



Artigo original

Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição pública hospitalar

Palliative care and psychological interventions in a public hospital institution

Cuidados paliativos e intervenciones psicológicas en una institución hospitalaria pública

Karyne Sales Oliveira¹ 
Cristiane Soto Machado² 

Danielle Sousa Nascimento³ 
Graziele Lopes Teles⁴ 

¹Autora para correspondência. Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Goiânia). Goiás, Brasil. karyneoliveira2012@gmail.com

²⁻⁴Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Goiânia). Goiás, Brasil.

RESUMO | INTRODUÇÃO: Os cuidados paliativos (CP) são baseados em princípios e auxiliam o paciente no enfrentamento do curso de sua condição clínica através da prevenção e alívio do sofrimento. Realizado através de uma equipe multiprofissional, no contexto de uma internação hospitalar, a psicologia contribui com intervenções na situação psicoemocional do paciente em CP e seus familiares. **OBJETIVO:** Identificar as intervenções psicológicas mais utilizadas no tratamento de pacientes adultos internados em CP. **MÉTODOS:** Pesquisa documental de caráter retrospectivo, com delineamento transversal e descritivo. De natureza quantitativa, os dados foram investigados através de Análise Estatística Descritiva. Os dados foram coletados com 70 prontuários de pacientes adultos em CP internados entre os anos de 2019 e 2021 em um hospital público e que foram acompanhados pelo setor de psicologia. **RESULTADOS:** Foram identificadas 32 categorias de intervenções psicológicas relacionadas ao paciente e 38 ao cuidador. As categorias foram agrupadas por similaridade temática resultando no grupo de intervenções em demandas emocionais, intervenções em demandas cognitivas, condutas de orientação e psicoeducação, condutas de humanização e grupo de intervenções em demandas familiares. **DISCUSSÃO:** As condutas psicológicas nos CP podem auxiliar no acolhimento do sofrimento, integração das perdas e mudanças de papéis, elaboração do luto antecipatório, ressignificação da vida, morte, planos e objetivos, criação ou validação de recursos funcionais de enfrentamento e a dar condições biopsicossocioespirituais de lidar com o adoecimento. **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se um grande número de intervenções psicológicas utilizadas no tratamento de pacientes de CP e seus cuidadores.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Saúde Pública. Intervenção Psicossocial.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Palliative Care (PC) is based on principles and helps the patient to face the course of their clinical condition through the prevention and relief of suffering. Carried out by a multidisciplinary team, in the context of a hospital stay, psychology contributes with interventions in the psycho-emotional situation of patients undergoing PC and their families. **OBJECTIVE:** To identify the most used psychological interventions in the treatment of adult patients hospitalized in PC. **METHODS:** Retrospective documentary research, with a cross-sectional and descriptive design. Quantitative in nature, the data were investigated through Descriptive Statistical Analysis. Data were collected from 70 medical records of adult PC patients admitted between the years 2019 and 2021 in a public hospital and who were followed up by the psychology sector. **RESULTS:** 32 categories of psychological interventions related to the patient and 38 to the caregiver were identified. The categories were grouped by thematic similarity resulting in the group of interventions in emotional demands, interventions in cognitive demands, guidance and psychoeducation conducts, humanization conducts and group of interventions in family demands. **DISCUSSION:** Psychological behaviors in PC can help in accepting suffering, integrating losses and changing roles, elaborating anticipatory grief, re-signification of life, death, plans and goals, creation or validation of functional coping resources and providing biopsychosocial-spiritual conditions of dealing with illness. **CONCLUSION:** There was evidence of a large number of psychological interventions used in the treatment of PC patients and their caregivers.

KEYWORDS: Palliative Care. Public Health. Psychosocial Intervention.

Submetido 16/03/2023, Aceito 09/06/2023, Publicado 23/08/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5136

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5136>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar, Martha Castro

Como citar este artigo: Oliveira, K. S., Machado, C. S., Nascimento, D. S., & Teles, G. L. (2023). Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição pública hospitalar. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5136. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5136>



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos (CP) se basan en principios y ayudan al paciente a afrontar el curso de su cuadro clínico a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Realizada por un equipo multidisciplinario, en el contexto de una estancia hospitalaria, la psicología contribuye con intervenciones en la situación psicoemocional de los pacientes en CP y sus familias. **OBJETIVO:** Identificar las intervenciones psicológicas más utilizadas en el tratamiento de pacientes adultos hospitalizados en CP. **MÉTODOS:** Investigación documental retrospectiva, con un diseño transversal y descriptivo. De naturaleza cuantitativa, los datos fueron investigados a través del Análisis Estadístico Descriptivo. Se recogieron datos de 70 historias clínicas de pacientes adultos en CP ingresados entre los años 2019 y 2021 en un hospital público y que fueron seguidos por el sector de psicología. **RESULTADOS:** Se identificaron 32 categorías de intervenciones psicológicas relacionadas con el paciente y 38 con el cuidador. Las categorías fueron agrupadas por similitud temática resultando el grupo de intervenciones en demandas emocionales, intervenciones en demandas cognitivas, conductas de orientación y psicoeducación, conductas de humanización y grupo de intervenciones en demandas familiares. **DISCUSIÓN:** Los comportamientos psicológicos en CP pueden auxiliar en la aceptación del sufrimiento, la integración de las pérdidas y el cambio de roles, la elaboración del duelo anticipatorio, la resignificación de la vida, la muerte, los planes y metas, la creación o validación de recursos funcionales de afrontamiento y la provisión de condiciones biopsicosociales-espirituales de enfrentamiento de la enfermedad. **CONCLUSIÓN:** Se evidenció un gran número de intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento de pacientes en CP y sus cuidadores.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos. Salud Pública. Intervención Psicosocial.

Introdução

A Psicologia Hospitalar tem como principal objetivo amenizar os sofrimentos decorrentes da hospitalização, bem como sequelas e decorrências emocionais do adoecimento. Compromete-se em auxiliar o paciente a atravessar a experiência de adoecer, dando voz à subjetividade que se perde em meio a patologias e diagnósticos (Angerami, 2010; Simonetti, 2018).

Além do paciente, o psicólogo hospitalar deve direcionar sua atuação para família e equipe. Podemos perceber que o familiar ou acompanhante do paciente internado também se desorganiza com a doença, tem sua qualidade de vida afetada e conseqüentemente apresenta demandas emocionais. Já a equipe, muitas vezes assolada pela ambivalência entre onipotência e impotência, consciência da própria finitude, expectativas da família, do doente e dos colegas, pode se beneficiar da assistência do psicólogo como facilitador do fluxo dessas emoções. Este profissional pode atuar ainda na mediação do relacionamento e a comunicação da tríade paciente-família-equipe (Angerami, 2010; Arias-Rojas et al., 2021; Castilho et al., 2021; Simonetti, 2018).

Um dos grandes desafios que o psicólogo pode encontrar no hospital é o cuidado com indivíduos portadores de doenças potencialmente fatais/sem possibilidades de reversão ou tratamentos curativos. Dentre elas, encontram-se as doenças crônicas não transmissíveis que atingem pessoas de todas as classes econômicas, sendo idosos com baixa renda e escolaridade ainda mais vulneráveis. Além disso, podem levar seus portadores a um declínio funcional progressivo antes de evoluir para o óbito. Por vezes, esses pacientes encontram-se nas instituições hospitalares tendo seu sofrimento ignorado e recebendo assistência inadequada. Neste sentido, os cuidados paliativos (CP) despontam como uma alternativa para proporcionar qualidade de vida e respeito à dignidade do ser humano até os últimos momentos de sua existência (Barros et al., 2022; Castilho et al., 2021; Martins, 2016; Simieli et al., 2019).

Os cuidados paliativos surgiram no Reino Unido nos anos de 1960, e foram definidos como uma modalidade de assistência pela OMS, em 1990. No Brasil, começaram a se consolidar nos anos de 1980, sendo em 1997, fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), a qual foi encerrada em 2014. Em fevereiro de 2005, surge uma nova instituição, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que hoje regulamenta a prática de cuidados paliativos no Brasil criando junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) as normas favoráveis para sua disseminação (Castilho et al., 2021).

Embora seu conceito tenha passado por modificações ao longo dos anos, a OMS define os cuidados paliativos como uma abordagem que através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, promove a qualidade de vida de pacientes e familiares no contexto de uma doença grave e ameaçadora de vida. É baseado em princípios, e indicado desde o diagnóstico para casos em que há a impossibilidade de tratamento modificador da doença (Bravalhieri et al., 2020; Carvalho et al., 2018; Castilho et al., 2021; Florêncio et al., 2020).

Os CP no Brasil diferem dos formatos de outros países em razão do financiamento pelo SUS e das iniciativas privadas, sendo criado um modelo próprio de assistência baseado na coordenação do cuidado. Podem ser oferecidos em diferentes modalidades, sendo elas: comissão hospitalar de interconsulta, em que os pacientes são avaliados no leito a partir de um pedido de avaliação, e em seguida são acompanhados diariamente pela equipe de CP; enfermarias hospitalares, cuja internação deve ser justificada pela necessidade de uso de alguma estrutura hospitalar; hospice, que recebe pacientes com demandas de cuidado que a assistência domiciliar não consegue ofertar; e assistência domiciliar, destinada a pacientes com demandas que podem ser resolvidas no domicílio e ambulatórios especializados (Bravahlieri et al., 2020; Castilho et al., 2021).

Em 2019, foram registrados junto à ANCP 191 serviços de CP em território brasileiro, sendo que 50% deles ofertam o serviço exclusivamente pelo SUS, 14% de forma privada e pública e 36% exclusivamente de forma privada. Com a aprovação da Resolução do Ministério da Saúde de nº 41/2018 (2018), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no âmbito do SUS em todos os níveis de atendimento, há a consolidação desses cuidados como uma política pública de saúde no Brasil. No entanto, embora tão importante, ainda há muitos desafios a serem superados para a real integração deste serviço na estrutura do SUS, dentre elas a capacitação das equipes de saúde, a disseminação de informações sobre CP na sociedade e a disponibilização dos tratamentos e medicamentos necessários a sua efetivação (Bravahlieri et al., 2020; Santos et al., 2020; Schaefer, 2020).

Os CP podem ser iniciados desde o diagnóstico do acometimento, e ocorrem em conjunto com tratamentos que buscam a sua cura ou controle. Na medida em que a enfermidade evolui, os cuidados paliativos são ampliados até que sejam a modalidade exclusiva de tratamento diante da fase final de vida. Considerando que pacientes nessa fase apresentam rebaixamento dos níveis de qualidade de vida, neste momento o cuidado é focado na pessoa, e não na doença, visando melhorar a qualidade de vida e de morte (Carvalho et al., 2018; Costa et al., 2020; Faller et al., 2016; Freire et al., 2018).

Diante disso, a psicologia hospitalar possui papel fundamental no exercício destes cuidados junto à equipe multiprofissional. A internação neste contexto pode se configurar como um ponto crítico e, por isso, cabe ao psicólogo perceber a situação psicoemocional do paciente e também de seus familiares ou cuidadores, considerando que estes também podem apresentar sofrimento psicológico (Delalibera et al., 2018; Kitajima, 2014).

Através de uma avaliação inicial, o psicólogo deve identificar sintomas de ordem física, emocional, social e espiritual, além da história de vida do paciente, como se deu o processo de adoecimento, o grau de compreensão/conhecimento do diagnóstico e prognóstico, as expectativas que envolvem a enfermidade, tratamento e planejamento dos cuidados, principais preocupações, assim como, os aspectos de enfrentamento dos envolvidos. A partir disso, identifica-se propostas de atuação e intervenções que sejam adequadas ao caso, direcionando a atuação para paciente, equipe e família (Carvalho et al., 2018; Melo et al., 2013; Porto & Lustosa, 2010).

Uma das propostas de atuação do psicólogo que se destaca são as estimulações cognitivas e sensoriais, principalmente no contexto de pacientes comatosos. A estimulação cognitiva objetiva estimular funções cognitivas e a estimulação sensorial refere-se à estimulação dos sentidos com estímulos conhecidos como sons familiares, odores, sabores, toques e músicas. Essas estimulações cognitivas e sensoriais impactam positivamente na evolução clínica de pacientes comatosos, principalmente em relação à diminuição de sintomas depressivos, adesão ao tratamento e melhora na autonomia desses pacientes. (Fernandes, 2015; Rodrigues & Varanda, 2019).

Ao final de cada intervenção, é importante que seja realizado um registro documental de qualidade. O prontuário do paciente é um documento onde todos os profissionais da equipe multidisciplinar realizam registros sobre condutas, procedimentos e informações pertinentes a cada caso atendido na instituição hospitalar. Por se tratar também de uma forma de comunicação entre os componentes da equipe, deve constar uma linguagem clara, concisa, objetiva e de fácil compreensão para aqueles que não são da sua área de atuação (Carvalho et al., 2018).

Diante da literatura percebe-se uma gama de publicações que abordam teórica e qualitativamente a temática de intervenções do psicólogo que atua nos cuidados paliativos (Carvalho et al., 2018; Castilho et al., 2021; Melo et al., 2013; Guimarães & Faria, 2022; Kitajima, 2014; Melo et al., 2018; Porto & Lustosa, 2010; Santos et al., 2017; Simonetti, 2018), no entanto, há uma lacuna de estudos de metodologia quantitativa que possa esclarecer, de fato, como o psicólogo está intervindo nessa população.

Portanto, esse estudo pretende identificar e descrever as intervenções psicológicas mais utilizadas no tratamento de pacientes adultos em cuidados paliativos internados em um hospital de reabilitação, caracterizando também seu perfil sociodemográfico e clínico. Tal prática pode favorecer a reflexão do papel deste profissional neste contexto, além de promover a uma discussão sobre as possibilidades diversas de atuação do psicólogo paliativista, auxiliando outros profissionais a construírem sua prática baseada em evidências.

Método

Trata-se de um estudo de pesquisa original, documental e de caráter retrospectivo. Considerando o objetivo do estudo de identificar e descrever as intervenções mais utilizadas por psicólogos no contexto de cuidados paliativos, a pesquisa apresenta delineamento transversal e descritivo, de natureza quantitativa, visto que, segundo Fontelles et al. (2009), este delineamento permite registrar, observar e descrever as características de determinado fenômeno através de dados numéricos, bem como analisar o seu conteúdo.

Teve uma amostra por conveniência, na qual foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes em cuidados paliativos que estiveram internados em um hospital de reabilitação da rede pública no estado de Goiás - Brasil, no período de 2019

a 2021, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Para isso, foi realizado um levantamento junto à Comissão de Cuidados Paliativos (COCP) da instituição dos pacientes que receberam CP durante o período avaliado.

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que haviam sido internados em enfermarias ou unidade de terapia intensiva (UTI) da unidade pesquisada entre 2019 e 2021, e que tiveram estabelecidos CP nas condutas terapêuticas com devido registro no prontuário eletrônico. Ademais, os pacientes deveriam ter sido atendidos pelo Setor de Psicologia durante a internação com o registro de condutas psicológicas no prontuário eletrônico, e estes estarem disponíveis para o acesso nos sistemas de prontuário da instituição.

Foram excluídos pacientes com prontuários em que não constavam os dados clínicos, psicológicos e sociodemográficos necessários. Para pacientes internados mais de uma vez na instituição, foi considerado apenas o período de internação em que o paciente recebeu CP. Diante disso, dos 87 pacientes que receberam CP na internação entre os anos avaliados, 70 atenderam aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra.

Para a coleta de dados utilizou-se três questionários do Google Forms, elaborados pela pesquisadora após estudo prévio das características das informações registradas nos prontuários pela equipe multiprofissional: Questionário de Perfil Sociodemográfico, Questionário de Perfil Clínico e Questionário de Condutas do Psicólogo. Os itens de cada questionário eram compostos de questões fechadas de escolha única ou múltipla escolha a depender da variável, com a opção "Outro (especificar)" para itens em que a resposta não estivesse entre as opções.

O Questionário de Perfil Sociodemográfico, composto de 10 itens, buscou identificar o número do prontuário, sexo, idade, ano de internação, estado civil, escolaridade, número de filhos, quem era o acompanhante na internação e como era o suporte familiar e socioafetivo.

O Questionário de Perfil Clínico foi constituído por 12 itens, em que foram investigados o setor de internação da admissão e desfecho do caso, qual foi o tipo de desfecho, tempo de internação, nível de consciência, diagnósticos principais e comorbidades, se houve reunião para abordagem de CP e se havia a presença do psicólogo neste momento, se houve assinatura de termo de CP e com quantos dias de internação se iniciaram os CP.

Por fim, o Questionário de Condutas do Psicólogo foi utilizado para identificar quais as condutas psicológicas no atendimento ao paciente e cuidador, contendo 19 opções de condutas para o primeiro e 17 opções para o segundo, adicionando-se o campo para inserir novas categorias que não estivessem dentre as opções. Para cada paciente/cuidador, cada conduta foi marcada apenas uma vez, mesmo que houvesse sido realizada em mais de um atendimento. Poderia-se marcar mais de uma conduta (desde que diferente) por paciente/cuidador.

As respostas dos questionários de cada participante foram registradas em uma planilha do Microsoft Office Excel 2016, e por meio do programa SPSS Statistics 28 realizou-se a estatística descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas de cada variável a fim de responder ao objetivo da pesquisa. Nas variáveis “diagnósticos primários”, “comorbidades”, “condutas do psicólogo junto ao paciente” e “condutas do psicólogo junto ao cuidador” em que podia-se contabilizar mais de uma resposta, as frequências absolutas e relativas foram calculadas em relação ao tamanho amostral total, ou seja, em quantos pacientes ou cuidadores cada variável esteve presente. Para a análise de condutas, estas foram estratificadas em grupos de acordo com similaridade temática para o cuidador e paciente.

O presente estudo atendeu aos preceitos éticos e legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Leide das Neves Ferreira através do parecer nº 5.403.720 e CAAE 58166322.8.0000.5082, com dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE por tratar-se de pesquisa exclusivamente documental em prontuários eletrônicos, nos quais os pesquisadores asseguram o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante.

Resultados

Participaram do estudo 70 pacientes internados em cuidados paliativos. De acordo com a Tabela 1, que descreve as variáveis sociodemográficas, houve predominância do sexo masculino (51,4%) e da faixa etária de idosos de 81 a 90 anos (35,7%). Foi observado baixo nível de escolaridade entre os participantes, visto que 87,1% tinham o ensino fundamental incompleto.

O estado civil mais registrado foi de pacientes viúvos (38,6%), seguido de casados (32,9%). Durante a internação, 74% foram acompanhados por cuidadores familiares, 6% por cuidadores formais (aqueles que cuidam através da prestação remunerada de serviço), e 20% não possuíam acompanhantes, seja por suporte familiar fragilizado ou por estarem durante toda a internação na UTI, onde o acompanhamento do familiar não era permitido. Dos cuidadores familiares, 51,4% eram filhos.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes de CP acompanhados pelo setor de psicologia

Variáveis	Frequência	(%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	34	48,6%
Masculino	36	51,4%
<i>Faixa Etária</i>		
31 a 45 anos	1	1,4%
46 a 60 anos	7	10,0%
61 a 70 anos	11	15,7%
71 a 80 anos	16	22,9%
81 a 90 anos	25	35,7%
91 anos ou mais	10	14,3%
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental Incompleto	61	87,1%
Ensino Médio Completo	1	1,4%
Ensino Médio Incompleto	1	1,4%
Ensino Superior	2	2,9%
Não Consta	5	7,1%
<i>Estado Civil</i>		
Casado	23	32,9%
Divorciado	3	4,3%
Solteiro	14	20,0%
União Estável	1	1,4%
Viúvo	27	38,6%
Não Consta	2	2,9%
<i>Acompanhante durante a internação</i>		
Cuidador Familiar	52	74%
Cuidador Formal	4	6%
Sem Acompanhante	14	20%

Fonte: as autoras (2023).

Em conjunto, as Tabelas 2 e 3 descreveram o perfil clínico dos pacientes. Pode-se observar que apenas 24,3% da amostra não se encontrava com nenhum tipo de rebaixamento de nível de consciência na maior parte do tempo de internação, em contraponto a 50% dos pacientes em estado de coma, 15,7% em estado de torpor e 10% em delirium. O tempo de internação foi avaliado através de intervalos de dias, variando de 1 a 15 dias em 32,9% da amostra, 16 a 30 em 22,9%, de 31 a 60 em 31,4% e 61 dias ou mais em 12,9%.

Tabela 2. Perfil clínico dos pacientes de CP acompanhados pelo setor de psicologia

Variáveis	Frequência	%
<i>Ano de Internação</i>		
2019	42	60,0%
2020	10	14,3%
2021	18	25,7%
<i>Tipo de desfecho</i>		
Alta	29	41,4%
Óbito	41	58,6%
<i>Nível de consciência</i>		
Coma	35	50,0%
Torpor	11	15,7%
Delirium	7	10,0%
Sem rebaixamento de nível de consciência	17	24,3%
<i>Início dos Cuidados Paliativos</i>		
1 a 15 dias	31	44,3%
16 a 30 dias	21	30,0%
31 a 60 dias	10	14,3%
61 dias ou mais	3	4,3%
Já se encontrava em cuidados paliativos	5	7,1%
<i>Conferência familiar</i>		
Sim	65	92,9%
Não	5	7,1%

Fonte: as autoras (2023).

A internação de 60% da amostra foi no ano de 2019, apenas 14,3% em 2020, e 25,7% em 2021, o que reflete o impacto da pandemia no perfil de internações da instituição participante, que passou a receber pacientes de COVID-19 em boa parte dos leitos. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) clínica foi o principal setor de admissão dos pacientes (82,9%), seguida da enfermaria cirúrgica que admitiu 14,3%. O desfecho dos casos ocorreu na enfermaria clínica em 74,3% da amostra, na UTI clínica em 24,3%, e na UTI de COVID-19 em apenas 1,4%, com óbito em 58,6%, e a alta em 41,4%.

O estabelecimento dos cuidados paliativos na instituição se dá através da avaliação da comissão consultiva que avalia os pareceres solicitados pela equipe assistencial. A comissão de cuidados paliativos (COCP) é composta por uma equipe multiprofissional, sendo médico geriatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, odontólogo e musicoterapeuta. Diante disso, os CP são estabelecidos após a COCP responder os pareceres informando a elegibilidade do paciente para esta abordagem de cuidados. Após a definição, a comissão realiza a conferência familiar para se discutir o objetivo e os planos de cuidado.

Na população avaliada, 44,3% dos pacientes tiveram os CP estabelecidos com 1 a 15 dias de internação, 30% com 16 a 30 dias, 14,3% com 31 a 60, e apenas 4,3% com 61 dias ou mais. Foi observado ainda que 7,1% dos pacientes já estavam em cuidados paliativos por estabelecimento em internações prévias na instituição avaliada ou em outros hospitais. Foram realizadas conferências familiares em 92,9% dos casos, sendo que 40% destas contaram com a presença do psicólogo.

Tabela 3. Diagnósticos principais e comorbidades apresentadas pelos pacientes de CP acompanhados pelo setor de psicologia

Diagnósticos principais*	Frequência	%	Comorbidades*	Frequência	%
Pneumonia	49	70,0%	Hipertensão arterial	37	52,9%
Acidente vascular encefálico	23	32,9%	Diabetes	23	32,9%
Outras síndromes infecciosas	21	30,0%	Síndrome demencial	22	31,4%
Insuficiência renal aguda	11	15,7%	Sequela de acidente vascular encefálico	21	30,0%
Fratura de fêmur	9	12,9%	Transtorno mental	9	12,9%
Neoplasia	5	7,1%	Doença pulmonar obstrutiva crônica	8	11,4%
Outros	15	21,0%	Insuficiência cardíaca crônica	7	10,0%
			Tabagismo	6	8,6%
			Paraplegia/Tetraplegia	6	8,6%
			Doença renal crônica	5	7,1%
			Doença de chagas	5	7,1%
			Outros	32	45,6%

*Os pacientes poderiam apresentar mais de um diagnóstico principal ou comorbidade.

Fonte: as autoras (2023).

Foram considerados como diagnósticos principais as afecções tratadas na ocasião da internação e outras possíveis doenças que o paciente possuía foram consideradas como comorbidades. Para cada paciente foram registrados no questionário de coleta de dados todos os diagnósticos principais e comorbidades relatadas nos prontuários, mesmo que houvesse mais de um. Portanto, a Tabela 3 descreve esses dados, sendo possível observar que, dentre os diagnósticos principais, a pneumonia esteve presente em 70% dos casos, o acidente vascular encefálico em 32,9%, outras síndromes infecciosas em 30%, insuficiência renal aguda em 15,7%, fratura de fêmur em 12,9% e neoplasias em 7,1%. Outros diagnósticos foram relatados em menor frequência, sendo eles: Doença neuromuscular, encefalopatia anóxica, COVID-19, crises convulsivas, insuficiência respiratória aguda, doença pulmonar obstrutiva crônica, rebaixamento do nível de consciência, desidratação, gastroparesia, sarcopenia, trombose venosa profunda, paralisia cerebral, ataxia cerebelar e espondilodiscite.

Quanto às comorbidades, pertinente à Tabela 3, estiveram presentes hipertensão (52,9%), diabetes (32,9%), síndromes demenciais (31,4%), sequelas de acidente vascular encefálico (30%), transtorno mental (12,9%), doença pulmonar obstrutiva crônica (11,4%), insuficiência cardíaca crônica (10%), tabagismo (8,6%), paraplegia ou tetraplegia (8,6%), doença renal crônica (7,1%) e doença de Chagas (7,1%). Outras comorbidades em menor frequência foram observadas como o etilismo, epilepsia, abuso de substâncias ilícitas, hipotireoidismo, desnutrição crônica, osteoporose, fibrilação arterial de alta resposta ventricular, cirrose hepática, artrose, gota, obesidade, enfisema pulmonar, dentre outras.

Na investigação das condutas do psicólogo, foram identificadas ao final 32 categorias de condutas no atendimento ao paciente. As categorias foram agrupadas por semelhança em 4 grupos, conforme a Tabela 4, sendo eles: condutas relativas ao acompanhamento e intervenção em demandas emocionais; condutas de avaliação e intervenção em demandas cognitivas; condutas de orientação e psicoeducação; e, condutas de humanização.

Tabela 4. Condutas psicológicas junto ao paciente de CP

Acompanhamento e intervenção em demandas emocionais	Frequência	%	Avaliação e intervenção em demandas cognitivas	Frequência	%
Suporte emocional	32	45,7%	Orientação autopsíquica e alopsíquica	68	97,1%
Acolhimento	18	25,7%	Estimulação sensorial	61	87,1%
Fortalecimento de recursos de enfrentamento	8	11,4%	Estimulação cognitiva	17	24,3%
Preparo psicológico para alta	5	7,1%	Avaliação do risco psicológico	1	1,4%
Manejo de humor	4	5,7%	Avaliação do estado cognitivo	1	1,4%
Manejo de ansiedade	4	5,7%	Avaliação de compreensão verbal	1	1,4%
Ressignificação de vivências	2	2,9%	Sistematização de comunicação alternativa	1	1,4%
Elaboração de diretivas antecipadas de vontade	1	1,4%			
Suporte emocional em comunicação de notícias difíceis	1	1,4%			
Validação de sentimentos	1	1,4%			
Reestruturação cognitiva	1	1,4%			
Manejo de angústias	1	1,4%			
Dessensibilização sistemática para banho	1	1,4%			
Orientação e Psicoeducação	Frequência	%	Humanização	Frequência	%
Orientações gerais	5	7,1%	Reprodução de áudios e vídeos da família	10	14,2%
Orientações sobre rotinas	2	2,9%	Videochamada com familiares	5	7,1%
Esclarecimento de dúvidas	2	2,9%	Passeio terapêutico	1	1,4%
Psicoeducação sobre a doença	1	1,4%	Comemoração de aniversário	1	1,4%
Psicoeducação sobre cuidados paliativos	1	1,4%	Confecção do prontuário afetivo	1	1,4%
Psicoeducação sobre rotinas da UTI	1	1,4%	Visita Religiosa	1	1,4%

Fonte: as autoras (2023).

No grupo de condutas relativas ao acompanhamento e intervenção em demandas emocionais, é possível observar que, no atendimento em CP, o psicólogo realizou em maior frequência o suporte emocional (45,7% dos pacientes), seguido de acolhimento (25,7%), fortalecimento de recursos de enfrentamento (11,4%), preparo psicológico para alta (7,1%) e manejo de humor e ansiedade (5,7% cada).

No grupo de avaliação e intervenção em demandas cognitivas, as condutas mais realizadas foram orientação autopsíquica e alopsíquica (97,1% dos pacientes), estimulação sensorial (87,1%) e estimulação cognitiva (24,3%). No grupo de psicoeducação e orientação, as condutas mais relatadas foram orientações gerais (7,1% dos pacientes), orientações sobre rotinas (2,9%) e esclarecimento de dúvidas (2,9%). Por fim, no grupo de condutas de humanização, foi observado em maior frequência a realização de reprodução de áudios/vídeos da família (14,2%) e videochamada com familiares (7,1%).

Em relação ao acompanhamento dos cuidadores, foram identificadas ao final 38 categorias de condutas, que conforme a Tabela 5 foram agrupadas em 4 grupos de acordo com a semelhança, sendo eles: condutas relativas ao acompanhamento e intervenção em demandas emocionais; condutas de orientação e psicoeducação; condutas de humanização; e de intervenção em demandas familiares.

No grupo de acompanhamento e intervenção em demandas emocionais do cuidador, as condutas mais realizadas foram acolhimento (95,7% dos cuidadores), suporte emocional (94,6%), fortalecimento de recursos de enfrentamento (35,7%), preparo psicológico para alta (24,3%), suporte emocional em comunicação de notícias difíceis (17,1%), manejo de humor (11,4%), validação de sentimentos (10%), manejo de ansiedade (8,6%), suporte emocional pós óbito (8,6%), elaboração do luto antecipatório (5,7%), resignificação de vivências (5,7%), manejo de expectativa disfuncional (4,3%), manejo de angústias (4,3%) e empoderamento para os cuidados (4,3%).

No grupo de orientação e psicoeducação, as condutas mais observadas foram psicoeducação sobre rotinas da UTI (77,1% dos cuidadores), orientações gerais (52,8%), psicoeducação sobre cuidados paliativos (51,4%), psicoeducação sobre a doença (47,1%), orientações sobre normas e rotinas da enfermagem (17,1%), orientações sobre COVID-19 (11,4%), orientação sobre estimulação do paciente (8,6%), psicoeducação sobre quadro clínico (7,1%), prognóstico (5,7%) e sobre procedimento (4,3%).

Tabela 5. Condutas psicológicas junto ao cuidador do paciente de CP

Acompanhamento e intervenção em demandas emocionais	Frequência	%	Orientação e Psicoeducação	Frequência	%
Acolhimento	67	95,7%	Psicoeducação sobre rotinas da UTI	54	77,1%
Suporte emocional	66	94,6%	Orientações gerais	37	52,8%
Fortalecimento de recursos de enfrentamento	25	35,7%	Psicoeducação sobre cuidados paliativos	36	51,4%
Preparo psicológico para alta	17	24,3%	Psicoeducação sobre a doença	33	47,1%
Suporte emocional em comunicação de notícias difíceis	12	17,1%	Orientações sobre normas e rotinas da enfermagem	12	17,1%
Manejo de humor	8	11,4%	Orientações sobre COVID	8	11,4%
Validação de sentimentos	7	10,0%	Orientação sobre estimulação do paciente	6	8,6%
Manejo de ansiedade	6	8,6%	Psicoeducação sobre quadro clínico	5	7,1%
Suporte emocional pós óbito	6	8,6%	Psicoeducação sobre prognóstico	4	5,7%
Elaboração do luto antecipatório	4	5,7%	Psicoeducação sobre procedimento	3	4,3%
Ressignificação de vivências	4	5,7%	Psicoeducação sobre cuidados com o paciente	1	1,4%
Manejo de expectativa disfuncional	3	4,3%	Psicoeducação sobre condutas da equipe	1	1,4%
Manejo de angústias	3	4,3%	Psicoeducação sobre o tratamento	1	1,4%
Empoderamento para os cuidados	3	4,3%	Psicoeducação sobre comunicação alternativa	1	1,4%
Preparo psicológico para procedimento cirúrgico	1	1,4%	Esclarecimento de dúvidas	1	1,4%
Encaminhamento para acompanhamento psicológico externo	1	1,4%	Orientações pós óbito	1	1,4%
Humanização	Frequência	%	Intervenção em demandas familiares	Frequência	%
Visita Presencial	50	71,4%	Mediação das demandas do familiar com a equipe	3	4,3%
Visita em caráter excepcional	37	52,9%	Reunião Familiar de preparo para alta	2	2,9%
Boletim Eletrônico	12	17,1%	Fortalecimento de vínculos familiares	1	1,4%

Fonte: as autoras (2023).

Quanto ao grupo de condutas de humanização, o acompanhamento de visitas presenciais ao paciente ocorreu com 71,4% dos cuidadores, a visita em caráter excepcional (aquela em que não faz parte da rotina e é autorizada como exceção após avaliação do benefício pelo psicólogo) em 52,9%, e o lançamento do boletim eletrônico (informações sobre o quadro do paciente disponibilizadas de forma online para o acesso dos familiares) em 17,1%.

O grupo de intervenções em demandas familiares teve condutas em menor frequência, sendo elas a mediação das demandas do familiar com a equipe (4,3% dos casos), reunião familiar de preparo para alta (2,9%) e intervenção para fortalecimento de vínculos familiares (1,4%).

Ressalta-se ainda que em 100% da amostra foram registradas evoluções pelo psicólogo da participação em reunião de equipe para a discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente.

Discussão

O perfil sociodemográfico da população estudada mostrou a maior prevalência de idosos do sexo masculino com baixa escolaridade. Essas características foram encontradas em outros estudos que analisaram o perfil de pacientes de CP (Costa et al., 2020; Faller et al., 2016), divergindo apenas o estado civil da presente amostra que possui maior número de viúvos enquanto os estudos apontam maior número de casados.

A baixa escolaridade e renda, por si só, são fatores de risco ao desenvolvimento de doenças crônicas pela maior dificuldade de conhecimento e acesso aos serviços de saúde. Quando há a junção desses fatores com a idade avançada, pode ocorrer, ainda, o comprometimento da capacidade de compreensão de orientações e recomendações relacionadas aos cuidados de saúde, deixando a população mais vulnerável a outros fatores de risco para doenças que ameaçam a vida que possam demandar CP como as apresentadas pelos pacientes avaliados (Freire et al., 2018; Simieli et al., 2019).

É possível observar que os diagnósticos principais mais registrados foram pneumonia e acidente vascular encefálico, em conjunto com um grande número de comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes e síndromes demenciais. O tempo de internação variou entre os intervalos de 1 a 15 dias e de 31 a 60 dias. Resultados semelhantes em relação às variáveis tempo de internação, diagnósticos principais e comorbidades foram encontrados em um estudo de 2022 que avaliou 146 pacientes com indicação de CP, e aponta que pacientes com multimorbidades podem ter menor expectativa de vida e a ausência de uma assistência paliativa pode aumentar o tempo de internação (Barros et al., 2022).

Os resultados, quanto à distribuição de pacientes por ano de internação, demonstraram uma queda do número da assistência em cuidados paliativos a partir do ano de 2020. Nesse contexto, encontra-se a pandemia de COVID-19 que iniciou no referido ano e provocou uma mudança no perfil clínico dos pacientes do hospital participante que cedeu leitos clínicos, cirúrgicos e de internação de reabilitação para o tratamento de pacientes infectados com o vírus. No entanto, dentre os 70 pacientes da amostra, apenas 1 paciente com diagnóstico principal de COVID-19 teve cuidados paliativos estabelecidos. Florêncio et al. (2020) apontam que no contexto de crises emergenciais, medidas para aliviar o sofrimento podem ser negligenciadas, em razão da imediata necessidade de salvar vidas. Todavia, os cuidados paliativos nesse contexto são igualmente primordiais, se apresentando como possibilidade de conforto e alívio do sofrimento diante de prognósticos incertos, ajudando na tomada de decisões, no cuidado das famílias e na oferta de apoio espiritual (Florêncio et al., 2020).

A UTI clínica e a enfermaria cirúrgica foram os setores que mais admitiram pacientes elegíveis aos CP, os quais correspondem às principais portas de entrada para acesso aos serviços do local pesquisado. Castilho et al. (2021) ressaltam que, frequentemente, a demanda por cuidado paliativo pode se tornar mais evidente na UTI, principalmente nos casos de múltiplas comorbidades e doenças crônicas em progressão como no caso dos participantes do presente estudo. Sendo assim, os cuidados paliativos devem ser implementados em conjunto ao suporte de terapia intensiva.

Os desfechos ocorreram mais na enfermaria clínica do que na UTI, indicando que, embora a admissão tenha ocorrido mais na UTI, a maioria dos pacientes receberam alta na enfermaria. Uma revisão sistemática com metanálise indicou que a instalação de equipes de cuidados paliativos pode levar à redução da mortalidade em UTI, além de diminuir o tempo de internação na terapia intensiva após a instalação dessas equipes (Martins, 2016).

Os tipos de desfechos foram óbito em 58,6% dos casos, e alta em 41,4%. Tais dados vão de acordo com o estudo realizado por Bravalhieri et al. (2020) e o de Costa et al. (2020) que também apontaram o óbito como a maior causa do desfecho, sendo a morte um evento esperado no contexto de doenças graves e ameaçadoras de vida. Porém, nesses estudos, as taxas de óbito foram maiores (84% e 90% respectivamente) do que no presente estudo, o que demonstra a eficácia dos CP na instituição.

Na população avaliada, 44,3% dos pacientes iniciaram os CP com 1 a 15 dias de internação, o que demonstra sua implementação precoce nos planos de cuidados. Este é um dado positivo, considerando que a literatura aponta que a implementação precoce de CP está relacionada a melhores benefícios aos pacientes, enquanto a implementação tardia é ligada ao maior índice de óbito na internação (Bravalhieri et al., 2020).

Foi observado ainda que após a definição dos CP, em 92,9% dos casos foi realizada a conferência familiar. Castilho et al. (2021) afirmam que os principais objetivos da equipe de CP ao convocar uma conferência familiar são de conhecer paciente e familiares incluindo suas histórias de vida e valores, compartilhar informações sobre o paciente como diagnósticos e prognósticos, além de discutir sobre o objetivo dos CP e seu plano terapêutico. Ainda que, dentre os benefícios desta reunião, encontram-se a possibilidade de diminuir distorções de comunicação, incluir a família nos cuidados, auxiliar no direcionamento do tratamento à biografia do paciente, alinhar expectativas e, em alguns casos, até mesmo reduzir custos quando é possível a redução da distanásia, principalmente em UTI.

Por se tratar de um encontro de grande intensidade, é exigido da equipe que conduz esse momento, além do conhecimento técnico do quadro do paciente, grandes habilidades em comunicação como domínio de escuta ativa, validação de sentimentos e técnica

para comunicação de notícias difíceis (Castilho et al., 2021), o que ressalta a importância da presença do psicólogo, profissional capaz de ofertar o suporte emocional necessário. No entanto, através dos registros de evolução nos prontuários eletrônicos, foi percebido a presença do psicólogo em apenas 40% das conferências realizadas. Esse dado pode refletir a baixa convocação ou disponibilidade do profissional para acompanhar as reuniões, ou mesmo o déficit de registro no prontuário dos pacientes sobre a presença neste momento.

Através dos dados obtidos é possível perceber que mais de 75% dos pacientes encontraram-se com algum tipo de rebaixamento de nível de consciência, sendo 50% destes em coma. Nesses casos, nem sempre é possível realizar intervenções que envolvam a comunicação, e isso não significa que o trabalho do psicólogo se esgota. É nesse contexto que o grupo de intervenções em demandas cognitivas torna-se tão importante a ponto de serem as condutas com maior frequência dentre os resultados relativos aos pacientes.

A orientação autopsíquica e alopsíquica que foi realizada em 97,1% dos casos é uma conduta que se refere ao ato de passar informações ao paciente sobre o tempo e espaço, tempo de internação, informações sobre o ambiente e condição clínica, dentre outras informações relevantes. Sua importância reside na estimulação do contato com a realidade, além de poder gerar sentimento de segurança e existência, visto que a audição é o último órgão do sentido a ser afetado nos pacientes comatosos (Kitajima, 2014).

Outras intervenções realizadas como a estimulação sensorial (87,1%) e cognitiva (24,3%) também podem auxiliar na estimulação do contato com a realidade, além da melhora do nível de consciência. A estimulação cognitiva é entendida como qualquer intervenção não-farmacológica que pretende estimular funções cognitivas como memória, pensamento, atenção e linguagem (Fernandes, 2015) e a estimulação sensorial refere-se à estimulação dos sentidos com estímulos conhecidos como sons familiares, odores, sabores, toques, músicas, entre outros. Um estudo realizou a aplicação de um programa de estimulação multissensorial em pacientes comatosos e concluiu que a estimulação contribuiu na melhoria do estado de consciência dos doentes (Rodrigues & Varanda, 2019).

Pacientes em CP podem apresentar angústias intensas, visto que estão a todo momento em contato com uma fronteira da existência, a morte próxima. Alguns dos aspectos emocionais esperados incluem medos diversos (de morrer, da dor, do sofrimento, separação, incapacidade, de ser esquecido), sentimentos de tristeza, raiva, desânimo, impotência, desesperança, e reações de choro constante (ou não conseguir chorar as perdas), instabilidade no contato com a equipe multiprofissional, perguntas frequentes sobre aspectos aparentemente esclarecidos, baixa autoestima, entre outros (Carvalho et al., 2018).

Não obstante, os cuidadores familiares vivem o processo de doença e a finitude como uma crise, estando presente intensos sofrimentos e angústias diante da possibilidade real da perda de alguém significativo em sua vida (Castilho et al., 2021; Melo et al., 2018). Durante a internação, 74% foram acompanhados por cuidadores familiares, sendo que 51,4% destes eram filhos. Tais dados vão de acordo com estudos que apontam que a maioria dos cuidadores de pacientes em CP são filhos, os quais possuem importante papel na avaliação, gestão de sintomas, cuidados de higiene, alimentação e apoio emocional. Por esta carga, estes também podem apresentar desgastes e deterioração da própria saúde física e emocional, o que pode levar a quadros de depressão, isolamento social, ou mesmo doenças agudas ou crônicas (Arias-Rojas et al., 2021; Carvalho et al., 2018; Delalibera et al., 2018).

Tais situações evidenciam as condutas do grupo de intervenções em demandas emocionais relativas ao paciente e família, onde foram elucidadas uma gama de condutas que objetivaram o trabalho com as emoções e sentimentos advindos do adoecimento. O suporte emocional foi realizado com 45,7% dos pacientes e 94,6% dos cuidadores. Em relação aos pacientes, é uma conduta que pode estar compreendida como o processo de permanecer ao seu lado como um “acompanhante qualificado” (Castilho et al., 2021), munido de escuta ativa, empatia e conexão com a vida do outro, a dor, o silêncio, o vazio, ou mesmo o “não”, buscando a sustentação através da presença sensível, da legitimação ou validação dos sentimentos.

Com os familiares, refere-se ao processo de amparo e escuta ativa às suas necessidades e dificuldades, facilitando a construção de significado para a vida, a absorção da realidade gradualmente e a resolução de questões pendentes. Este processo é contínuo durante toda a internação, sendo importante a observação

da dinâmica familiar para avaliar a necessidade de intervenções em situações como a conspiração do silêncio, negação, isolamento, conflitos interpessoais, raiva e negligência. No atendimento tanto ao paciente quanto ao familiar, o processo de suporte emocional envolve o manejo de ansiedade e de alterações de humor, condutas presentes nos resultados deste estudo, visto que estas são reações esperadas diante do contexto e devem ser avaliadas continuamente (Castilho et al., 2021; Carvalho et al., 2018).

O acolhimento é outra prática essencial ao trabalho do psicólogo, e embora registrado em 25,7% dos pacientes, é possível que tenha sido realizado em mais casos, visto que esta é uma conduta intrínseca ao acompanhamento psicológico, não podendo ser dissociada do suporte emocional quando entende-se que este é realizado a partir do acolhimento das demandas emocionais do paciente. Já com os cuidadores, o acolhimento foi realizado em 94,6% dos casos, mesmo que 14 dos pacientes encontravam-se sem acompanhante. Este dado reflete a efetividade do acolhimento aos familiares/cuidadores, que ocorreu tanto nos casos em que o cuidador esteve acompanhando o paciente, e naqueles em que somente visitou.

Guimarães e Faria (2022) elucidam que o processo de finitude é envolvido por perdas, sejam elas reais ou simbólicas, abarcando uma multiplicidade de sentimentos, os quais necessitam ser elaborados em um novo sentido, tanto pelo doente quanto pela família. O psicólogo atua nesse enfrentamento, oferecendo suporte adequado de acordo com a vivência de cada um. Para tanto, o fortalecimento de recursos de enfrentamento foi realizado com 11,4% dos pacientes e 35,7% dos cuidadores. Melo et al. (2013) referem que, além de examinar quais recursos e habilidades de enfrentamento pacientes e familiares empregam, o psicólogo pode auxiliar no emprego de novos como técnicas de visualização e relaxamento, meditação, além de reafirmar/corrigir padrões adaptativos e desadaptados de enfrentamento. Pode-se também trabalhar a história de vida, revivendo situações prazerosas, elaborando significados positivos como na conduta “Ressignificação de vivências”, adotada em 2,9% dos pacientes e 5,7% dos cuidadores, além de incorporar aspectos da espiritualidade de cada um. Porto e Lustosa (2010) ressaltam ainda que no enfrentamento da falência do corpo e da saúde, surge a necessidade de se estabelecer uma significação para a vida ainda possível através da aceitação da morte.

Em CP, existem grandes quantidades de notícias difíceis a serem comunicadas aos pacientes e familiares nas conferências familiares e atendimentos de rotina. Tais notícias podem envolver diagnósticos ou prognósticos ruins, piores no quadro clínico, processo ativo de morte e o óbito em si. O suporte emocional após comunicação de notícias difíceis foi realizado junto a 17,1% dos cuidadores e 1,4 % dos pacientes, e suporte emocional pós óbito em 8,6% dos casos, podendo estes números serem maiores devido às falhas nos registros, pois tais condutas fazem parte da rotina do psicólogo na instituição. Em tais momentos, o profissional deve respeitar e acolher manifestações emocionais, e embora a dor faça parte destes processos, busca-se prevenir o sofrimento e o luto complicado (Castilho et al., 2021).

O processo de luto antecipatório também é uma demanda comum em cuidados paliativos, que na amostra pesquisada requereu a intervenção psicológica junto a 5,7% dos cuidadores. Definido como uma reação genuína de pesar pela experiência de separação onde há a ameaça de morte, o luto antecipatório pode ser visto como um fenômeno adaptativo para a experiência da separação física, que começa após o abandono da negação da morte. As intervenções em luto antecipatório podem envolver a elaboração dos sentimentos destinados à pessoa doente, além de auxiliar na finalização de situações incompletas de forma subjetiva através de despedidas, do perdoar e ser perdoado, ou mesmo na expressão de sentimentos, e de forma concreta através da resolução de pendências cotidianas, financeiras ou administrativas (Santos et al., 2017).

Nos casos em que o paciente foi de alta da instituição, percebe-se que houve preparação para este momento junto a 24,3% dos cuidadores e 7,1% dos pacientes. O momento da alta pode proporcionar sentimentos de alívio por voltar para a casa, e ao mesmo tempo, provocar medo, insegurança e dúvidas quanto aos cuidados domiciliares. O psicólogo, neste momento, pode acolher os sentimentos emergentes, além de promover orientações em conjunto com a equipe multidisciplinar sobre os cuidados no domicílio considerando as necessidades individuais do caso, atento aos sinais verbais e não verbais que possam indicar insegurança ou incompreensão das informações (Carvalho et al., 2018).

Neste aspecto, também está envolvido o grupo de condutas de orientação e psicoeducação, pois, quanto mais paciente e família estiverem informados sobre o processo de adoecimento e de internação, com suas dúvidas sanadas, melhor será o resultado das ações e mudanças a serem implementadas. As orientações a serem realizadas irão de acordo com a necessidade e particularidades de cada situação, sendo imprescindível lembrar que em cuidados paliativos uma boa comunicação é fundamental (Carvalho et al., 2018; Castilho et al., 2021). Com o paciente, embora em frequências menores, as condutas registradas neste grupo foram orientações gerais, orientações sobre rotinas e esclarecimento de dúvidas. Já com o cuidador, as condutas de orientação e psicoeducação foram muito utilizadas, sendo elas a psicoeducação sobre UTI, sobre cuidados paliativos e sobre a doença, e as orientações gerais, sobre normas e rotinas da enfermagem e sobre covid.

Neste ponto, é interessante refletir sobre o uso de termos muito evasivos no registro de prontuário como “orientações gerais”, que podem não dizer muito para a equipe a respeito do caso. Considerando o prontuário como um instrumento de comunicação entre a equipe, seus registros devem conter informações adequadas de forma a favorecer o entendimento de todos, com o cuidado de não expor questões íntimas dos envolvidos (Carvalho et al., 2018).

Ademais, Castilho et al. (2021) referem que ao considerar os familiares cuidadores como parte da unidade de CP, faz-se necessária a atenção especializada para atender outras demandas advindas da família. No grupo de intervenções em demandas familiares, foram evidenciadas a necessidade de mediação de demandas do familiar com a equipe, além da realização de reunião familiar para preparo para alta. Isso reforça o papel do psicólogo de facilitador da comunicação clara entre a tríade paciente, família e equipe, e de sua busca aliviar o sofrimento de todos os envolvidos no processo, diminuindo os agentes estressores que causam dor e angústia (Melo et al., 2018).

Por fim, em CP o cuidado deve ser humanizado, buscando a priorização dos interesses e desejos do paciente e seus familiares como forma de fazer cumprir o princípio do cuidado paliativo de aliviar a dor, sofrimento psicológico, espiritual e necessidades sociais.

E dentre as condutas de humanização, em relação ao paciente foram percebidas intervenções advindas da pandemia de COVID-19, como a reprodução de áudios e vídeos da família, e a realização de videochamadas. O uso de recursos tecnológicos foi incorporado no atendimento psicológico de forma a aproximar os pacientes de seus familiares em um contexto de suspensão de visitas presenciais, após o início da pandemia. Com os familiares, percebe-se que o psicólogo acompanhou as visitas presenciais (quando permitidas), além de visitas em caráter de exceção, muitas vezes, promovidas para oportunizar despedidas. Tais ações, além de auxiliar no luto antecipatório, podem propiciar que o paciente se sinta acompanhado pela família, diminuindo sentimentos de solidão (Castilho et al., 2021; Melo et al., 2013).

Por fim, ressalta-se a importância das reuniões entre equipes para discussão de caso realizadas e registradas na totalidade da amostra. Castilho et al. (2021) reforçam que para a construção de um trabalho compartilhado são necessários canais de comunicação com os diferentes profissionais envolvidos no cuidado. Além disso, a adoção de uma abordagem colaborativa que abra espaço para que todas as especialidades sejam envolvidas nas decisões favorece medidas terapêuticas com foco no cuidado integrado.

Considerações finais

Contrariando a ideia de que “não há mais nada a se fazer” pelo paciente paliativo, este estudo evidenciou uma gama de intervenções psicológicas utilizadas no tratamento de pacientes adultos em cuidados paliativos. Foram identificadas condutas de intervenção em demandas emocionais de pacientes e familiares que buscaram minimizar os sofrimentos que a finitude provoca, condutas de intervenção em demandas cognitivas diante do grande número de pacientes com quadros neurológicos, condutas de orientação e psicoeducação que buscavam educar e informar pacientes e familiares sobre aspectos inerentes ao processo de adoecimento e internação, condutas de humanização para promover um cuidado centrado nas necessidades individuais e condutas de intervenção em demandas familiares. Tais achados corroboram com a literatura que trata de intervenções psicológicas nos CP e processos de morte e morrer.

Os dados obtidos através do estudo também permitem adentrar nas características sociodemográficas e clínicas dos pacientes em CP de um hospital de reabilitação, e evidenciar a importância desses cuidados no tratamento de qualquer doença grave e ameaçadora de vida. Ficou evidente que, embora o desfecho “óbito” tenha ocorrido na maioria dos casos de internação, esse número tende a aumentar na ausência de assistência paliativa.

Dentre as limitações da pesquisa, encontram-se as falhas nos registros de prontuário, que apesar de serem o maior instrumento de registro de condutas, nem sempre fornecem com precisão as informações sobre o paciente e a realidade do trabalho do profissional. Nesse sentido, este estudo também contribuiu na nomeação das condutas do psicólogo no hospital que se perdem na subjetividade da prática diária. Nomear as condutas adequadamente favorece a eficácia da comunicação entre a equipe, a valorização do fazer psicológico nas instituições de saúde e a melhora da qualidade da assistência ao paciente.

Embora seja um assunto de grande importância, são poucos os estudos que abordam o fazer psicológico nos cuidados paliativos, e ainda os que abordam quantitativamente as condutas psicológicas nos cuidados paliativos e na psicologia hospitalar, sendo esta também uma limitação encontrada. Isso demonstra não só a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, de modo a fortalecer as práticas baseadas em evidências, mas também a carência de profissionais especializados neste tipo de cuidado.

Percebe-se, ainda, a urgência em formações em psicologia paliativa que forneçam os subsídios necessários para a prática psicológica que possa verdadeiramente abarcar a multiplicidade de necessidades biopsicossocioespirituais apresentadas pelos pacientes em fase final de vida. Foi observada também a necessidade de mais estudos sobre a temática de CP nas doenças crônicas não oncológicas.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir não somente com a comunidade científica, mas também com a melhoria na assistência ao paciente paliativo na unidade e no SUS, principalmente no que se refere às condutas de humanização, e na efetividade do registro psicológico no prontuário do paciente.

Contribuições das autoras

Oliveira, K. S. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Machado, C. S. e Nascimento, D. S. participaram como orientadoras da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Teles, G. L. participou como orientadora do delineamento metodológico, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Todas as autoras revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

Angerami, V. A. (2010). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. Cengage Learning.

Arias-Rojas, M., Moreno, S. C., García, A. S., & Ballesteros, I. R. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos [Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com câncer em cuidados paliativos]. *Revista Cuidarte*, 12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1248>

Barros, J. A., Simões, A. L. S., Andriano, S., & Nicolussi, A. C. (2022). Identificação e caracterização de pacientes idosos elegíveis a cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 11(6), e21411628980. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28980>

Bravallhieri, A. A. V., Barbosa, S. R. M., Assis, M. F. B. R., & Penha, R. M. (2020). Características de pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de cuidados prolongados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Multitemas*, 25(59), 211–226. <https://doi.org/10.20435/multi.v21i59.2878>

Carvalho, R. T., Souza, M. R. B., Franck, E. M., Polastrini, R. T. V., Crispim, D., Jales, S. M. C. P., Barbosa, S. M. M., & Torres, S. H. B. (Eds.). (2018). *Manual da residência de cuidados paliativos*. Manole.

Castilho, R. K., Silva, V. C. S., & Pinto, C. S. (Eds.). (2021). *Manual de Cuidados Paliativos* (3a ed.). Atheneu.

Costa, J. C., Barbosa, A. M., & Zandonade, E. (2020). Caracterização dos pacientes acompanhados pelo serviço de Cuidados Paliativos de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 22(2), 18–28. <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i2.27810>

Delalibera, M., Barbosa, A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & saúde coletiva*, 23(4), 1105–1117. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.12902016>

Faller, J. W., Brusnicki, P. H., Zilly, A., Brofman, M. C. B. F. S., & Cavalhieri, L. (2016). Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(Especial 22), 29–43. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p29-43>

Fernandes, A. F. R. (2015). *Plasticidade Cognitiva: Um estudo de caso de estimulação cognitiva em idosos* [Tese de doutorado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/6026>

Florêncio, R. S., Cestari, V. R. F., Souza, L. C., Flor, A. C., Nogueira, V. P., Moreira, T. M. M., Salvetti, M. G. & Pessoa, V. L. M. P. (2020). Cuidados paliativos no contexto da pandemia de covid-19: desafios e contribuições. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20200188. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>

Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista paraense de medicina*, 23(3). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-588477>

Freire, M. E. M., Costa, S. F. G., Lima, R. A. G., & Sawada, N. O. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2), e5420016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>

- Guimarães, K., & Faria, H. (2022). Contribuições da psicologia nos cuidados paliativos. *Cadernos de Psicologia*, 4(7). <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/download/3275/2301>
- Kitajima, K. (Org.). (2014). *Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotinas de atendimento*. Revinter.
- Martins, B. C. P. C. C. (2016). *Cuidados paliativos para pacientes em estado terminal em Unidades de Terapia Intensiva: revisão sistemática e metanálise*. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional UNESP. <http://hdl.handle.net/11449/137845>
- Melo, A. C., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(3), 452–469. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36229333007>
- Melo, T. E. A., Freitas, D. N., & Pacheco, K. H. (2018). Psicologia e cuidados paliativos: um olhar a tríade família, paciente e equipe de saúde. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT-ALAGOAS*, 5(1), 33. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/5518>
- Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 76–93. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&tlng=pt
- Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018*. (2018). Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
- Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016*. (2016). Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rodrigues, C. A. F., & Varanda, E. M. G. (2019). Aplicação de um programa de estimulação multissensorial a doentes com alterações severas do estado de consciência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 5–11. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4554>
- Santos, A. F. J., Ferreira, E. A. L., & Guirro, U. D. P. (2020). *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
- Santos, R. C. S., Yamamoto, Y. M., & Custódio, L. M. G. (2017). Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>
- Schaefer, F. (2020). A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 20(3), 26–50. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p26-50>
- Simieli, I., Padilha, L. A. R., & Tavares, C. F. F. (2019). Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (37), e1511. <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019>
- Simonetti, A. (2018). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. Artesã Editora.