trabalhavam com essa perspectiva.

Essa facilidade adquirida de falar sobre a morte acarreta outras consequências em suas vidas, como a mudança da percepção sobre o que vale ou não a pena, sobre se relacionar e resolver conflitos existentes, sempre trabalhando com a possibilidade do aqui e agora, pois elas afirmaram que entendem que o futuro é incerto e que nunca se sabe se existirá outro

Artigo original

momento para fazer algo ou resolver algo importante. Assumem que não se sentem ansiosas por pensarem e viverem diariamente com a possibilidade de refletir sobre a própria morte e de experienciar a morte de seus pacientes, afirmando que já passaram pelos processos de elaboração necessários.

Comentaram também que tanto a vida pessoal como a profissional foram transformadas e perpassadas por todas essas vivências sobre a finitude e pela reflexão sobre como lidar com ela. Essa mudança é apresentada como atitudes como, por exemplo, precisar passar do tempo geralmente estabelecido para atendimento de um paciente. O aqui e agora adquire uma conotação diferente e bem estabelecida na possibilidade de atuação delas pois partem do entendimento de que, no dia seguinte, o paciente pode não estar mais lá.

Então, a gente consegue fazer fechamentos muito importantes e inclusive muito bonitos, muito emocionantes, né, fechamentos que marcam tanto a vida, o fim dessa vida, quanto a nossa própria prática. (Joana)

Eu não quero viver a qualquer preço, meu marido sabe o que ele tem que fazer se eu tiver perto de morrer. Se eu estiver, por exemplo, em estado vegetativo, ele sabe que eu não quero que ele lute pela minha vida, e ele respeita isso. (Paula)

Eu vejo que, no decorrer dos anos, eu fui amadurecendo muito o meu conceito de psicóloga dentro desse lugar, você trabalhar com pacientes que está com cuidados paliativos, não é a mesma coisa que você trabalhar com pacientes que estão em um processo curativo, tem algumas perspectivas diferentes. (Camila)

Então assim, os cuidados paliativos na minha vida foram realmente construídos. Mas, hoje, eu sei o que é passar a madrugada em casa esperando um telefonema da enfermeira, que pode ligar a qualquer momento avisando que seu parente falece, o que é ficar pleiteando leito, o que é ficar cuidado dos cuidados colaterais, o que é ficar apoiando no momento em que a pessoa vai cortar o cabelo, no momento da cirurgia, será se vai ressecar o tumor, será se não vai. (Maria)

Discussão

Com relação ao luto profissional, os sentimentos dos profissionais de saúde se assemelham aos sentimentos vivenciados pelos pacientes e familiares.²⁰ Os profissionais de saúde se deparam, em seu trabalho, com contextos que mobilizam o emocional, o que causa sofrimento pessoal e a possibilidade de emergir identificações patológicas por causa do sofrimento do paciente.²¹

Na busca de defesas para esses sentimentos, muitas vezes, o sofrimento do profissional não é

validado, e com isso aparecem mecanismos de defesa de forma inconsciente, sintomas psicossomáticos, os quais podem propiciar situações de extremo desgaste emocional e físico e intervir no desempenho do profissional. Assim, o distanciamento de suas emoções impede a conexão de recursos criativos, o que pode levar ao adoecimento.²¹

Estar em constante convívio com seres humanos como eles faz com que os profissionais entrem em contato com a consciência de sua própria finitude, sendo possível o sentimento de angústia se fazer presente.²² Somada a essa questão, tem-se a formação de vínculo com os pacientes, e a morte destes pode propiciar a vivência de um luto profissional, o qual acarreta sofrimento psíquico e engloba manifestações afetivas, como ansiedade, tristeza, angústia; manifestações comportamentais, como choro e cansaço; e manifestações somáticas, como dores e vulnerabilidade a doenças.²⁰

Profissionais que cuidam desses pacientes investem energia e carga emocional em suas atuações, e mediante a condição humana de morte, esses cuidadores precisam se reconhecer como sujeitos que sentem dor diante da dor do outro e expressar os sentimentos advindos dessa dor para que o luto seja elaborado.^{21,22}

Constatou-se que as psicólogas se apresentaram menos defensivas diante do assunto terminalidade, mas ainda expressam inquietação por entrarem em contato com seus sentimentos. Para não confrontar seus sentimentos, o profissional de saúde utiliza mecanismos de defesa, como o silêncio e a omissão de relatos de seus sentimentos perante a morte do paciente.²⁰

No que diz respeito à categoria cuidando da boa morte: ser paliativista, compreendeu-se que é de suma importância para uma boa morte a dignidade desse paciente para ter sua autonomia resguardada sempre que haja a possibilidade de ele escolher algo. Em seus discursos, fica bem claro o quanto essas profissionais se sentem impactadas e satisfeitas quando conseguem realizar ações que levam a um bom fechamento de luto para a família e uma boa morte para o paciente. É fundamental que a equipe paliativista possa pensar o sujeito nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual.²¹

Nos casos em que não é possível esse bom fechamento, fica o sentimento de impotência, mas, com o tempo, elas passaram a entender que isso não significa que não sejam boas o suficiente para essa prática, mas sim que podem fazer o que está ao seu alcance, a cada momento e caso a caso.

Os profissionais paliativistas devem prestar assistência para a promoção de uma boa morte pautada nos ideais dos cuidados paliativos, ou seja, buscar proporcionar a qualidade de vida no que ainda resta, com o intuito de favorecer as decisões e atender às necessidades do sujeito enfermo, mediado por sua autonomia resguardada. Isso acontece por meio de uma comunicação sincera e bem explicada do real quadro clínico do paciente e das propostas terapêuticas. Os autores também apontam que o doente deve alcançar a aceitação de sua finitude para que possa ser trabalhada a ideia de boa morte.^{23,25}

A literatura assinala a importância da comunicação sincera por um informante empático e com compaixão para preparar gradualmente o sujeito para sua morte, pois, nesse momento de intervenções delicadas, é necessário que o profissional tenha a habilidade da comunicação para além da técnica, o que demanda sensibilização e dedicação para cuidar da dor do outro.²³ Colocar a morte em uma posição não de episódio inevitável, mas sim de processo.^{25,26}

Para isso, utiliza-se a escuta e a postura de acolhimento do sofrimento para possibilitar que a família e o paciente falem sobre seus sentimentos e, assim, ser possível ao profissional compreender a verdadeira demanda dos envolvidos e intervir nas necessidades e possibilidades do caso, contribuindo para que a família e o paciente elaborem o processo de adoecimento e a evolução para o óbito, além das experiências trazidas pelo luto antecipatório.²⁷⁻²⁹

No que se referem aos impactos na vida pessoal e profissional, estes se estabelecem mediante o experienciar das relações. A construção das relações intersubjetivas entre pacientes e profissionais de saúde se apresenta de forma singular a partir das particularidades de vida de cada sujeito, pois são depositadas na relação as instâncias que perpassam cada indivíduo e que influenciam o outro de maneira positiva ou negativa. Portanto, amparar o indivíduo na reestruturação do seu modo de existir frente ao adoecimento é função dos profissionais de saúde, sendo necessárias habilidades de perceber o paciente diante de sua demanda, de estar presente para aquele sujeito, de ser solidário, compromissado e empático.^{30,31}

Dotado dessas habilidades, o profissional se implica nesse processo de cuidar do paciente com atitudes perpassadas pela sua humanidade, ou seja, vivencia esse cuidado de forma humana, como indivíduo que precisa cuidar de outro ser humano. Por isso, essa interação integra o respeito à existência do ser, além de reconhecer

a vivência e a repercussão dessa experiência na vida tanto do paciente como do cuidador profissional.³²

Dessa forma, há uma construção mútua de sentimentos, ações e reações de um encontro genuíno e singular na movimentação de cuidador profissional e do enfermo. Dessa forma, nessas condições relacionais, as percepções e reflexões do profissional se incorporam a seus sentimentos e, com isso, podem possibilitar uma modificação positiva no quadro de adoecimento do paciente. Posto isso, entende-se que o cuidado profissional engloba tanto instâncias afetivas como técnico-científicas.^{31,32}

As transformações significativas no profissional advêm também da presença de situações que envolvem o processo de terminalidade, a morte e os pacientes fora da possibilidade de cura, as quais exigem, constantemente, que os profissionais de saúde atuem diretamente com suas próprias dores e defesas.³²

Vivenciar a prática profissional nessas circunstâncias propicia que o profissional seja mais humano e empático e que faça a movimentação de olhar a situação na perspectiva do outro, modificando a sensibilidade e a elaboração dos profissionais frente à sua própria morte.²⁴

Conclusões

Identifica-se que a experiência do profissional é atravessada pela angústia perante o sofrimento do outro, assim como pela possível identificação com o sujeito no sentido de que todos os seres humanos, em algum momento, irão cessar seu processo de vida. Portanto, o profissional entra em contato com a reflexão da possibilidade da sua morte, o que pode desencadear extremo sofrimento e fatores estressantes na sua atuação devido ao constante contato com a morte e sofrimento.

Considera-se a importância da busca de recursos de enfrentamento e da elaboração dos sentimentos dos profissionais que emergem no processo de escuta, mesmo se fazendo presente a terminalidade, que traz consigo a dor pelo sofrimento do outro com o qual se cria vínculo para atuar.

Referências

1. Santos FS. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: F. S. Santos (Ed.). Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-15.
2. Matsumoto DY, Carvalho R, Parsons H. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012;2:23-24.

3. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Maciel MGS. Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008. p.18-21.
4. ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos: 2017. Disponível em: < <http://paliativo.org.br/>>. Acesso em: 19 de abril de 2017.
5. Castro DAD. Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília. 2001;21(4):44-51.
6. Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Aletheia* [Internet]. 2011 Dez [citado 2019 Jul 10] ;(35-36):179-189. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt.
7. Scottini MA, Moritz RD, Siqueira JE. Cognition, functionality and symptoms in patients under home palliative care. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(10):922-927.
8. Silva JVD, Andrade FND, Nascimento RM. Cuidados Paliativos - Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura. *Rev. Ciênc. Saúde*. 2013;3(3):1-18.
9. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud. Av*. 2016;30(88):155-166. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.
10. Simão AS, Petrilli R. Papel do psicólogo na clínica de dor e cuidados paliativos na criança. In: Santos FS. Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. São Paulo: Atheneu. 2011. p. 597-601.
11. Schileimann AL. Cuidados Paliativos e Psicologia: a construção de um espaço de trabalho. In: Santos FS. Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. São Paulo: Atheneu. 2011. p.315-321.
12. Ferreira APDQ, Lopes LQF, Melo MCB. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Rev. SBPH*. 2011;14(2):85-96.
13. Melo AC, Valero FF, Menezes M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psic., Saúde & Doenças*. 2013;14(3):452-469.
14. Moreira V, Bloc L. O Lebenswelt como fundamento da psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2015;4(1):1-14.
15. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes. 2015. p.133-142.
16. Carvalho JLF, Vergara SC. A fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços. *Revista de administração de empresas*. 2002;42(3):1-14.
17. Moreira V, Cavalcante FSJ. O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psicopatologia e a contribuição da etnografia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2008; 8(2):249-265.
18. Baldin N, Munhoz EMB. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *REMEA-Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*. 2012; 27:1-15.
19. Moreira V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e crítica*. 2004;17(3):447-456.
20. Lima, CPD, Machado, MDA. Cuidadores Principais Ante a Experiência da Morte: Seus Sentidos e Significados. *Psicol. Cienc. Prof*. 2018;38(1):88-101. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002642015>.
21. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2653-2662.
22. López AAI, Fernández MME, Liébana PC, et al. Experimental classroom games: a didactic tool in palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007703310>
23. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*. 2010;34(4):420-429.
24. Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. *Ciênc. cuid. saúde*. 2012;11(5):31-38.
25. Menezes RA, Barbosa PDC. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(9):1-10.
26. Combinato DS, Martin STF. Necessidades da vida na morte. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):869-880. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0649>.
27. Meneguim S, Matos TDS, Ferreira MLSM. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(4):1998-2004.
28. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2577-2588.
29. Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicol. cienc. prof*. 2017;37(1):90-105.
30. Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):412-9.
31. Adrize RP, Maira BT, Simone CA, et al. The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(2).
32. Santana JCB, Pessini L, Sá AC. Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. *Enfermagem Revista*. 2018;20(1):1-12.