

HUMANIZAÇÃO NA DOR: MANEJO DOS PROFISSIONAIS NO CUIDADO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Amanda de Oliveira COCOLETTO¹

Laura Alencar da SILVA²

Aryane Leinne Oliveira MATIOLI³

aryanematioli@fag.edu.br

RESUMO

O presente trabalho aborda a humanização frente ao manejo dos profissionais em relação à Dor Total do paciente oncológico, tendo como objetivo a compreensão quanto a importância desse manejo que deve ser realizado de forma humanizada. Para tal, foram realizadas entrevistas com profissionais da equipe de saúde, sendo uma psicóloga, uma médica, uma enfermeira e uma assistente social. O método utilizado foi de Análise de Conteúdo e, como resultados da pesquisa, obteve-se três categorias de análise. A partir disso, verificou-se que a dor dos pacientes não é somente física, ela é multifatorial e há uma dificuldade no cuidado com a dor oncológica. Verificou-se também, a forma como se realiza o trabalho em equipe interdisciplinar e percebeu-se que os profissionais estão suscetíveis ao sofrimento. Nesse sentido, tem-se a psicoterapia como uma forma de cuidado com a dor psíquica do profissional. Por fim, compreendeu-se que a ação da humanização proporciona aos pacientes oncológicos a dignidade e o respeito no momento de dor e internação. A partir da análise dos resultados concluiu-se que o trabalho no contexto oncológico é permeado pela humanização existe a necessidade de novos estudos, eventos, projetos e palestras para uma maior propagação da prática humanizadora a todos que se encontram dentro do ambiente oncológico.

Palavras-chave: Dor Total; paciente oncológico; profissional oncológico; manejo profissional.

¹ Acadêmica do 10º período do curso de graduação em Psicologia, Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG, Cascavel, PR. E-mail: aococoletto@minha.fag.edu.br

² Acadêmica do curso de graduação em Psicologia, Centro Universitário Assis Gurgacz FAG 10º período. E-mail: lasilva21@minha.fag.edu.br

³ Psicóloga, Orientadora, Mestra em Psicologia, Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. E-mail: aryanematioli@fag.edu.br

HUMANIZING PAIN: HOW PROFESSIONALS MANAGE CARING FOR CANCER PATIENTS

Amanda de Oliveira COCOLETTO¹

Laura Alencar da SILVA²

Aryane Leinne Oliveira MATIOLI³
aryanematioli@fag.edu.br

ABSTRACT

This study deals with humanization in the management by professionals in relation to cancer patients' Total Pain. The objective was to understand the importance of this management, which must be carried out in a humanized way. To this end, interviews were conducted with professionals from the healthcare team, including a psychologist, a doctor, a nurse and a social worker. The method used was Content Analysis and, the results of the research were three categories of analysis were obtained. From this, it emerged that patients' pain is not only physical, it is multifactorial and there is a difficulty in caring for cancer pain. We also looked at how interdisciplinary teamwork is carried out and realized that professionals are susceptible to suffering. In this sense, psychotherapy is a way of caring for professionals' psychological pain. Finally, it was understood that humanization provides cancer patients with dignity and respect at the time of pain and hospitalization. Based on the analysis of the results, it was concluded that work in the oncology context is permeated by humanization and that there is a need for further studies, events, projects and lectures in order to spread the practice of humanization more widely to everyone in the oncology environment.

Key words: Total Pain; cancer patient; cancer professional; professional management.

¹ Acadêmica do 10º período do curso de graduação em Psicologia, Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG, Cascavel, PR. E-mail: aococoletto@minha.fag.edu.br

² Acadêmica do curso de graduação em Psicologia, Centro Universitário Assis Gurgacz FAG 10º período. E-mail: lasilva21@minha.fag.edu.br

³ Psicóloga, Orientadora, Mestra em Psicologia, Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. E-mail: aryanematioli@fag.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo visa abordar a humanização da Dor Total, buscando compreender como é o manejo dos profissionais em relação à Dor Total que os pacientes oncológicos sentem. Para justificar a pertinência deste artigo, cabe contextualizar a Dor Total e o adoecer diante do diagnóstico do câncer.

Dentro desse quadro, Dor Total foi um conceito criado por Cicely Saunders na Inglaterra. Saunders possuía uma formação profissional na área de enfermagem, medicina e serviço social, realizando trabalhos com a pacientes fora da possibilidade de cura, percebendo em sua atuação a existência de estados complexos de sentimentos dolorosos segmentados em dor física, dor psíquica, dor social e dor espiritual (CARVALHO, 2009). A concepção deste conceito expõe a relevância de todas essas dimensões do sofrimento humano, assim como a ineficácia do alívio da dor sem dar atenção às demais áreas que compõem a subjetividade de um indivíduo. Em uma vivência de dor, aspectos sensitivos, emocionais e culturais são inseparáveis e necessitam de investigação do mesmo modo. A equipe deve ter de modo claro para si todos os aspectos da Dor Total (BRASIL, 2001).

No âmbito das doenças que causam dor, o câncer ganha destaque. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2023), o câncer tem se transformado em uma preocupação crucial para a saúde pública, estimando-se que em um futuro próximo ele venha a ser a causa primordial de mortalidade no planeta por motivo de doença. A estimativa para o Brasil é de que no próximo triênio sejam diagnosticados 704 mil novos casos por ano.

Em relação à dor, o INCA afirma que a prevalência de dor expande com o aumento da doença, na qual a dor moderada ou intensa acontece em 30% dos pacientes que recebem tratamento e em 60% a 90% dos pacientes com câncer em estágio avançado (BRASIL, 2001).

Diante disso, esta pesquisa buscou compreender se o manejo dos profissionais, em relação à Dor Total do paciente no contexto oncológico, é permeado pela humanização. Para alcançar este objetivo, foi realizada uma investigação com os profissionais do contexto oncológico verificando se conhecem o conceito de Dor Total, observando como é a rotina dos profissionais, se acontece a comunicação interdisciplinar no contexto oncológico e como lidam com seus próprios aspectos psicológicos.

1.1 DOR TOTAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

A dor do câncer, também nomeada como dor oncológica, está relacionada a consideráveis aspectos do adoecimento, sendo uma doença marcada por técnicas invasivas e dolorosas, efeitos colaterais e a possibilidade de morte do paciente, com dor. A dor é uma experiência genuína, singular e subjetiva que percorre tanto as sensações físicas como o emocional e afetivo. Dessa maneira, a dor necessita ser compreendida com uma experiência multidimensional (GOMES e MELO, 2023).

Na realização no tratamento da dor, segundo Saunders (2005), considera-se que seja feita uma avaliação cuidadosa dos possíveis sintomas que incomodam o paciente, mas não um diagnóstico, pois isto já foi feito, mas sim tratar a dor e os seguintes elementos da doença. Nesta conjuntura, compreender que a morte é tão individual quanto a vida, levando aos estudos e definições do conceito de Dor Total, sendo caracterizado de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos que sofrem, sendo paciente, família e a dor da equipe de saúde.

1.2 HUMANIZAÇÃO

Com a aproximação habitual com pacientes que estão no fim da vida sentindo dor e sofrendo, os profissionais da saúde colocam-se diante seus próprios conflitos e frustrações, podendo desenvolver mecanismos de defesa que refletem uma consequência em seu manejo, podendo prejudicar sua vida profissional e pessoal. Em vista disso, a saúde deve ser vista como um valor a ser utilizado, beneficiando e garantindo aos pacientes e familiares o cumprimento de seus direitos. Pois cuidar de quem cuida é circunstância suficiente para o desdobramento de ações em prol da humanização (MOTA, *et al.*, 2006).

A humanização localiza respaldo no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal que demarca “a dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988), podendo ser compreendida como uma garantia da integridade, dignidade, liberdade e saúde vital aos que são beneficiários do trabalho que abarca a prática profissional (BACKES, LUNARDI e FILHO, 2006). Também se faz presente a Política Nacional de Humanização (PNH) que procura colocar resultados práticos, tendo como principais objetivos a redução de filas e do tempo de espera, atendimento acolhedor e resolutivo, implementação do modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde e uma gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2021).

1.3 PAPEL DA PSICOLOGIA CUIDANDO DA EQUIPE

Conjuntamente com os temas apresentados de Dor Total com os pacientes oncológicos e a humanização de profissionais, complementa-se com o papel da psicologia cuidando da equipe. Para Simonetti (2016), os aspectos psicológicos presentes no meio hospitalar percorrem não somente paciente e família, mas a equipe interdisciplinar com quem o psicólogo irá atuar. Trabalhar diretamente com o adoecer vai ao encontro com a condição de desamparo existencial constituinte da condição humana, onde nenhum ser enfrenta sem abater-se.

As equipes são qualificadas para desempenhar tarefas que requerem habilidades, julgamentos e experiências, sendo adaptáveis para atuar com mudanças. Mas para equipes de saúde, ainda se tem em consideração a condição de convivência entre especialidades, no qual, este contato, pode contribuir para a troca de diferentes saberes, durante a produção do cuidado. Diante disso, os membros da equipe colaboram entre si para lidar com os casos dos pacientes, pois não é um trabalho que deve ser resolvido por um único profissional (SILVA, *et al.*, 2021).

Estar em contato com indivíduos em fim de vida pode provocar emoções nos membros da equipe, gerando conflitos e demanda de reflexão (CARDOSO, *et al.*, 2013). Por parte de alguns profissionais pode-se observar neutralidade e frieza diante da pessoa hospitalizada, que pode ser decorrido por exemplo de habituação às situações vivenciadas em uma rotina sobrecarregada (SANTOS e SANTOS, 2018).

Uma equipe bem assistida, capacitada e com educação adequada para uma prática em saúde, apresentará resultados mais satisfatórios no controle de sintomas físicos e sofrimentos psicossociais (CARDOSO, *et al.*, 2013). Portanto, é essencial compreender a importância da inserção do psicólogo no contexto hospitalar como agente especializado com um olhar técnico (SANTOS e SANTOS, 2018).

2 MÉTODOS

Nesta pesquisa foram realizadas entrevistas com a participação de quatro profissionais da área da saúde, sendo uma enfermeira, uma médica, uma psicóloga e uma assistente social.

Ao que se refere ao plano de recrutamento da pesquisa, ocorreu a utilização de uma amostragem por acessibilidade e conveniência, que de acordo com Gil (2008), trata-se de uma amostragem realizada em pesquisas exploratórias e qualitativas na qual a escolha dos componentes para a representação da população foi a de elementos que se consideram de fácil acesso e sem um alto grau de precisão.

Posto isso, após submetido ao Comitê de Ética, o projeto de pesquisa foi aprovado sob o CAAE nº 81412724.0.0000.5219. O recrutamento da amostra iniciou com a indicação de

profissionais realizada pela pesquisadora principal, de acordo com o seu meio de convivência. Vale ressaltar que a amostra formada teve como prioridade contar com participantes de profissões diferentes, evitando a repetição de profissionais de uma mesma profissão e teve como objetivo gerar conhecimentos acerca do manejo dos profissionais da saúde e a influência de suas vivências nos atendimentos em ambientes oncológicos.

A amostra teve os seguintes critérios de inclusão: o participante deveria ter 18 anos ou mais e ter experiência de no mínimo um ano de atuação ou assistência com pacientes no contexto oncológico. Quanto aos critérios de exclusão, não foram entrevistados profissionais não falantes da Língua Portuguesa e que não fossem formados na área, como os estagiários. Os instrumentos utilizados neste projeto foram o *rapport* com finalidade de elucidar os propósitos da pesquisa e da maneira como ela foi conduzida com sigilo e liberdade de expressão. E também a entrevista foi semiestruturada com seis perguntas disparadoras sendo elaboradas pelas pesquisadoras.

Inicialmente as pesquisadoras entraram em contato com as profissionais de saúde por meio do *Whatsapp* para as convidar a participar da presente pesquisa. Seguidamente após confirmado a participação foi agendado local, dia, horário e as opções de participação, sendo *on-line* via *Google Meet* ou presencial em uma sala de consultório de psicologia reservada pelas pesquisadoras. Para as duas opções foi apresentado, lido e recolhido assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), posteriormente, foi realizado o *rapport* com seguimento da entrevista tendo uma duração média de uma hora. As entrevistas foram registradas por gravação de áudio, subsequentemente foram feitas as transcrições e analisados os resultados obtidos.

Para a análise dos resultados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo. Tendo como um instrumento de investigação a fala exercida por enunciadores observáveis, levando em consideração o material em sua forma e distribuição. Por meio deste método se busca através da fala, aquilo que está detrás das palavras, analisando outros panoramas que se encontram nas mensagens (BARDIN, 2016). Para contribuir com o método, os elementos presentes encontrados nas falas foram subdivididos em tópicos para uma melhor compreensão dos resultados identificados.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Será apresentado a seguir a análise e discussão dos resultados da pesquisa. Como resultados elencaram-se três categorias de análise, as quais são apresentadas em tópicos, para

uma melhor compreensão desses resultados, organizadas a partir das similaridades das falas das profissionais entrevistadas, sendo: A multidimensão da dor e a dificuldade com a dor oncológica; o trabalho e a dor emocional da equipe; um olhar que transcende a doença.

Para preservar a identidade das entrevistadas, as autoras escolheram nomes fictícios homenageando pessoas que marcaram as mesmas dentro do contexto oncológico, onde a psicóloga entrevistada terá o nome de Alexia, a médica será chamada de Kate, a enfermeira será chamada de Léia e a assistente social terá o nome de Maria.

3.1 A MULTIDIMENSÃO DA DOR E A DIFICULDADE COM A DOR ONCOLÓGICA

De acordo com Gomes e Melo (2023), a dor do câncer, também chamada de dor oncológica, é definida por qualquer dor sentida em relação com a doença, sendo relacionada a diversas particularidades da enfermidade. Esta dor oncológica é responsável por afetar a funcionalidade do paciente, como fadiga, distúrbios de humor, ansiedade, alterações no sono, sendo condições que interferem na qualidade de vida. Um controle de dor é imensamente complexo para a equipe, pois ela é uma experiência singular, subjetiva e genuína. Para elucidar tal aspecto foi trazido o trecho da médica Kate:

É muito difícil fazer esse primeiro atendimento do paciente com dor oncológica. Porque você tem que escutar o paciente e a família não para de falar. Porque a família também tem muitas demandas. Então é bem complicado você fazer esse primeiro atendimento. [...] chegou para mim, ela estava tomando acho que uns 7 medicamentos, todos para dor. E continuava com dor (KATE).

Em estágios avançados do câncer, pesquisas revelam que 60% a 90% dos pacientes possuem dor intensa (CARVALHO, 2009). Sobre isso, a enfermeira Léia diz o seguinte:

Medica e chega uma hora que você sabe a dosagem, você sabe do potencial daquela medicação. E você vai falar, e agora? E ele vai continuar com dor. Ele vai continuar gritando. Se você encosta nele, por mais que seja delicado, ele vai gritar de dor. Então, assim, ele chega a ser agonizante para todo mundo, essa chega a doer na gente. E inclusive, dessas questões, na hora que vê que tá um entubado, pra gente é um alívio (LÉIA).

Desse modo, a dor necessita ser compreendida como uma experiência multidimensional e complexa, que precisa ser avaliada com uma percepção cognitiva e afetiva para além dos desconfortos do corpo (GOMES e MELO, 2023). Tal fato é abordado na fala da assistente social Maria:

Então, eu fico muito preocupada com paciente com dor, porque é grave, é preocupante, ele não tem uma qualidade de tratamento, porque o paciente não come bem, não dorme bem, então a dor, ela tira muita coisa do paciente. Então, se você ignorar isso, é você condenar o paciente a viver com dor e não conseguir fazer o tratamento de forma correta. Então, eu fico muito preocupada com paciente com dor e eu sempre tento me esforçar o máximo pra ter uma condição que ele consiga solucionar o problema dele nessa questão de dor (MARIA).

Diante disso Carvalho (2009) ressalta que a equipe de saúde necessita de um treinamento adequado para escutar e reconhecer atentamente as queixas do paciente e da família. Conforme ilustrado pela fala da psicóloga Alexia a seguir:

A dor é uma prioridade, não dá para fazer outras coisas enquanto o paciente está com dor. Bom, qualquer um de nós que tenha sentido dor, você fala, primeiro você tira a minha dor, depois a gente faz outra coisa, não é isso? E o paciente com dor oncológica, que é muito mais intensa, e às vezes muito mais desorganizadora, essa dor precisa ser uma dor vista como prioridade máxima (ALEXIA).

De acordo com Simonetti (2016), toda doença apresenta aspectos psicológicos, onde ela se desvenda carregada de subjetividade, e em um ambiente em que o curar é constantemente procurado, mas se tem a falta do escutar, onde se vem da psicologia hospitalar demarcada como uma filosofia da escuta. Não escutar a “doença” e sim, a “pessoa” que está emaranhada nessa doença, se escutando a subjetividade, pois com a cura não se elimina a subjetividade, na realidade a subjetividade não tem cura. A fala de Alexia corrobora com esses aspectos:

Então, é prioridade, validar a dor. Se ele fala que ele está com dor, é porque ele está com dor. A dor é dele, a dor é de quem sente, a dor é do paciente, a dor é real. A gente não parte do pressuposto, que é uma dor fictícia, é uma dor emocional, é dor, está lá na dimensão da Dor Total, é dor. Então, primeiro a gente valida essa dor. Estou falando do ponto de vista da psicologia. E aí você vai validar, você vai dizer dói, onde dói, como dói [...] qual a intensidade, qual a duração e quais os sentidos que você atribui a essa dor. Dói mais quando eu estou nervoso, dói mais quando eu estou deprimido, dói mais quando ninguém vem me visitar, dói (ALEXIA).

Diante da dor oncológica Saunders (2005), considera que a realização no tratamento da dor seja feita uma avaliação cuidadosa dos possíveis sintomas que incomodam o paciente, mas não um diagnóstico, pois isto já foi feito, mas sim tratar a dor e os seguintes elementos da doença. Nesta conjuntura, compreender que a morte é tão individual quanto a vida e, então, considerar os elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos que sofrem, sendo paciente, família e a dor da equipe de saúde, o que é elucidado com a fala da médica Kate a seguir:

Dor Total não é só dor física. É uma dor emocional associada à parte de dor física e é bem comum no paciente oncológico isso, porque é um diagnóstico muito difícil deles enfrentarem. E você percebe isso não só no paciente, mas na família. Então, existem famílias que são bem mais difíceis de você manejar a dor física do paciente, porque eles transferem uma dor emocional muito grande para esse paciente, e o paciente sente. Então, uma Dor Total você não pode olhar só para o ser humano, o indivíduo, você tem que pensar mais na psique do paciente também (KATE).

A dor vivenciada pelo paciente em relação a uma doença ameaçadora como o câncer, requer da equipe uma sapiência no cuidado com a avaliação e cuidado com os elementos envolvidos, onde é necessário examinar as manifestações da dor sob uma ótica do campo da dimensão física, psíquica, social e espiritual, para se representar a dor total (GOMES e MELO, 2023). Presenciada na fala da assistente social Maria a seguir:

[...] não só a dor física, acho que a dor emocional, psicológica [...]. Eu acho que chega ao ponto do câncer, que o psicológico dói mais do que o físico. Por mais que a dor a gente consiga amenizar ela com medicação, a gente não consegue tirar totalmente aquela dor (MARIA).

Para complementar com os cuidados das dores já existentes, se tem novas dimensões da dor e sofrimento como a financeira vinculada a perdas e dificuldade, a dor interpessoal como o isolamento, a dor familiar tendo uma mudança de papéis, uma perda de controle (CARVALHO, 2009). Alexia pontua sobre a dor e os cuidados, explicando que:

Então, a partir desses princípios, assim, além da física, depois ela foi acrescentando outras. Dor financeira, dor da família, dor de você perder a sua saúde, a dor de você estar hospitalizado, a dor de você afastar da sua casa, de você perder autonomia. Enfim, vai deixando esse conceito cada vez mais complexo para que a gente possa entender mesmo as multidimensões da dor [...] você pode até mensurar essa dor física, a dor espiritual, a dor social, a dor emocional, são dimensões mais subjetivas e estão dentro da esfera do sofrimento. Então, muitas vezes você aplaca uma dor física, mas o sofrimento permanece [...] ver o ser humano como multifacetado, multidimensional e tentar cuidar de todas essas dores (ALEXIA).

De acordo com Gomes e Melo (2023), torna-se necessário a avaliação da dor do câncer, dando destaque às multifacetadas desta dor e sofrimento sendo que a observação da assistência e conhecimento do profissional referente a este aspecto pode ser imprescindível. A relação entre equipe de saúde com o apoio social e familiar são recursos fundamentais no tratamento e alívio da dor oncológica.

3.2 O TRABALHO E A DOR EMOCIONAL DA EQUIPE

Esta categoria refere-se às semelhanças nos diálogos das entrevistadas em relação ao trabalho em equipe multidisciplinar e como esta equipe se não estiver bem cuidada pode estar suscetível a abalos emocionais, uma sensação de impotência e de um luto não reconhecido.

De acordo com Santos e Santos (2018), quando inserido no contexto hospitalar, o paciente se depara com variadas especialidades profissionais há equipes multidisciplinares, no qual as especialidades atuam individualmente de forma rotativa; equipes interdisciplinares em que as ações de trabalho ocorrem em conjunto; e equipes transdisciplinares, onde há um planejamento e intervenção em grupo, quebrando a hierarquização e procurando transpassar as barreiras disciplinares.

Corroborando com esta colocação visto o ponto na fala da psicóloga Alexia:

A experiência que eu tive foi de trabalhar numa equipe que era multi, que buscava sempre a interdisciplinaridade e que em alguns momentos a gente chegou a tocar na transdisciplinaridade (ALEXIA).

Expondo a visão da médica Kate, ela também se posiciona trazendo as suas vivências em equipe, como visto a seguir:

Na época que eu fiz a residência, a gente tinha o médico, que era o chefe, o preceptor, o residente da oncologia, a enfermeira, tinha a nutricionista, tinha assistente social, estava a fisioterapeuta, a farmacêutica e a psicóloga. A gente entrava no consultório, os pacientes entravam, era um monte de gente sentada numa cadeirinha e cada um ia abordando a sua área para ver o que poderia melhorar no contexto de vida daquele paciente e também da família (KATE).

Uma equipe é composta por indivíduos capacitados de múltiplas habilidades e julgamentos, sendo flexíveis a mudanças. Na equipe de saúde ainda se tem o convívio com estes indivíduos de outras especialidades, proporcionando o compartilhamento de informações e tomadas de decisões, potencializando a contribuição com os outros membros (SILVA *et al.*, 2021). Uma visão de equipe também é elucidada na fala da assistente social Maria:

A rotina de trabalho em equipe, ela se faz necessária, porque é uma complementação de um trabalho [...] e não tem como eu trabalhar sozinha. Eu preciso entender todo o contexto de um paciente, para a gente fornecer esse trabalho a ele. Então, a equipe trabalha junto na questão, por exemplo, enfermagem, psicologia, serviço social, médico, até mesmo atendentes. Tudo tem que se acoplar, porque se uma dessas partes não é acoplada, ela começa a virar uma deficiência no tratamento e no atendimento do paciente (MARIA).

Este trabalho em equipe pode ser algumas vezes desarmonioso, como exposto na fala da psicóloga Alexia:

Muitas vezes, as pessoas dizem assim: ah, eu trabalho em equipe. Mas você vai ver, é uma equipe multidisciplinar, ou seja, tem múltiplas especialidades e cada um fica na sua especialidade. Não é uma equipe interdisciplinar onde essas especialidades se conversam, se comunicam e tentam juntas pensar na dimensão ali do paciente [...] é um trabalho extremamente integrado e superexigente, porque exige tanto uma qualificação técnica quanto humana de você permitir que o outro adentre na tua especialidade [...] ele não está ultrapassando uma fronteira e fazendo a coisa do outro, ele está compondo junto (ALEXIA).

O trabalhar juntos oferta aos profissionais um contato com experiências e diversos saberes que contribuem para uma troca no decorrer do cuidado, havendo uma construção intrínseca à prática (SILVA, *et al.*, 2021). Como percorrido na sucinta frase da enfermeira Léia: “Olha, trabalhar com eles é uma experiência diferente. Porque, eu vou te falar, nos meus outros empregos [...] não era assim. Ali tem um Q diferente” (LÉIA).

A médica Kate e psicóloga Alexia trazem em suas falas a percepção da importância de uma equipe no contexto oncológico:

Eu gosto muito de trabalhar com equipe multidisciplinar. Eu acho que faz muita diferença no tratamento, não só no tratamento da dor, no controle da dor, mas no tratamento oncológico dele [...] a sobrecarga emocional desses pacientes é enorme [...] eu acho que o oncologista que trabalha sozinho não sabe fazer oncologia (KATE).

Trabalhar em equipe é algo fundamental, essencial, eu não vejo um trabalho na oncologia ou na hospitalar que não seja em equipe, então a gente tem que aprender a trabalhar essas multidimensões também do trabalho em equipe, porque é onde a gente aprende, é onde a gente compartilha, é onde o paciente acaba sendo o foco, o alvo de cuidados (ALEXIA).

Em uma equipe o trabalho não é desempenhado somente por um profissional, proporcionando assim um cuidado integral e qualificado a este paciente (SILVA *et al.*, 2021). Mas, frente ao ambiente hospitalar, esta equipe carece de sensibilidade e a capacidade de identificar e cuidar das variadas dimensões do sofrimento humano (CARDOSO, *et al.*, 2013), pois o contato direto com outras pessoas com dor e sofrimento coloca os profissionais da saúde na presença de seus próprios conflitos e frustrações (MOTA, *et al.*, 2006). Tal fato é observado na fala de Kate:

Teve alguns momentos durante a residência, depois de formada, que eu estava passando por problemas bem importantes dentro da minha vida pessoal, que eu não consegui deixar esses problemas tão de lado. Então, eu ficava mais direta com o paciente [...] você percebe que o seu emocional atrapalha muito no seu atendimento com o paciente. Quando você não está feliz com aquilo que você está fazendo, é difícil você deixar aquela infelicidade de lado e você cuidar do paciente da melhor forma possível (KATE).

O contato direto com a dor do paciente traz o risco de desenvolvimento de mecanismos de defesa capazes de prejudicar tanto o campo pessoal como o profissional (MOTA, *et al.*, 2006). Sobre isso, Léia diz o seguinte:

[...] dá um gatilho, acho que em todo mundo nessa hora. Tem uma técnica que ela perdeu a mãe dela, não foi por câncer, mas tinha acontecido cinco meses, só. E uma paciente específica tinha ficado um tempo lá, e eu vi que ela cuidava com muito carinho. E essa paciente faleceu e essa técnica, não sei porque, tentou suicídio (LÉIA).

A equipe assiste o paciente em fase de fim de vida e se depara com uma pessoa que apresenta possíveis inseguranças como, o impacto recorrente com a morte, sentimento de impotência, incapacidade e a sensação de vulnerabilidade. Para isso, se torna necessário a educação e treinamento de profissionais, para intervenções mais acolhedoras com os pacientes que estão no direito de valorização e integridade humana (CARDOSO, *et al.*, 2013; MOTA, *et al.*, 2006). Mas diante o delongar em um processo de hospitalização, a uma possível ocorrência do despertar sentimentos perturbantes e agonizantes, atingindo a pessoa que o acompanha neste processo, pois quando uma pessoa que se desloca ao hospital, ela não leva somente o corpo para ser tratado, ela é levada por inteiro. (SANTOS e SANTOS, 2018).

Uma dor é percebida de diferentes formas, seja para a pessoa que a sente ou um cuidador que está ao lado, produzindo dificuldades objetivas, sentimentos subjetivos derivantes a perda, sensações desgastantes, complexas e doloridas (CARVALHO, 2009). Dificuldades estas presenciadas na fala da assistente social Maria:

Suscita emoções, até porque a gente é um ser humano [...] se você deixa um pouco teu emocional tomar conta daquele momento, você não consegue raciocinar formas de estar auxiliando o paciente, seja na forma e necessidade que for, [...] fico às vezes, muito preocupada, às vezes, eu até vou pra minha casa, preocupada, pensando no que eu poderia ter feito melhor para estar auxiliando o paciente, as carências dele me deixam muito preocupadas, me deixam angustiada (MARIA).

Também observado na seguinte fala da enfermeira Léia:

Existem pacientes e pacientes. O paciente às vezes, que passa mais tempo, a gente se apegue mais [...] eu vou citar uma paciente, que ela ficou um mês com a gente. E a gente cuidando dela, ela estava acordada, depois foi entubada e junto da família, aquela coisa toda. O dia que ela veio a óbito, não teve um que não chorou. E assim, não foi pela família, foi o todo. De você ver a entrada, de você ver o sofrimento, de você ver a progressão da doença, de onde foi, de onde vai e a pessoa se definhando (LÉIA).

Carvalho (2009) apresenta que, a presença da morte traz à tona a certeza da própria morte. Nesse sentido, a médica Kate relata como as emoções e a morte estão presentes de muitas formas no ambiente hospitalar:

Quando eu entrei na residência de Onco, eu achei, tranquilo, sempre quis fazer isso. No segundo mês eu perdi um paciente de 24 anos. Eu tinha 28. Eu chorei a noite inteira do lado da cama do paciente [...] é muito difícil você tratar de um paciente mais jovem que você com câncer ou com a sua idade com câncer. Principalmente aquele paciente que chega metastático, porque você já sabe o que vai acontecer (KATE).

Tal fato também é perceptível na fala de Alexia a seguir:

Eu falo que nunca nenhuma pessoa que esteja comprometida com o trabalho na psicologia hospitalar, principalmente na oncologia, ela consegue entrar no hospital e sair do hospital igual. É uma transformação, tanto, em conhecimento, em aprendizagem, mas é uma transformação humana, assim, porque você tem um contato direto, você toca a dor do outro, a doença do outro, a morte do outro (ALEXIA).

O sentimento de perda pode levar a um processo chamado de luto antecipatório, se iniciado antes de uma morte propriamente, onde acabam interagindo com o processo de dor e sofrimento (CARVALHO, 2009). Sobre esse assunto, a psicóloga expõe o seguinte:

Acho que o hospital é sempre um lugar de múltiplos lutos, assim, não reconhecidos do profissional de saúde principalmente. Quando ele cura e vai embora e te abandona, quando ele não cura e falece, ele te abandona. Você está sempre um abandonado profissional no sentido de que as pessoas raramente querem voltar para dentro do hospital, então, claro que você representa enquanto equipe para eles um lugar de alívio, mas também uma lembrança de um momento muito difícil (ALEXIA).

Estes profissionais estando presentes em um ambiente oncológico são atingidos pela realidade da morte e do tentar evitá-la (CARDOSO, *et al.*, 2013). Sobre essa questão a médica descreve que:

Você vai para a residência clínica médica. Quem você mais vê na sua residência que é o primeiro paciente que você perde? O idoso. É o paciente com mais de 60 anos. Então daí você virou a chavinha. Ok, paciente com mais de 60 anos, tudo bem, já viveu a vida, já tinha isso, já tinha aquilo, tomava tanto medicamento, parou de sofrer, você aceita. Daí você cai na residência de oncologia clínica, porque o paciente na oncologia clínica começa com 18 anos [...] a gente atendia as crianças, às urgências e emergências das crianças. Eu cheguei a receber criança de dois meses no pronto atendimento. Como você lida com a morte de uma criança? Qual é a desculpa? O que você vai dizer? Já viveu dois meses? Então, assim, ali o baque foi muito maior, eu pensei que eu não ia terminar (KATE).

Esta realidade, pode gerar questionamentos frente à atuação profissional, sobre seus conhecimentos científicos e técnicos ao assistirem a quem morre (CARDOSO, *et al.*, 2013), como é possível perceber com a fala de Léia:

Chega uma hora que chega até desespero na gente. Porque a gente sabe que a medicação vai chegar uma hora que não vai surtir efeito. Então, você chega a ver a pessoa realmente. Ela urra de dor [...] te dá uma sensação de impotência (LÉIA).

E como é explanado na fala da assistente social:

Mas eu fico lá, aquilo na minha cabeça, pensando, se amanhã ele estiver lá, o que eu posso fazer novamente por ele? Porque aquilo fica martelando, martelando. A gente quer ajudar, então, às vezes, tem alguns casos que me pesa bastante (MARIA).

A morte para a carreira de muitos profissionais suscita emoções, como fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que eles são instruídos a combatê-la (CARDOSO, *et al.*, 2013), sendo possível perceber no relato de Kate:

[...]A família chegou para mim e disse assim, desde o dia que você falou para ele que ele estava com câncer, ela parou de comer. Não comeu mais nada. Isso foi piorando. E daqui houve uma culpa na minha consciência. [...] Quando acontece isso dentro da Oncologia, é um sentimento de impotência. Na verdade, todo médico se sente impotente quando parte um paciente. Porque a gente não foi preparado na faculdade para perder pacientes. A gente passou seis anos da nossa vida acadêmica, todo mundo falando a mesma coisa, salvar pessoas. É assim que você vai fazer para salvar pessoas. Em nenhum momento algum professor chegou para a gente e explicou como você lida com a perda do paciente. Porque isso é inevitável, você não vai salvar todas as pessoas (KATE).

Fica evidente que há demandas da equipe de saúde como trazido nas falas das entrevistadas. Pois de acordo com Santos e Santos (2018), os profissionais que vivenciam todos estes processos podem ser afetados, o que interfere no atendimento e na qualidade que é ofertada por esses profissionais. Por conseguinte, é visto como uma necessidade presente no contexto hospitalar, que tenta transmitir somente um caráter meramente curativo, mas que envolve uma reabilitação orgânica do restabelecimento da dignidade humana da equipe de saúde.

3.3 UM OLHAR QUE TRANSCENDE A DOENÇA

A partir das entrevistas, nesta categoria, pretende-se apresentar a humanização no contexto hospitalar na visão das profissionais e como ela pode ser permeada por empatia apesar do ambiente hostil e impessoal.

A dimensão essencial para a humanização hospitalar, requer um desenvolvimento reflexivo a respeito dos valores e princípios que norteiam sua atuação profissional., postulando o cumprimento ético no tratamento com cuidados dignos e acolhedores para com os pacientes fragilizados, demonstrando seu respeito frente a autonomia, justiça e dignidade dessa pessoa humana (BACKERS, *et al.*, 2006).

De acordo com Simonetti (2016) o diagnóstico tem como principal razão ser facilitador do tratamento e do diálogo entre profissionais para uma melhor estratégia terapêutica. Ele deve ser compreendido como uma hipótese de trabalho, não uma verdade absoluta. Sobre a humanização nesse contexto em que o diagnóstico não é encarado como absoluto, a médica Kate apresenta o seguinte:

Humanização, é você não enxergar o órgão da pessoa. Aquele paciente não é um câncer de pâncreas, não é um câncer de pulmão. É o pai de fulano de tal, que é o avô do fulano de tal, ele tá inserido na sociedade, não é porque ele tem uma doença terminal, que ele deixa de ser pessoa pra se transformar no órgão, na doença que tá naquele órgão (KATE).

Assim como é possível compreender no relato da assistente social Maria:

[...] não pensar somente na doença, no tratamento em si técnico, porque assim, existe toda uma questão social do paciente, familiar, às vezes o paciente ele é provedor da família [...] o atendimento humanizado para mim é você olhar o paciente como um todo, né? Não somente a doença que acarreta ele (MARIA).

A humanização no hospital é válida, pois o paciente passa a ser tratado como a pessoa que ele é, com todas as emoções que a internação pode acarretar. Levando em consideração seus valores, sua dignidade e respeitando seus direitos. A pessoa enferma é o principal foco de atenção sendo importante não somente o curar, mas também o cuidar (MOTA, *et al.*, 2006). Diante do exposto, demonstra-se com a fala da psicóloga Alexia:

Quando você muda uma agenda dentro do hospital e insere ali a possibilidade, do mais próximo possível de uma vida, de uma rotina [...] é extremamente humanizador, acho que isso é trazer um objeto, ou vários objetos que sejam familiares para você, então você poder internar com o seu pijama, com as suas coisas [...] dentro do possível que não atinja, a integridade da saúde dele [...] a gente comemorava todos os aniversários e as datas festivas e tudo isso, dentro do hospital (ALEXIA).

Quando a ciência não consegue respostas para a doença, fez-se necessário por parte da equipe, continuar diante do doente, da sua vulnerabilidade, de ser amparado, cuidado e amado, resgatando a relação interpessoal empática, sendo necessário ouvir suas necessidades (MOTA, *et al.*, 2006; CARDOSO, *et al.*, 2013). Esse ponto fica compreendido nos seguintes trechos da fala de Léia:

Principalmente o paliativo, o conforto, o cuidado, é o zelo no banho. Eu vejo muito da parte de todos ali dentro, aquela questão de se colocar no lugar. Se fosse minha mãe, se fosse alguém da minha família...são bem cuidadosos, são bem empáticos, isso aí é importante [...] sabe do sofrimento que passa ali dentro. A gente tem essa noção [...] não é só a profissão. O carinho é querer fazer algo a mais pelo outro, às vezes o que não fizeram quando era com eles ou porque viram que era importante ser assim (LÉIA).

Então, eu acho que a empatia é o que vem em relação à humanização. É você tentar amenizar o psicológico, o físico. É você tentar fazer, nos últimos momentos, uma coisa menos dolorosa. Ou que aquela situação não seja tão traumatizante, tão estressante. E que, de alguma certa forma ou outra, a gente possa carregar um pouquinho, um sorrisinho, um carinho [...] é do ser humano, é mais uma percepção e ver a necessidade. Não tem protocolo para aquilo. Eu acho que é individual. É muito você tem que ter uma sensibilidade para poder captar isso. Porque é humanizado mesmo (LÉIA).

A humanização no ambiente hospitalar começa com o direito à saúde e bem-estar, promovendo cuidados em todas as dimensões, sendo ela física, emocional, social e espiritual, carecendo do profissional uma atuação humanizada, solidária e sensível (MOTA, *et al.*, 2006). Para que estes profissionais exerçam a profissão com honra, dignidade e respeito ao outro, também necessitam manter a sua condição humana respeitada. Então, requerem um emprego com condições adequadas, recebendo uma remuneração justa e obtendo um reconhecimento de seu trabalho (BACKES, *et al.*, 2006). Trabalho este que pode haver insatisfações, conflitos e necessidades, procurando então uma qualificação efetiva destes profissionais (CARDOSO, *et al.*, 2013). No trecho a seguir, Alexia comenta sobre isso:

A gente precisa assegurar direitos, acesso a cuidados e tratamentos de qualidade, equipes que estejam capacitadas, uma vez que a equipe está capacitada, dá para humanizar [...] tratar um humano como um humano, por humanos. Porque, ah, vamos humanizar, mas não é todo mundo humano ali, por que precisaria humanizar? Então, o que que está acontecendo com esses humanos que trabalham, que não são humanos, humanizados, humanizadores? Está faltando capacitação, há sobrecarga de trabalho [...] O que acontece com aquele ambiente de trabalho que esgotou todos os recursos humanos daquela pessoa e ela não consegue mais trabalhar humanamente. Então a gente tem que olhar para trás, a pessoa não tem salário digno, não tem condição digna de trabalho, não tem nada de recurso para poder trabalhar naquele lugar, como que você vai dar uma capacitação de humanização [...] então eu penso que todos esses pontos têm que estar conectados para que a gente realmente tenha um trabalho humanizado e humanizador (ALEXIA).

Aspectos que se corroboram nas falas da médica Kate e da assistente social Maria:

Tinha uma enfermeira [...] que eu via nela era uma insatisfação com a profissão, com a remuneração, e ela não conseguia driblar essa insatisfação dela na hora que ela ia tratar o paciente (KATE).

Talvez seja por um complexo de alta intensidade de pacientes e a gente acaba entrando, num atendimento mecânico [...] isso não torna o atendimento humanizado, você acaba tendo uma deficiência quanto a isso (MARIA).

Estes profissionais em sua atuação estão em contato direto com a dor e sofrimento, com o receio de cometer erros, entre outros fatores. Portanto, cuidar de quem cuida é condição suficiente para o desdobramento de ações em prol da humanização (MOTA, *et al.*, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo pretendeu abordar a humanização da Dor Total, buscando compreender se o manejo dos profissionais em relação à Dor Total com pacientes oncológicos foi permeado pela humanização. Objetivando, especificamente, a investigação do conhecimento dos profissionais sobre o conceito de Dor Total, foi observado a caracterização da rotina destes profissionais inseridos neste ambiente oncológico, a comunicação interdisciplinar e como estes profissionais lidam com os seus próprios aspectos psicológicos diante deste contexto da oncologia. A partir das entrevistas realizadas obteve-se como resultados da pesquisa as três categorias discutidas e analisadas no tópico acima, foi verificado o aprofundamento do problema de pesquisa e seus objetivos, sendo possível considerar que os mesmos foram atingidos.

Por meio da investigação, percebeu-se um conhecimento sobre o conceito de Dor Total por parte da maioria das profissionais entrevistadas, compreendendo que a dor não é somente física. Mesmo que nem todas as profissionais tenham citado Dor Total desenvolvidas por Saunders, elas têm o discernimento de que o cuidar deste paciente não deve ser somente voltado para o curar físico e sim o envolvimento de outros campos na dor e no sofrimento. Diante das falas, foi possível compreender a rotina de cada profissional vinculada a sua específica profissão e a percepção da diferença de um trabalho em equipe neste contexto oncológico, mediados principalmente por intervenções multi e interdisciplinares. Além disso, foi possível perceber as questões emocionais de cada profissional e que cada um tem sua maneira de lidar com seus intrínsecos aspectos psicológicos.

Por conseguinte, depois de investigado especificamente os objetivos, foi avaliado o objetivo no seu geral em conjunto com o problema atual da pesquisa, identificando-se que o manejo destas profissionais entrevistadas foi permeado pela ação da humanização e o cuidado necessário, até onde conseguiam, destinados para seus pacientes expostos à Dor Total. Dessa forma, foi esclarecido que a hipótese encontrada na finalização da pesquisa, com as entrevistas, fundamentação e análise, é a de que o manejo dos profissionais da saúde em relação à Dor Total do paciente oncológico foi permeado pela humanização.

Diante do exposto, conclui-se que o conhecimento das profissionais sobre a Dor Total foi bastante significativo e que no trabalho que elas realizam, o físico não é suficiente para o cuidado com aquele determinado paciente, pois há a compreensão de que o cuidar é multifacetado. Quando cada uma das entrevistadas caracterizou sua rotina, foi possível entender que é um contexto demarcado por sofrimento, mas também humanizado, sendo que o apoio como equipe foi reconhecido e valorizado, salientando que profissionais que trabalham com a oncologia não podem trabalhar sozinhos. Assim, compreende-se que em algumas citações, elas nomeiam seus trabalhos como multidisciplinar, mas pelo conceito e a descrição que trouxeram, ele é interdisciplinar, pois é um trabalho em que as profissões se conversam e atuam em prol do paciente e os contextos em que lhe envolvem. O trabalho com estes pacientes suscita emoções nestas profissionais e que cada uma tem a sua história e subjetividade para contar como começou, como foi afetada pelo outro e como lida hoje em dia com seus próprios sentimentos, tendo como principal amparo para estas emoções acentuadas, a psicoterapia, havendo, portanto, somente uma profissional que busca mascarar seus sentimentos para focar em seu trabalho e não se haver com suas próprias questões.

Diante disso, percebeu-se que na tríade paciente-família-equipe, tanto dentro do contexto oncológico como fora, o papel da Psicologia é deveras importante no que diz respeito a escuta e o cuidado com o luto da equipe que muitas vezes não é reconhecido, o que causa sofrimento de desgaste na atuação. Se este profissional não for acompanhado por uma atenção da psicologia ou não compreender que este ambiente oncológico pode sensibilizar outros âmbitos da sua vida, ele ficará suscetível a desconfortáveis emoções que poderão afetar a construção da sua vida profissional mais humanizadora. Compreendeu-se que estas profissionais estão abertas para propagar a humanização no contexto oncológico, por decorrência de alguma experiência pessoal e até uma empatia e solidarização com a dor alheia, sendo paciente, família ou até um colega de trabalho que se abalou com aquele contexto. Nesse sentido, vale a pena destacar que para cuidar, para propiciar um trabalho digno, também necessitam ser bem cuidados.

No decorrer da finalização deste artigo, propõe-se como sugestão, maiores estudos científicos acerca do tema devido a sua importância e a quantidade de indivíduos que são impactados com este contexto podem se beneficiar. Também se preza uma maior valorização e proporcionalização de conhecimento para estes profissionais sobre como deve ser um trabalho em equipe e os benefícios de uma atuação interdisciplinar para o cuidado com os pacientes, além de conhecimentos acerca de todas as dimensões da Dor Total, seja ela física, emocional, social e espiritual, abarcando que cada trabalho é importante e possui seu reconhecimento e valor para cuidar de um paciente oncológico.

Sugere-se, também, maior reconhecimento acerca da concepção da dor espiritual dentro do ambiente oncológico, pois para a ideia original de alcançar cinco profissionais de diferentes profissões sendo um deles o assistente espiritual, foi de difícil acesso para as autoras, mesmo tentando contato proporcionado pela pesquisadora responsável em diferentes estabelecimentos hospitalares oncológicos e cuidados com o fim de vida, mas que na maioria dos lugares não havia um profissional contratado ou voluntariado que fizesse este trabalho, somente dois se prontificaram a auxiliar, mas com os dois não foram obtidos mais respostas para continuar com a realização de uma oficial entrevista.

Por fim, destaca-se a necessidade de promoção de palestras e eventos referentes aos cuidados que a Psicologia pode proporcionar para os profissionais em contexto oncológico e do desenvolvimento de projetos em prol da humanização.

REFERÊNCIAS

BACKERS, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; FILHO, Wilson Lunardi. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Rev. Latino-am Enfermagem, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dyHDHRtQTZyGpg8RJRdrpPK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 de outubro de 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 25 de outubro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: Controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Objetivos do humanizaSUS**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/objetivos-do-humanizasus>. Acesso em 25 de outubro de 2024.

CARDOSO, Daniela Habekost; MUNIZ, Rosani Manfrin; SCHWARTZ, Eda; ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar**: A vivência de uma equipe multiprofissional. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem, v. 22, p. 1134-1141, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Wg8dZqctd95h5HJqrtdfQb/?lang=pt>. Acesso em: 26 de outubro de 2024.

CARVALHO, Maria Margarida. **A dor do adoecer e do morrer**. São Paulo: Boletim Academia Paulista de Psicologia, v. 29, n. 2, 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009. Acesso em 26 de outubro de 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Alana Mabda Leite; MELO, Cynthia de Freitas. **Dor total em pacientes oncológicos**: Uma revisão integrativa da literatura. Fortaleza: Psicologia em Estudo, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/6RNghwmwtkGbXFqFpdx9MQr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28 de outubro de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Últimos dias de vida**: Cuidados paliativos na prática clínica. Rio de Janeiro: INCA, v. 2, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2024.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar**. Maringá: Psicologia em Estudo, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/RvZzMgdxZngYscGQsGNWHvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 de outubro de 2024.

SANTOS, Juliana Soares Laudelino; SANTOS, Luciana da Silva. **A Importância e o papel da psicologia inserida no contexto hospitalar**: Uma revisão bibliográfica. Palmeiras dos Índios: 2018. Disponível em: <https://ud10.arapiraca.ufal.br/repositorio/publicacoes/2606>. Acesso em: 26 de outubro de 2024.

SAUNDERS, Cicely. **Watch with me**: Inspiration for a life is hospice care. Observatory Publications, 2005. Disponível em: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/wp-content/uploads/sites/22/2014/04/Watch-with-Me-full-text-2005.pdf>. Acesso em 28 de outubro de 2024.

SILVA, Bruno Costa; MARTINS, Graziela dos Santos Maria; SILVA, Maria Raimunda Lima; CHAVES, Robson Glauber Ribeiro; SILVA, Anna Raquel Araújo; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. **A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva**. Facit

Business and Technology Journal. ed. 31, v. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1260/828#>. Acesso em 28 de outubro de 2024.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.