

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O PACIENTE ONCOLÓGICO EM
TERMINALIDADE: SENTIMENTOS, PERCEPÇÕES E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

TÍTULO EM INGLÊS

TÍTULO EM ESPANHOL

Suelen Monteiro
Giseli Vieceli Farinhas
Cristiane Pivatto

Resumo: O trabalho junto ao paciente oncológico exige do profissional que o assiste mais do que conhecimento técnico, é importante que ele ofereça assistência humanizada, baseada na dedicação, empatia e comprometimento. Este estudo objetivou conhecer as percepções, sentimentos experienciados, bem como, as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe multiprofissional que trabalha junto ao paciente oncológico em terminalidade. Em busca de alcançar este objetivo, aplicou-se uma entrevista semi-estruturada junto a estes profissionais, utilizando como técnica de análise dos dados obtidos a análise de conteúdo. Este estudo possibilitou, através da análise dos sentimentos e percepções experienciados, melhor compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem a rotina de trabalho dos profissionais de saúde, bem como, da necessidade de empregar diferentes estratégias de enfrentamento para auxiliá-los na promoção da saúde mental.

Palavras-chave: Percepção; Enfrentamento; Sentimentos; Profissional; Morte.

Abstract:

Keywords: Perception; Coping; Feelings; Professional; Death.

Resumen:

Palabras clave: Percepción; Afrontamiento; Sentimientos; Profesional; Muerte.

1 Introdução

O ser humano necessita de cuidados desde que nasce até conquistar sua autonomia. Vive em comunidade e precisa da relação com o outro, sendo este o mecanismo que garante sua sobrevivência. O adoecimento físico é uma situação que pode proporcionar a vivência do desamparo, visto que o sujeito passa a sentir-se vulnerável física e psiquicamente e, em muitos casos, as ações indispensáveis à sua sobrevivência ficam a cargo de outra pessoa, por vezes, desconhecida (Baldo, Iensen & Macedo, 2012).

O trabalho junto ao paciente oncológico exige do profissional que o assiste mais do que conhecimento técnico, é importante que ele ofereça assistência humanizada, baseada na dedicação, empatia e comprometimento. Como trata-se de uma interação entre seres humanos, esta relação é permeada por percepções, sentimentos e emoções de ambas as partes.

A psicóloga Cano (2014, p.53), menciona sobre o cotidiano dos cuidadores profissionais:

O cotidiano de práticas dos profissionais de saúde envolve o contato íntimo e frequente com situações de risco de morte, como doença, dor, sofrimento, desamparo do paciente e da família e contato frequente com a morte. O profissional vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, conflitos e obstáculos diante de cada ato e de cada pessoa.

O vínculo cuidador profissional/paciente forma-se, em parte, pelo comprometimento, empatia e interesse conferido pelo profissional ao atender e, aí sim, efetivamente cuidar do paciente. A vinculação serve de alimento psíquico e emocional para ambas as partes (Liberato & Carvalho, 2008).

Para aprender a cuidar é preciso vivenciar junto ao paciente sua realidade e, muitas vezes, faz-se necessário acompanhar o doente em sua terminalidade. Como a experiência diante do processo de morte é particular para cada profissional de saúde, deve-se considerar a singularidade do paciente e do curso que o leva a finitude, sua história de vida e seu entendimento sobre a morte. Assistir um paciente em terminalidade coloca o profissional a pensar em sua própria finitude e das pessoas que lhe são próximas (Kappaun & Gomez, 2013).

Lazarus e Folkman (1984) explicam que quando as pessoas são expostas a situações e demandas estressoras (internas ou externas), adotam um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais chamados de estratégias de enfrentamento ou coping. Elas são divididas, segundo os autores, em estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, que são definidas pelas emoções relacionadas ao evento estressor e têm como alvo regular o estado emocional e,

as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, que objetivam forçar uma mudança na situação estressora (como citado em Cano & Moré, 2016).

A capacidade de resiliência da pessoa pode interferir na criação de novas estratégias de enfrentamento diante de situações estressoras, assim como, seu nível de controle pessoal e regulatório, humor, disposição a manter diante da vida uma postura positiva ou negativa, entre outras (Straub, 2014).

Os entrevistados por Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014), consideraram a coragem, paciência e esforços apresentados pelos pacientes na luta pela vida um exemplo que oportuniza o crescimento pessoal dos profissionais que os acompanham. Relataram que sofrem junto ao paciente e familiares, sentem-se impotentes nos momentos em que seu auxílio encontra limites, revelando o quanto o desempenho deste trabalho pode propiciar desequilíbrio a psique.

As pesquisas mostram a dimensão paradoxal a que os profissionais são expostos nessa relação de cuidado. O trabalho junto ao paciente oncológico possui peculiaridades, impondo exigências distintas há diversas áreas de atuação na saúde (Silveira, Ciampone & Gutierrez, 2014; Oliveira & Cury, 2016).

É essencial que o profissional da saúde, ao reconhecer seu sofrimento diante do acompanhamento ao paciente em terminalidade, busque ajuda para desenvolver estratégias de enfrentamento adaptativas, procurando superar o desgaste físico, assim como, o mental (Silveira et al., 2014; Oliveira & Cury, 2016).

Haja vista as particularidades do trabalho junto ao paciente oncológico em terminalidade, este estudo é o resultado da curiosidade em melhor conhecer as percepções, sentimentos experienciados e estratégias de enfrentamento utilizadas por uma equipe multiprofissional que trabalhava junto ao paciente oncológico em terminalidade, composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos.

2 Metodologia

A pesquisa, do tipo exploratória descritiva com caráter qualitativo, foi desenvolvida junto aos trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde do Hospital Bruno Born (HBB), localizado na cidade de Lajeado, no estado do Rio Grande do Sul, no período de março a maio de 2019. Este é um hospital geral filantrópico, referência para sessenta e sete municípios do Vale do Taquari e Rio Pardo como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia (UNACON), contando com equipamentos de última geração e equipe multiprofissional qualificada (Hospital Bruno Born [HBB], 2010).

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, que exerciam suas atividades laborais diárias na assistência ao paciente oncológico em terminalidade e que trabalhavam na instituição, a pelo menos, seis meses ininterruptos. Excluiu-se aqueles profissionais que não promoviam suas atividades laborais diárias diretamente com o paciente oncológico em terminalidade e que, trabalhavam a menos de seis meses consecutivos na instituição.

O estudo, norteado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos deliberadas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Resolução n. 466, 2012), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) sendo aprovado sob o parecer nº 3.157.193. Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, realizada em horário conveniente para o participante, a qual foi gravada e posteriormente transcrita. A mesma é composta por questões sociodemográficas, seguidas de questões abertas relativas aos objetivos específico deste estudo.

A fim de manter a identidade dos profissionais em sigilo, empregou-se como método de identificação a letra “P”, significando “participante” da pesquisa, seguida de um número inteiro (P1, P2...). As variáveis sociodemográficas foram calculadas por meio de percentual e as questões abertas, exploradas através da Análise de Conteúdo baseada na conceituação de Bardin (2016).

3 Resultados e Discussão

Após a análise dos dados identificou-se três categorias e nove subcategorias: sentimentos experienciados; percepções diante da terminalidade do paciente, subdividida em despreparo diante da morte; sofrimento no início da carreira; distanciamento afetivo; identificação profissional/paciente e; estratégias de enfrentamento: atitudes diante da realidade do paciente terminalidade, subcategorizada em espiritualidade; empatia; tentativa de manejo; educação continuada; psicoterapia.

3.1 Características socioeconômicas da equipe multiprofissional

Participaram deste estudo 19 trabalhadores da equipe multiprofissional em saúde que diariamente exerciam a assistência ao paciente oncológico em terminalidade: 26,3% (5) técnicos em enfermagem, 21,1% (4) nutricionistas, 15,8% (3) médicos, 15,8% (3) enfermeiros, 15,8% (3) fisioterapeutas e 5,3% (1) psicólogos.

A idade dos entrevistados variou entre 21 e 53 anos. 31,6% (6) dos participantes encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 47,4% (9) de 30 a 39 anos, 10,5% (2) estavam na faixa etária de 40 a 49 e 10,5% (2) tinham mais de 50 anos. A média de idade foi de 34,6 anos (\pm 8,9). A participação de profissionais do sexo feminino teve uma predominância de 68,4% (13) no estudo.

Quanto ao estado civil, 36,8% (7) dos entrevistados declararam-se solteiros, 42,1% (8) eram casados e 21,1% (4) informaram estar em uma união estável. Em relação à escolaridade, a maioria dos profissionais tinham ensino superior completo (73,68%, 14), entre estes, 50% (7) cursavam ou já haviam concluído um curso lato ou stricto sensu.

A média do tempo de trabalho na instituição foi de 6 anos, variando do menor para o maior tempo de serviço entre 1,17 anos à 22 anos, com uma média diária de trabalho de 7,6 horas. O tipo de vínculo variou entre CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), terceirizados e residência. Dentre os entrevistados 57,9% (11) não possuíam múltiplos vínculos empregatícios.

No que tange o tempo de experiência 66,7% (12) dos profissionais declararam ter trabalhado até 5 anos na assistência ao paciente oncológico em terminalidade, 11,1% (2) têm prática de 6 à 10 anos, 16,7% (3) têm de 11 à 20 anos e, 5,6% (1) tem mais de 20 anos de experiência com estes pacientes, com média geral de 6,9 anos. Um dos entrevistados não respondeu a esta pergunta.

3.2 Sentimentos experienciados

Ao analisar os dados obtidos com a pesquisa identificou-se que o trabalho cotidiano junto ao paciente oncológico em terminalidade envolve sentimentos positivos e negativos como: paixão, apego, tranquilidade, empatia, tristeza, impotência, angústia, medo, indiferença, pena e frustração.

Frente ao paciente em terminalidade, para o qual o tratamento indicado é proporcionar melhor qualidade de vida e conforto, o profissional depara-se com uma realidade para a qual não foi preparado. Este, treinado para buscar a cura, sente-se impotente diante da morte.

Uma vez que o cuidado foge do tratamento curativo, aos profissionais é exigido um olhar que vai além da assistência física, o paciente passa a apresentar maior demanda psicoespiritual, a qual estende-se a família. Diante das necessidades emocionais do paciente em terminalidade, o trabalhador da saúde sente-se compelido a fazer uso de competências psicoemocionais, das quais, muitas vezes, encontram-se fragilizado (Alcantara et al., 2018).

É, é uma coisa inexplicável. Porque, vou te dar um exemplo: a gente vai levar para um exame. Ninguém é perito ali, que vai levar no exame em saber o resultado, mas quando começa a aparecer a imagem o funcionário [...] sabe mais ou menos o que quê é e ele faz um comentário e aquilo termina contigo. [...] Eu fico muito triste com isso. Porque eu sei que eu não posso fazer nada além de dar o conforto pra ele que, que daqui um dia ou outro vai ser entendeu. [...] Mas é muito triste, eu fico muito triste. Eu fico bem balançada com isso mesmo sendo a rotina (P17).

Entre os entrevistados, 78,9% (15) declararam-se realizados com a atividade profissional que exercem, o que não os resguarda dos sentimentos negativos vivenciados diante da prática laboral. Atender pacientes oncológicos em terminalidade causa impactos na vida dos profissionais da saúde. Existe prazer pelo exercício da profissão que escolheram, mas também deparam-se com questões que os mobilizam emocionalmente e experienciam sentimentos de impotência, tornando o cotidiano mais ou menos difícil (Esteves, 2017).

Quando os sentimentos de tristeza, medo e impotência estão associados a fatores como vínculo, cumplicidade e convivência entre a tríade profissional/paciente/familiares, estes podem potencializar a dor da perda, tornando-a maior (Lima et al., 2016).

A gente sente impotência, tristeza, né, porque, quer queira quer não queira né, muitos jovens, da idade da gente, mais novos que a gente. Medo, de também ter, porque também a gente é humano [...] (P2).

[...] Que iam ter mais tempo e aí tu, aí tu acaba atendendo paciente, às vezes, com um prognóstico esperado de 5 dias, de 3 dias e aí fica muito desesperador assim né. Então, isso também me causa né, em alguns momentos, ah aquela questão da impotência assim né [...] (P14).

[...]lógico que a gente tem, de certa forma, pena do paciente porque ele vai morrer [...] (P18).

O tempo de duração do tratamento e as longas internações, comuns na área oncológica, segundo os entrevistados, favorecem a construção de vínculos entre paciente, familiares e equipe multiprofissional. A permanência dos familiares durante o curso terapêutico favorece o desenvolvimento de uma relação empática dos profissionais com os mesmos.

Uma das condições indispensável para a humanização é o empenho da equipe multiprofissional e da família com o paciente, bem como, a estabilidade do vínculo entre equipe e família, o que auxilia para o comprometimento na terapêutica e oportuniza o

envolvimento de qualidades humanas como a empatia, nestas relações (Reis, Sena & Fernandes, 2016).

[...]Acho que não tem, tu acaba te apegando em alguns pacientes, na maioria deles assim, quando eu fico mais tempo, mas é, é triste mas é gratificante ao mesmo tempo [...] (P5).

A gente acaba ficando triste porque a gente se apega muito a família. Na oncologia a gente é diferente das outras áreas porque a gente tem uma convivência direta né. Ele vem, faz um ciclo de quimio, vai embora, volta e assim por um longo tempo. Tu acaba criando um vínculo, não só com o paciente mas com a família né (P8).

É possível identificar através dos relatos, corroborados pelos autores, que o processo de terminalidade do paciente gera diferentes sentimentos nos profissionais que o assistem, desencadeando diversas percepções diante dessa realidade.

3.3 Percepções diante da terminalidade do paciente

Através da análise dos relatos da equipe multiprofissional sobre suas percepções diante do paciente oncológico em terminalidade, determinou-se as seguintes subcategorias:

3.3.1 Despreparo diante da morte:

A compreensão do que é a morte é singular para cada pessoa e, perpassa sua história de vida e subjetividade. Ao acompanhar a terminalidade do paciente, o profissional é compelido a pensar em sua própria finitude, bem como, de seus familiares e amigos. O que era uma possibilidade remota, torna-se algo possível e tangível, evidenciando sua impotência em evitá-la.

Muitos profissionais da saúde responsabilizam-se pela preservação da vida e cura das doenças de seus pacientes e, quando não é possível evitar a morte, o sentimento de impotência faz-se presente. A sensação de fracasso não se traduz apenas nos cuidados ofertados, mas na derrota diante da morte e da missão de salvar vidas (Pawlowytsch & Kovalski, 2017).

[...] Que tu vê que tudo que tu vai fazer vai ser só para amenizar a dor e não vai sobreviver na maioria das vezes, né [...] (P2).

Ai, assim oh, depende o paciente chega a ser um pouco pesado e a gente tem aquela parte assim do sentimentalismo também, tem alguns que a gente se apega né e, às vezes, a questão da terminalidade se dá de uma forma muito rápida ou não né. Então, tudo isso depende, depende do contexto familiar também que envolve a gente junto né. É, às vezes é bem complicado mesmo (P13).

3.3.2 Sofrimento no início da carreira

Os profissionais explicam que, no início da carreira, sentiam maior sofrimento emocional devido à falta de experiência necessária para lidar com determinadas situações, como o paciente diante da morte. Aqueles com mais experiência demonstraram maior

segurança ao falar da assistência a estes pacientes, assim como, maior clareza das estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano.

Em estudo realizado por Cano e Moré (2016), percebeu-se maior dificuldade dos profissionais com menos de cinco anos de experiência em citar os recursos/estratégias utilizadas diariamente. Os achados sugeriram que o tempo de experiência profissional determina o grau de clareza e conhecimento que o trabalhador detém frente a sua práxis e possibilita reavaliar tanto sua prática quanto a vida privada.

Olha, quando eu comecei aqui foi bem difícil assim, porque eu não tinha nenhuma experiência anterior e eu nem imaginava que sentimentos que ia despertar né [...] (P14).

Não é tudo que me comove como no início sabe. Antes me, me judiava bastante [...] (P17).

3.3.3 *Distanciamento afetivo*

Com o objetivo de evitar o sofrimento da perda, os profissionais acabam por negar as particularidades do cuidado ao paciente oncológico em terminalidade e sua família, mantendo-se afastados emocionalmente. Admitem afetar-se, quando menos experientes, mas atualmente utilizam-se do distanciamento afetivo como mecanismo de defesa não adaptativo que pode evidenciar um despreparo emocional e influenciar negativamente a assistência prestada.

Os profissionais adotam o desapego, como recurso de proteção de seus sentimentos, com o objetivo de enfrentar o processo de morte e morrer e evitar sofrimento posterior. Essa postura, muitas vezes, é entendida pelo paciente e familiares como frieza e insensibilidade, o que pode interferir de forma desfavorável na prática profissional, limitando-a e desqualificando-a (Rosa & Couto, 2015; Luz et al., 2016).

Pra mim é indiferente. Eu trabalho independente se é term, com paciente terminal ou não pra mim eu vou trabalhar com eles igual assim [...] (P9).

Olha pra mim é tranquilo. Eu não tenho problema assim de me afetar psicologicamente por conta de um paciente que eu sei que daq, que ta fazendo, daqui a pouco tá fazendo planos, mas que eu sei que daqui a pouco, daqui um mês ele não vai mais ta aqui, né. Pelo menos eu não me afeto com isso. Já me afetei no começo, mas agora eu já tô mais tranquilo com isso (P18).

3.3.4 *Identificação profissional/paciente*

Quando o profissional reconhece no paciente, aspectos que refletem o seu eu acontece à projeção. Ao identificar que o paciente tem idade próxima a sua, sonhos e projetos que incidem com os seus, torna-se comum a identificação projetiva. Nestas situações, a tendência

é causar sofrimento psíquico ao profissional da saúde, mobilizando sentimentos de vulnerabilidade, emotividade e frustrações.

Em sua pesquisa, Esteves (2017) também percebeu a relação de identificação que acontece entre profissional/paciente quando semelhanças são reconhecidas entre ambos, o que ajuda a compreender as questões implícitas nesse contato. Assim como, quando o paciente em terminalidade é um idoso, o contexto é encarado com naturalidade por entender-se que, devido sua idade, a morte é esperada, uma vez que já teve a oportunidade de viver a vida. Devido a isso, este desfecho é melhor aceito pelos profissionais.

[...] mas obviamente, tem alguns pacientes que a gente se sente, que tem mais transferência então, né. E a gente acaba sofrendo um pouco mais [...] (P6).

[...] E eu, em particular assim oh, quando se trata do câncer e pessoas mais jovens, não que o vizinho não me comova, mas quando são pessoas mais jovens eu sinto que aquilo me deixa mal porque eu levo isso pra casa, eu comento isso em casa [...] Que nem eu digo, teve paciente nosso que eu sei que ele nunca vai casar, ele nunca vai ter filhos, ele nunca vai ver os netos, ele nunca vai vê nada e é o sonho de tanta gente, inclusive o meu e, eu vejo aquilo ali assim oh, que terminou ali, acabou ali, é o fim da linha [...] (P17).

A percepção da realidade sofre influência direta da subjetividade da pessoa, o que foi possível identificar nessa categoria. Embora estando implicados no mesmo meio, oncologia, cada profissional o descreve empregando peculiaridades próprias, portanto, a compreensão do ambiente é algo singular.

3.4 Estratégias de enfrentamento: atitudes diante da realidade do paciente em terminalidade

Como estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, identificou-se as subcategorias: tentativa de manejo e; educação continuada, pelas quais os profissionais buscam modificar sua realidade tida como estressora ou ameaçadora. A espiritualidade e a empatia são as subcategorias focalizadas na emoção, que objetivam regular ou minimizar as respostas emocionais frente às mesmas situações.

3.4.1 *Espiritualidade*

A espiritualidade auxilia as pessoas a melhor compreender e aceitar o processo de morte e morrer. Serve de suporte aos profissionais, que a utilizam como conforto emocional diante da terminalidade do paciente oncológico.

A busca pela espiritualidade revela a necessidade de auxílio que as pessoas têm para lidar com os próprios conflitos e amenizar o sofrimento gerado pela terminalidade da vida. Os profissionais utilizam a espiritualidade como fator de amparo diante das situações de morte,

pois empregam os conceitos apreendidos com a finalidade de conformar-se frente à finitude (Rosa & Couto, 2015; Sampaio & Siqueira, 2016; Pawlowytsch & Kovalski, 2017).

[...] a gente sempre tenta levar uma orientação espiritual assim, falar sobre Deus né[...] (P2).

[...] às vezes assim, eu até rezo pra que ele não fique muito tempo naquela questão assim sabe [...] (P13).

3.4.2 Empatia

Alguns profissionais utilizam da empatia como estratégia de enfrentamento frente à terminalidade do paciente oncológico. Começam a pensar como seria se o que acontece com o paciente estivesse acontecendo com eles, colocam-se no lugar do doente, da família e, apreendem o sofrimento destes, vêem-se diante da própria finitude.

Ao serem empáticos com os pacientes e seus familiares, os profissionais vinculam-se e passam a desejar que melhorem, depositam esperanças nas pessoas que cuidam. Quando empatiza com o paciente, o profissional imagina-se na mesma situação que ele, depara-se com a possibilidade de sua própria morte. Essa atitude pode ser geradora de sofrimento ou potencializá-lo (Lima & Andrade, 2017; Caram et al., 2018).

[...] Sempre tento me colocar no lugar da pessoa pra fazer o que eu gostaria de receber ou alguém da minha família [...] (P5).

[...] Eu me colocar no lugar da pessoa e eu sempre penso como eu gostaria de ser tratado se eu tivesse né na situação ou se algum familiar meu estivesse naquela situação [...] (P6).

3.4.3 Tentativa de manejo

Quando se torna difícil lidar com a realidade que está a sua frente, o profissional da saúde esforça-se para modificá-la com o objetivo de manipulá-la e transformá-la em algo mais suportável. Esse processo pode ser direcionado ao meio externo, quando o profissional tenta alterar, com ou sem ajuda de outros, um evento ou situação ou, ao meio interno, quando procura ressignificar o evento estressor, buscando minimizar seus efeitos.

Ao auxiliar o paciente no alívio de sintomas, por exemplo, o profissional experimenta a sensação de satisfação, o que se reflete positivamente em seu desempenho no trabalho. Quando os profissionais têm consciência de terem empregado seu máximo desempenho, o sentimento de dever cumprido ameniza o sofrimento diante da morte do paciente. As estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, possibilitam ao trabalhador, após adquirirem experiência profissional, reavaliar as situações de sua práxis, permitindo adaptações mais adequadas ao contexto (Cano & Moré, 2016; Oliveira & Cury, 2016).

[...] no momento que tu consegue, vamos dizer, ah aliviar um pouquinho né, mudar de posição, fazer alguma coisa que ele se sinta um pouquinho melhor ou a família, ah brigada não sei o que, então tu sai um pouquinho mais tranquila [...] (P5).

[...] eu sempre tento analisar o que que eu posso fazer por aquela família [...] (P14).

3.4.4 Educação continuada

Outra estratégia de enfrentamento utilizada pelos entrevistados é a atualização permanente visando suprir carências educacionais do processo de formação, bem como, aperfeiçoar ou adquirir novas habilidades de manejo junto ao paciente e seus familiares.

No estudo realizado por Luz et al. (2016) foi mencionado que a qualificação profissional conduz o profissional a aprender a manejar o sofrimento, as necessidades espirituais e psicobiológicas, próprias e do paciente, resultando, através de um modelo propositivo de enfrentamento, em uma escuta mais aprimorada e sensível. A busca por material bibliográfico é realizada com a finalidade de instrumentalizar-se para a prática e assim, auxiliar a resolução de demandas assistenciais (Alcantara et al., 2018).

No começo eu acredito que era mais difícil, né? Assim, até questão por causa do óbito, né. Porque na faculdade a gente tem bem pouco né preparo em questão do óbito, da morte né, preparo psicológico, né [...] (P1).

[...] Mas hoje eu vejo que eu consigo lidar melhor e busquei lê também, estudar mais né e, e não vê esse tema assim hã como algo que a gente não deve falar ou deve ter receio de falar, pelo contrário, quanto mais à gente conseguir conversar sobre hã e falar com os familiares, com os amigos eu acho que é, que é melhor né (P14).

3.4.5 Psicoterapia

O acompanhamento psicológico ou psicoterapia também é uma estratégia de enfrentamento relatada em outras pesquisas. Entre os profissionais respondentes deste estudo, 63,2% (12) revelaram já terem realizado acompanhamento psicológico no passado, mas somente 10,5% (2) informaram que atualmente utilizam esta estratégia de enfrentamento.

A psicoterapia pode auxiliar na reavaliação das situações da vida particular e também da profissional, possibilitando a ressignificação de vivências e dificuldades do cotidiano para que, a pessoa responda ao contexto, externo e interno, de forma mais assertiva e adaptativa para melhor suportar o desgaste emocional (Cano & Moré, 2016).

4 Considerações Finais

Em seu cotidiano, a equipe multiprofissional em saúde responsabiliza-se por vários pacientes e seus familiares, atende suas demandas, servindo de amparo, consolando-os frente à realidade de um tratamento, por vezes, severo e agressivo como é o oncológico. Formado para salvar vidas, quando o profissional da saúde encontra-se diante de um paciente em

terminalidade, onde a terapêutica mais adequada é o controle de sintomas e a promoção da qualidade de vida, e não mais aquela focada na cura, ele experiencia a sensação de não concretização do trabalho, convertida em sofrimento e frustração.

Com a intenção de conhecer melhor essa realidade e contribuir com o debate acerca do tema, este estudo foi desenvolvido objetivando identificar as percepções, sentimentos despertados e estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela equipe multiprofissional de saúde frente ao cuidado do paciente oncológico em terminalidade.

Os sentimentos mais citados pelos profissionais foram os negativos, como tristeza, impotência e angústia, que pode ser um indicativo do despreparo emocional destes para trabalhar diante de uma temática tão difícil e complexa quanto à terminalidade. Mesmo sendo os menos lembrados, os sentimento positivos como empatia e compaixão fazem parte dessa realidade e contribuem com a manutenção da saúde mental dos profissionais.

Um dos aspectos percebidos pelos entrevistados é o despreparo do profissional frente ao processo de morte dos pacientes oncológicos que resulta, em parte, da cultura de evitação da morte e busca obcecada pela cura, instituída na maioria dos cursos de graduação das áreas da saúde. Outra percepção é a identificação que ocorre entre profissional e paciente durante essa convivência, que acontece quando o trabalhador reconhece no doente, aspectos que o caracterizam. O distanciamento afetivo tem o propósito, neste caso, de proteger o profissional frente à finitude do paciente com a finalidade de amenizar o sofrimento emocional causado pela perda. A última percepção discutida é o sofrimento no início da carreira que refere-se à falta de experiência prática destes profissionais, bem como, as vivências afetivas.

Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe multiprofissional destacou-se a espiritualidade, a empatia, a tentativa de manejo, a educação continuada e a psicoterapia, o que revela um equilíbrio entre as estratégias centradas na emoção e as focalizadas no problema.

O contato com o paciente oncológico em terminalidade e seus familiares causa grande impacto emocional, com a intenção de reduzi-lo ou amenizá-lo os profissionais são instigados a desenvolver constantemente estratégias de enfrentamento, visando a manutenção de sua saúde mental.

Este estudo contribui com o meio acadêmico, através do levantamento e análise de informações que podem ajudar a entender melhor os aspectos psicológicos envolvidos na rotina de trabalho das equipes multiprofissionais em saúde. Também colaborou com a

desmistificação da morte e do morrer, através do espaço de escuta acolhedora, com viés terapêutico, disponibilizado aos profissionais para falar abertamente sobre o tema.

Chama-se a atenção para a importância de disponibilizar, nas instituições hospitalares, espaços multiprofissionais para debater sobre o processo da terminalidade e da morte. Com o objetivo de proporcionar aos profissionais uma atmosfera acolhedora para exporem seus sentimentos, dúvidas, dificuldades e experiências frente a esta realidade laboral, o uso deste dispositivo pode resultar na redução das angústias, minimizando o desgaste emocional destes, bem como, maior compreensão a respeito da morte, contribuindo com a qualidade da assistência prestada.

A psicoterapia é outro recurso potente que pode auxiliar estes profissionais na melhor compreensão dos padrões comportamentais e modelos relacionais interpessoais estabelecidos, que favorece mudanças mais adaptativas diante destas situações e, conseqüentemente, ajuda na manutenção do sofrimento causado por esta realidade. Com o propósito de melhor preparar os profissionais da saúde para a boa prática diante da terminalidade, registra-se aqui a relevância das instituições de ensino incluírem ao currículo essa temática, disponibilizando espaços de discussão sobre a morte e suas repercussões na vida.

É necessário o desenvolvimento de novos estudos para auxiliarem no conhecimento do cotidiano laboral de outras equipes multiprofissionais em saúde que dedicam-se ao paciente oncológico em terminalidade, uma vez que, a maioria dos estudos encontrados abordavam apenas profissionais da enfermagem e medicina.

Identificou-se que atender pacientes oncológicos em terminalidade gera impactos, tanto positivos quanto negativos nos trabalhadores da equipe multiprofissional. Nesta convivência encontram-se benefícios como a satisfação profissional, mas perseveram os sentimentos de tristeza e impotência, essa dicotomia causa mobilização emocional. Sendo assim, pesquisar sobre as percepções e sentimentos experienciados pelos profissionais da saúde diante do paciente oncológico em terminalidade possibilitou melhor compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem sua rotina de trabalho e, necessidade de empregar diferentes estratégias de enfrentamento para auxiliá-los na promoção da saúde mental.

Referências

- Alcantara, E. H., Almeida, V. L., Nascimento, M. G., Andrade, M. B. T., Dázio, E. M. R., & Resck, Z. M. R. (2018). Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8. Recuperado de

<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2673/1974>
doi:<https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2673>

- Baldo, M. A., Iensen, S. A. L., & Macedo, M. M. K. (2012). Implicações no ato de cuidar no contexto de uma UTI. In G. Q. L. Stenzel, M. E. Paranhos, & V. R. T. Ferreira (Orgs.), *A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis* (Cap. 24, pp. 39-49). Porto Alegre: EdiPUCRS. Recuperado de https://books.google.com.br/books?id=xNs--TubIAQC&pg=PA48&dq=psicologia+hospitalar&hl=pt-BR&sa=X&ei=yNIOVeHAOoiAsQS2wYCgDw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (Doi Inexistente).
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Doi Inexistente).
- Cano, D. S. (2014). *O médico entre a vida e a morte: um estudo psicológico em oncologia clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Doi Inexistente).
- Cano, D. S., & Moré, C. L. O. O. (2016). Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32(3), 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n3/1806-3446-ptp-e323211.pdf> doi:<https://doi.org/10.1590/0102-3772e323211>
- Caram, C. S., Rezende, L. C., Montenegro, L. C., Afonso, L. N., Peixoto, T. C., & Brito, M. J. M. (2018). Percepção dos profissionais acerca da morte de pacientes no contexto da unidade de terapia intensiva. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 16(2), 48-57. Recuperado de http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2018/10/ARTIGO-05_N2.pdf doi:<https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n1a2018p48-57>
- Esteves, B. W. (2017). *A vivência dos profissionais da saúde frente à terminalidade de pacientes oncológicos*. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2017/1/B%C3%A1rbara%20Winck%20Esteves.pdf> (Doi Inexistente).
- Hospital Bruno Born. (2010). *Hospital Bruno Born*. Recuperado de https://www.hbb.com.br/site/index.php?secao=o_hospital&pg_id=1 (Doi Inexistente).
- Kappaun, N. R. C., & Gomez, C. M. (2013). O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Ciência e saúde coletiva*, 18(9), 2549-2557. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a09.pdf> doi:<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900009>
- Liberato, R. P., & Carvalho, V. A. (2008). Estresse e síndrome de burnout em equipes que cuidam de pacientes com câncer: cuidando do cuidador profissional. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, ... L. Holtz (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (Cap. 10, pp. 556-571). São Paulo: Summus. (Doi Inexistente).
- Lima, A. B. S., Oliveira, L. P., Sá, K. V. C. S., Silva, E. L., Caldas, A. J. M., & Rolim, I. L. T. P. (2016). Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 17(2), 116-121. Recuperado de

<http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6093/3672> (Doi Inexistente).

- Lima, M. J. V., & Andrade, N. M. (2017). A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 958-972. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-958.pdf>
doi:<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017163041>
- Luz, K. R., Vargas, M. A. O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 59-63. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100067
doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>
- Oliveira, A. E. G., & Cury, V. E. (2016). Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento. *Memorandum*, 31, 237-258. Recuperado de <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2016/12/oliveiracury01.pdf> (Doi Inexistente).
- Pawlowytsch, P. W. M., & Kowalski, E. (2017). O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de santa catarina. *Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar*, 6(2), 28-38. Recuperado de <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1107>
doi:<https://doi.org/10.24302/sma.v6i2.1107>
- Reis, C. C. A., Sena, E. L. S., Fernandes, M. H. (2016). Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4212-4222. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754104040_5.pdf
doi:<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4212-4222>
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.* Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> (Doi Inexistente).
- Rosa, D. S. S., & Couto, S. A. (2015). O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(1), 92-104. Recuperado de <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/467/438>
doi:<https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.467>
- Sampaio, A. D., & Siqueira, H. C. H. (2016). Influência da Espiritualidade no Tratamento do Usuário Oncológico: Olhar da Enfermagem. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 20(3), 151-158. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/260/26049965006.pdf> (Doi Inexistente).
- Silveira, M. H., Ciampone, M. H. T., & Gutierrez, B. A. O. (2014). Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 7-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838834002.pdf> doi:<https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial* (3a ed. rev.) (R. C. Costa, Trad). Porto Alegre: Artmed. (Doi Inexistente).