

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE (UNI E  
MULTIPROFISSIONAL) PRAPS/FAMED/UFU  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

BEATRIZ ORLANDO NAVARRO DE ANDRADE

**PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA:**  
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM ATENÇÃO AO  
PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

UBERLÂNDIA – MG

2023

BEATRIZ ORLANDO NAVARRO DE ANDRADE

**PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM ATENÇÃO AO  
PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como um dos pré-requisitos para obtenção de Título de Especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico. Orientado pela Ma. Gizelle Mendes Borges Cunha. e coorientado pela Profa. Dra. Fátima Aveiro Colares

UBERLÂNDIA – MG

2023

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora, a Ma. Gizelle Mendes Borges Cunha, pelas trocas, aprendizados, contribuições e por todo o suporte ao longo de minha trajetória como psicóloga residente. Como minha tutora, preceptora e grande inspiração de trabalho, força e cuidado com os pacientes e equipe, que sempre instigou uma prática reflexiva, crítica, potente e amorosa. Agradeço por ter confiado em mim como orientanda, me encorajando a construir uma escrita autêntica e reflexiva.

Agradeço à minha coorientadora, Profa. Dra. Maria de Fátima Aveiro Colares, que foi minha primeira supervisora em psicologia hospitalar, ainda no terceiro ano da faculdade em 2016, que inspirou enormemente minha trajetória e aceitou esta tarefa com muito carinho, estando presente na conclusão de um trabalho que reflete uma caminhada de muito aprendizado e realização.

Agradeço aos preceptores que acompanharam meu processo ao longo de cada cenário de prática, compartilhando saberes e enriquecendo minha prática com trocas e reflexões.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional, por sempre me estimularem a trilhar um caminho que faça sentido, me motivando e reconhecendo cada conquista.

Agradeço aos meus amigos, pela linda amizade que construímos ao longo desta intensa experiência. Nos tornamos uma grande e afetuosa família, nos apoiando, tendo trocas verdadeiras, encontros potentes, respeitosos e transformadores. Que bom poder acompanhar e admirar o trabalho e a humanidade de cada pessoa deste grupo de residentes que ficará para sempre marcado em minha história e em meu coração. Quero levar esses laços para sempre.

Agradeço à Residência Multiprofissional por toda experiência, aprendizados, por ter propiciado tanto crescimento, a construção de tantos vínculos e reflexões importantes para minha atuação como profissional e pessoalmente. Posso dizer que saio transformada desta experiência e muito grata por tudo o que vivi.

*EU LUTO*

*Eu luto por quem eu cuido*

*Eu cuido de quem está em luto*

*Pela perda*

*De si*

*Do outro*

*Dos gostos*

*Da saúde*

*Do conhecido*

*Eu luto pela presença de quem se ama*

*Eu luto pelo afeto perto*

*Eu luto pelo cuidado*

*Pelo zelo*

*Pela humanidade*

*Eu sou resistência*

*Eu reafirmo*

*Eu firmo*

*Eu acordo*

*Eu desperto*

*Eu cuido da luta*

*Pelo amor*

*De alguém*

*Eu luto por quem tem o coração partido  
pelo corpo, pelo mundo, pelo silêncio, pelo  
lamento*

*Eu quero quebrar o cálice*

*Eu quero romper as estruturas*

*Eu luto pela cura dessa loucura*

*Eu luto para que essa luta não seja sobre  
poder, autoridade...*

*Eu luto para que essa luta seja sobre  
empatia e solidariedade*

*Sobre compreender o poder da presença*

*Eu luto para entender que a prisão é que é  
doença*

*Eu luto para que se abram as portas da  
mente*

*Eu luto para que haja coragem para quem  
sente*

*Para falar, para gritar, para denunciar*

*Sobre os cálices, sobre as violências,  
sobre os não e sobre a ironia*

*A tirania*

*Eu luto pela vida*

*que há na vida*

*Eu luto*

## RESUMO

O presente trabalho surgiu diante da prática enquanto psicóloga residente no programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em um Hospital Escola do interior de Minas Gerais. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, de caráter descritivo no formato de relato de experiência. O objetivo do estudo é descrever a atuação da psicologia diante da abordagem de Cuidados Paliativos em uma Unidade de Terapia Intensiva sinalizando possibilidades desta atuação, tendo como objetivos específicos entender como a psicologia pode contribuir na construção do plano de cuidados e na tomada de decisão partilhada na UTI. Identificou-se a importância do resgate da subjetividade do sujeito neste contexto e a importância do profissional da psicologia para oferta de suporte para o paciente, família e equipe, por meio de acompanhamento, discussões, auxiliando na comunicação e na construção do plano de cuidados. Favoreceu a ampliação de reflexões e discussões acerca da atuação do psicólogo neste cenário, propiciando a construção de um cuidado humanizado e integral.

**Palavras-chave:** “Cuidados Paliativos”; “Unidade de Terapia Intensiva”; “Psicologia Hospitalar”; “Tomada de decisão partilhada”

## ABSTRACT

This study emerged from the experience as a resident psychologist in the Critical Patient Care Program, in a teaching hospital in Minas Gerais. It is characterized as a qualitative, descriptive study in the format of an experience report. This research aimed to describe the psychology practice in the face of the palliative care approach in an Intensive Care Unit (ICU), bringing possibilities of this action, with the specific objectives of understanding how psychology can contribute to the construction of the care plan and shared decision-making in the ICU. It was identified the importance of rescuing the patient's subjectivity in this context and the importance of the psychology professional to offer support to the patient, family and team, through follow-up, discussions, helping in communication and in the construction of the care plan. It favored the expansion of reflections and discussions about the psychologist's possibilities of acting in this scenario, supporting the construction of a humanized and comprehensive care.

**Keywords:** "Palliative care"; "Intensive care unit"; "Health Psychology" "Shared decision-making"

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. ADENTRANDO A UTI.....	11
3. CUIDADOS PALIATIVOS E UTI.....	13
4. TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA.....	14
5. PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI.....	16
5.1. Paciente.....	20
5.2 A Família.....	22
5.3 Comunicação.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) caracteriza-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada às profissões da saúde, no formato de um curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração de dois anos em regime de dedicação exclusiva. Seu objetivo é favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012)

Atuo como psicóloga residente do Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico desde março de 2021, com término previsto para março de 2023. A atuação/prática dos residentes deste Programa acontece principalmente no Pronto Socorro, Enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital Escola vinculado à uma Universidade Federal do interior de Minas Gerais, sendo que, no segundo ano é direcionado principalmente para as UTIs e Pronto Socorro. Neste sentido, estive presente por 10 meses em Unidades de Terapia Intensiva: entre UTI Crônica, UTI Neurológica e UTI Coronariana (UCO) neste período.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), segundo a Resolução CFM N° 2.271/2020 é caracterizada como:

Um ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançado para manter a vida durante condições de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada” (Resolução CFM N° 2.271/2020).

A UTI caracteriza-se por uma unidade hospitalar de alta complexidade direcionada a pacientes críticos, “aqueles que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte” (Resolução CFM N° 2.271/2020), com possibilidade de reversão do quadro clínico, sendo composta por equipe multiprofissional, observação médica, equipamentos e monitorização contínua (ABRAHÃO, 2010; OLIVEIRA et al., 2010 apud. VIEIRA et al., 2018) “Esses pacientes podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas” (Resolução CFM N° 2.271/2020).



Estão inseridos na equipe multiprofissional da UTI médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos hospitalares.

A Psicologia Hospitalar passou a ser reconhecida e regulamentada como uma especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2000, por meio da resolução 014/2000. Apresentando-se, assim, um campo relativamente novo no Brasil. Cabe ao psicólogo hospitalar que atua no SUS ofertar uma assistência de qualidade, estimulando o trabalho interdisciplinar (CFP, 2019)

Estão previstas como ações referentes à especialidade de Psicólogo Hospitalar: a promoção de intervenções voltadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecimento, internação e reverberações emocionais que surgem neste processo. No trabalho com a equipe multiprofissional, de preferência interdisciplinar, participando de decisões relacionadas ao cuidado, promovendo suporte e segurança ao paciente e seus familiares (CFP, 2019).

Foi no contexto de estar residente de psicologia na UTI que me deparei com o interesse por construir um trabalho alinhado com a perspectiva dos Cuidados Paliativos. Levando em consideração a complexidade deste cenário em que a ameaça à vida se faz tão presente.

Ainda no primeiro ano da residência, tive a oportunidade de passar um mês junto à Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital. Uma experiência marcada por muitas trocas, discussões interdisciplinares e que me despertou desejo de ampliar a discussão e reflexões acerca dos Cuidados Paliativos dentro dos campos de prática posteriormente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidados Paliativos é uma abordagem de cuidado que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos e psicossocioespirituais (OMS, 2017).

A palavra "paliativo" tem sua origem no latim: "palium", que significa manta ou coberta. Desta forma, quando a causa da doença não pode ser curada, os sintomas são. Os Cuidados Paliativos, neste sentido, visam a oferta de um cuidado holístico, que considera não somente a dimensão da dor física mas também da ordem psicológica, social e espiritual (PESSINI, 2017).

Em 2018 é publicada a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as Diretrizes para a Organização dos Cuidados Paliativos no SUS, sendo elegível para estes

cuidados toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, seja ela aguda ou crônica, desde o seu diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O cuidado paliativo objetiva a oferta de cuidados adequados e dignos aos pacientes, sendo associado internacionalmente na literatura a vários benefícios, incluindo melhor planejamento de cuidados, melhora na qualidade de vida, diminuição de sintomas desagradáveis, aumento da satisfação do paciente e família, bem como menos uso do sistema de saúde (KAVALIERATOS et al., 2016 apud. D’ALESSANDRO et al., 2020).

A consolidação dos Cuidados Paliativos como uma abordagem de cuidado no ambiente da UTI é fundamental e justifica-se por ser um direito da pessoa e dever da equipe de saúde ofertá-los. A efetuação de um atendimento qualificado pela equipe multiprofissional, por meio de sua abordagem holística e visão ampliada, objetiva cuidar deste paciente de maneira multidimensional, assegurando o seu bem-estar e respeitando a sua dignidade.

Para isso, faz-se necessária a partilha de saberes e responsabilidades entre os profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado. A equipe multiprofissional deve estar capacitada para ofertar tais cuidados de maneira integral e humanizada, apresentando condutas que assegurem sobrevida digna e controle dos sintomas (SILVA, 2013).

Levando em consideração que os profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional têm como dever: “prestar uma assistência individualizada e integral ao usuário, apresentando uma formação humanista, crítica e reflexiva” (FAMED, 2019), percebi que esta perspectiva de cuidado estava muito alinhada ao que me norteava dentro da minha prática e da assistência que buscava prestar, ofertando um cuidado integral, humanizado e que lança luz para aspectos da subjetividade do paciente, dando voz para que ele possa dizer dos seus valores, dores, desejos e anseios no processo de adoecimento.

A UTI foi o campo de prática onde permaneci por mais tempo ao longo dos dois anos de residência: o que me permitiu um afinamento do cuidado ofertado e do arcabouço teórico por meio do fazer, dos estudos e das reflexões realizadas em supervisões e teórico-práticos. A supervisão, de acordo com Neto e Oliveira (2015), caracteriza-se como um espaço que propicia reflexões, discussões e trocas que pode ser tanto individual quanto grupal e nela são apresentados casos clínicos, contribuindo com o desenvolvimento do raciocínio clínico que facilita o planejamento e execução de intervenções.

A experiência vivida como psicóloga residente em UTI foi uma das experiências mais marcantes e valorosas na minha formação profissional e na minha construção humana.

Neste sentido, o presente artigo caracteriza-se como um estudo qualitativo, de caráter descritivo, que visa relatar minha experiência como psicóloga residente em UTI e descrever as possibilidades de atuação da psicologia e cuidados paliativos neste contexto, tendo como objetivos específicos entender como a psicologia pode contribuir com a construção do plano de cuidados do paciente e na tomada de decisão compartilhada em uma UTI.

Para Macedo (2016) a experiência é compreendida a partir de duas perspectivas: primeiro, como inseparável da subjetividade; e segundo, como promotora do que chama de “memória incorporada” em um corpo que simultaneamente cria e é habitado pela experiência. Demarca-se assim a experiência como objeto de análise do relato de experiência, uma fonte inesgotável de sentidos e possibilidades passíveis de análises (DALTRO; DE FARIA, 2019).

Para Freud (1915): “O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição”. Assim, considero que a experiência aqui relatada, carrega consigo um grande valor, e reverbera em mim por meio de incontáveis aprendizados, transformações e aprimoramento do cuidado.

Na epígrafe do presente trabalho eu trouxe uma poesia de minha autoria. Poesia esta que se apresentou como um “ressoar” de minha experiência enquanto psicóloga residente frente a algumas intensas vivências e mobilizações neste contexto. Neste dia, as palavras surgiram, como numa catarse, por meio de um escoamento que encontrou, primeiramente, pela via simbólica da escrita e da arte, o resultado do que o encontro com o paciente, família e equipe despertou em mim, propiciando a elaboração do vivido.

O registro do atendimento em prontuário, algo da ordem mais objetiva, do que subjetiva do meu trabalho, precisava vir precedida desta manifestação que se expressava espontaneamente naquele momento e que me marcou profundamente, refletindo muito da minha prática enquanto psicóloga neste contexto. Penso ter sido neste momento que encontrei um desejo ainda mais intenso de construir este relato. Minha escrita diz sobre uma vivência que apresenta um significado que ultrapassa os limites do âmbito individual.

Muito do que trago da minha vivência vem permeado das intensidades vividas e dos potentes encontros que foram possíveis no contexto da UTI por meio da construção de vínculos e abertura de caminhos para o encontro com o outro. Por meio do meu processo terapêutico, das trocas em supervisão, dos espaços e pausas para reflexões e elaborações do vivido, fui enxergando com mais clareza a importância do reconhecimento da vida que existe neste contexto, dando espaço para sua manifestação e reconhecimento.

À seguir vou tecendo meu relato, que se estrutura pelos seguintes temas: a apresentação da UTI, intitulado “Adentrando a UTI”, em que descrevo como é este espaço em que atuei enquanto psicóloga residente, seguido de tema “Cuidados Paliativos na UTI”, “Tomada de Decisão Compartilhada”, “Psicologia e Cuidados Paliativos em UTI”, que conta com três subitens: o primeiro, direcionado ao “Paciente”, seguido do subitem “Família” e, por fim, o terceiro, sobre “Comunicação”.

## **2. ADENTRANDO A UTI**

Para começar meu relato, gostaria de apresentar o local onde trabalhei e mergulhei ao longo de 10 meses, de janeiro a novembro de 2022. Importante sinalizar que minha primeira passagem por esta Unidade, se deu no meu primeiro mês enquanto residente multiprofissional, sendo o meu primeiro cenário de prática, em março de 2021.

Quando adentrei na UTI pela primeira vez, eu não poderia imaginar o que essa unidade, de tantas intensidades, poderia me proporcionar: de experiência, sentimentos, afetações, encontro com o real e gratificações.

Estive presente como psicóloga residente em uma Unidade de Terapia Intensiva composta por 30 leitos e separada por quatro unidades, sendo elas: UTI Cirúrgica (9 leitos), UTI Neurológica (9 leitos) e UTI Crônica (12 leitos), sendo destes, 3 leitos de isolamento situados em uma quarta unidade. Além disso, estive presente também na UTI Coronariana (UCO) que conta com 8 leitos.

Nas unidades onde estive, todos os quartos são individuais e no centro de cada UTI, estão presentes as ilhas, os monitores, e é onde, quando não estão no leito, os profissionais, principalmente médicos, enfermeiros e fisioterapeutas permanecem.

O ambiente de Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente controlado, climatizado e repleto de ruídos, aparelhos de monitorização e manutenção artificial de vida. É um ambiente fechado, organizado, onde impera a ordem e a assepsia. É onde se encontram os recursos tecnológicos mais avançados. É também onde nos deparamos com a morte em sua concretude diariamente, entendendo que existem limites que lembram o quão humanos somos mesmo diante da mais avançada tecnologia.

Para Menezes e Barbosa (2013) nas Unidades de Terapia Intensiva, as rotinas são estruturadas para obtenção de maior eficiência técnica, a fim de que a expressão emocional de pacientes, familiares e profissionais da equipe de saúde seja silenciada. Assim, os autores consideram que a “morte moderna” está presentificada, especialmente nas Unidades de

Terapia Intensiva, com um modelo de processo de gestão do morrer predominantemente tecnológico e impessoal. Menezes (2006, p. 36) pontua que “a UTI é representativa do modelo de “morte moderna”, ocultada, rotinizada e banalizada – onde o indivíduo morre só, isolado e conectado a tubos e aparelhos”, muitas vezes sem consciência de que está morrendo (MONTEIRO, 2017).

Desde o surgimento das UTIs e, ligadas a elas, as técnicas de suporte avançado de vida, foi observada uma significativa mudança nas intervenções referentes ao tratamento de doenças agudas e crônicas. Este novo espaço favoreceu, especialmente ao médico, maior poder de realizar intervenções diagnósticas e terapêuticas que, anteriormente, não eram possíveis (ACADEMIA BRASILEIRA DE BIOÉTICA CLÍNICA, 2022).

Enquanto este desenvolvimento tecnológico é fundamental para a resolatividade dos problemas, facilitando a atuação dos profissionais e possibilitando a manutenção da vida por meio de suas inovações, dele também advêm dilemas éticos que são identificados e vivenciados rotineiramente pelos profissionais de saúde (BETTINELLI; WASKIEVICS; ERDMANN, 2017).

Apesar de tais avanços, compreende-se que tais recursos também apresentam limitações, não sendo possível evitar a morte, em casos em que o paciente evolui com quadros desfavoráveis e refratários ao tratamento ofertado. Essa tecnologia possibilitou modificar o modo, tempo e situação da morte, podendo culminar, em um prolongamento do processo de morrer, que pode gerar grande sofrimento tanto do paciente, quanto de familiares, quanto da própria equipe (ACADEMIA BRASILEIRA DE BIOÉTICA CLÍNICA, 2022).

A objetivação do doente crítico tem sido um imperativo em terapia intensiva, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada, principalmente quando seu quadro clínico é agravado e a morte torna-se uma possibilidade. Apesar de a medicina intensiva destinar-se a diagnosticar e tratar doentes em iminente risco de vida porém potencialmente reversíveis, a realidade tem se mostrado diferente. O envelhecimento da população e o melhor controle das enfermidades crônico-degenerativas têm modificado o perfil de pacientes admitidos em UTI. Além disso, pacientes agudamente enfermos podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas e se tornarem terminais dentro dessas unidades. Entretanto, o crescimento do poder de intervenção do médico ocorreu sem uma reflexão simultânea sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos (MONTEIRO, 2017, p.29)

É diante de tal cenário que se compreende a importância da humanização do processo de morrer. Para Esslinger (2004) humanizar a morte significa compreendermos como um

processo natural e singular para cada indivíduo e o contexto familiar no qual o paciente está inserido, e salienta que as doenças, em sua dimensão científica (diagnóstico, tratamento e prognóstico) não devem fazer que se esqueça o doente.

Para Torres (2008) o medo e a ameaça de morte iminente são constantes e colocam pacientes, familiares e profissionais diante de emoções e conflitos que emergem dos limites do adoecer e da certeza da finitude humana (MONTEIRO, 2017).

Me questioneei sobre o que poderia nos auxiliar diante de questões tão importantes que emergem neste contexto. E buscando refletir sobre tais aspectos, discorro sobre os Cuidados Paliativos na UTI e Tomada de Decisão Compartilhada à seguir.

### **3. CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI**

Atualmente, existem dois modelos que geralmente são usados para exemplificar como os cuidados paliativos podem ser integrados à UTI. O “modelo consultivo” proporciona o envolvimento e a consulta com equipes especializadas em cuidados paliativos, principalmente para pacientes com alto risco de mau prognóstico, enquanto o “modelo integrativo” objetiva que as equipes de terapia intensiva incorporem os cuidados paliativos em sua prática diária (MEDDICK-DYSON, S. A. et al., 2022).

No hospital em que atuei enquanto psicóloga residente, contamos com a presença de uma Comissão de Cuidados Paliativos que tem caráter consultivo, ou seja, por meio de solicitação de interconsulta da equipe da Unidade de referência, a Comissão realiza avaliação e discussão com equipe da assistência para alinhamento da construção de plano de cuidados. A Comissão de Cuidados Paliativos do hospital é composta por dois médicos, uma psicóloga e uma enfermeira, contando também com a presença de um residente médico e residentes multiprofissionais de variadas áreas da saúde que passam pela Comissão de maneira rotativa.

Moritz et al. (2008) citam alguns princípios fundamentais dos cuidados paliativos em Unidades de Terapia Intensiva, sendo eles: aceitação da morte como um processo natural do fim da vida; priorização do melhor interesse do paciente; repúdio à futilidades terapêuticas e diagnósticas; não abreviar a vida ou prolongar o processo de morte; assegurar qualidade de vida e morte; aliviar a dor e outros sintomas associados; cuidar de aspectos biopsicosocioespirituais dos pacientes e familiares; respeitar a sua autonomia e fomentar a interdisciplinaridade como prática assistencial.

Importante pontuar o quanto o reconhecimento dessas múltiplas dimensões do sujeito e de seu sofrimento é importante para a vivência do processo de adoecimento e

internação, tanto para o paciente, quanto para sua família. Conforme citado por Breitbart (2017), Portenoy et al., (1994) pontuam que, mesmo que a dor e sintomas físicos sejam aflitivos para os pacientes, sintomas relacionados com o sofrimento psicológico e com preocupações existenciais também os afetam, reforçando a importância da integração da espiritualidade e questões ligadas com o sentido e a fé em cuidados paliativos tem se mostrado essencial na oferta deste cuidado.

De acordo com a experiência de minha atuação na UTI, a espiritualidade muitas vezes surgiu no discurso de pacientes e familiares como aspecto importante, mostrando-se um relevante recurso de enfrentamento diante do contexto de adoecimento. O espaço para que possam falar de sua fé, validando esta dimensão se mostra essencial: assim, o suporte espiritual, as visitas religiosas e a possibilidade de paciente e família falarem sobre sua espiritualidade tem sido um cuidado importante a ser considerado.

Algumas ações paliativas em UTI descritas por Moritz et al. (2008) são: planejamento e ação, contando com a presença da tríade paciente, família e equipe assistencial em sua elaboração; estímulo à uma comunicação adequada e efetiva; oferta de suporte aos familiares e profissionais envolvidos no processo de cuidado; flexibilização de visitas e, havendo possibilidade, a presença de um acompanhante; controle de sintomas e promoção de conforto ao paciente; reconhecimento e tratamento dos aspectos físicos e psicológicos da dispnéia e da dor; objetivar o bem estar do paciente e sua não maleficência; suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer, como drogas vasoativas, hemodiálise, nutrição parenteral total; adequação de tratamentos não fúteis, como sedoanalgesia e reavaliação do suporte ventilatório.

#### **4. TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA**

Para Vidal et al. (2022) o modelo de decisão compartilhada está intimamente alinhado com os princípios dos cuidados paliativos e tem se mostrado um imperativo ético da atualidade. Sua essência se baseia nos princípios da escuta ativa e do diálogo, caracterizando-se pelo cultivo de um relacionamento de qualidade entre profissionais da saúde, paciente e família.

Vidal et al., (2022, p.2-3) pontuam que: “a escuta cuidadosa corresponde ao ponto de partida de qualquer esforço genuíno voltado à redução do sofrimento e preservação da

dignidade e, por isso, deveria ser reconhecida como um dos mandamentos dos cuidados paliativos”.

Nesta perspectiva, a escuta compassiva ou empática é marcada pela presença de uma abertura, ausência de julgamento e interesse verdadeiro para entender o que acontece com os pacientes e seus familiares (VIDAL et al, 2022).

Assim, as preferências e valores dos pacientes devem sempre ser considerados e respeitados e são essenciais para sustentar a decisão do que faz ou não sentido em seu tratamento. Para isso, é necessário que o paciente e sua família compreendam o quadro clínico e tenham ciência dos potenciais riscos e benefícios das decisões terapêuticas, de modo a possibilitar de fato uma decisão compartilhada (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Para Forte (2022) a decisão compartilhada é fundamental para o estabelecimento de uma relação ética entre indivíduos que tenham direito de se autodeterminar, de modo que busquem um objetivo comum: o cuidado centrado no paciente e família e profissionais que se importem e ofereçam um cuidado de qualidade e segurança, respeitando os valores humanos e as práticas baseadas em evidências.

Os cuidados de saúde de pacientes críticos demandam em várias circunstâncias a tomada de decisões acerca de questões que podem envolver desde a forma como as informações serão compartilhadas, até quais procedimentos diagnósticos ou terapêuticos serão utilizados. Esta complexidade exige que os profissionais de saúde desenvolvam várias habilidades e atitudes que vão muito além do conhecimento técnico e envolvem habilidades emocionais e relacionais (VIDAL et al., 2022).

Constantemente a equipe depara-se com dilemas estabelecidos pela oposição entre autonomia e paternalismo. O modelo de relação profissional-paciente paternalista é baseado em uma visão biomédica, focado na doença e que propõe relações verticalizadas (VIDAL et al., 2022)

Se nos valermos da metáfora de que os cuidados de saúde ao fim da vida podem ser comparados a uma travessia, o ponto de vista paternalista assumiria que os profissionais de saúde conhecem o melhor caminho e devem ser seguidos sem questionamento; enquanto a perspectiva consumista consideraria que o profissional deve fornecer um mapa contendo todos os caminhos possíveis e deixar o paciente escolher o que lhe convier. Já de acordo com a postura mutualista, característica da decisão compartilhada, profissionais e pacientes buscariam encontrar juntos o melhor caminho possível através do exame dos mapas, reflexão sobre eventuais obstáculos e percalços de cada um deles e do diálogo acerca do que é mais importante para o paciente ao longo do caminho. Esta metáfora, além de poder contribuir para a compreensão dos diferentes modelos de



tomada de decisão em saúde, é útil por sinalizar que as escolhas feitas podem e devem ser reavaliadas ao longo do percurso de acordo com o surgimento de novos tipos de terrenos e paisagens, bem como de mudanças no estado e nas perspectivas dos viajantes (VIDAL et al, 2022, p.4-5).

Forte, Kawai e Cohen (2018) sugerem um roteiro de tomada de decisão ética e compartilhada que visa direcionar o processo de tomada de decisão frente a pacientes críticos por meio de quatro passos: sendo o primeiro, com foco na doença, em que o objetivo fundamental é o rigor das informações referentes ao prognóstico, redução de risco e risco relativo dos tratamentos; o segundo passo é centrado no paciente, visando primordialmente a comunicação empática e o conhecimento sobre os seus valores e o que a enfermidade e o sofrimento significam para ele; o terceiro passo evidencia a equipe de saúde e estimula o trabalho em equipe, partilha de informações sobre a doença e valores do paciente, bem como, fomenta discussões com a equipe sobre o que seria apropriado, inapropriado e fútil; já o quarto passo tem como enfoque a relação entre o profissional da saúde e o paciente, visando a tomada de decisão compartilhada para o melhor e o pior cenário frente ao contexto de adoecimento vivenciado pelo paciente.

As decisões acerca dos cuidados destes pacientes na UTI são baseadas em critérios como reversibilidade da causa da piora aguda da saúde, expectativa de vida, funcionalidade, gravidade da doença, estado de saúde prévio e consideração do desejo do paciente e família para a introdução de medidas invasivas (AGUIAR et al., 2021).

O cuidado em respeitar as solicitações de “não reanimação” e fornecer todas as intervenções adequadas que aliviem o sofrimento de uma maneira multidimensional devem ser levados em consideração. A não utilização de medidas fúteis não anula a necessidade de oferecer ao paciente todas as intervenções que proporcionem alívio (FONSECA; FONSECA, 2010). “O que se propõe é a transição dos cuidados intensivos terapêuticos para os intensivos fomentadores de alívio dos sintomas desagradáveis até sua morte (FONSECA; FONSECA, 2010, P.307).

## **5. PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI**

A partir de agora, teço meu relato por meio da partilha de como, dentro deste cenário, fui desempenhando meu papel de psicóloga residente em uma Unidade de Terapia Intensiva, ilustrando algumas possibilidades do fazer da psicologia diante dos cuidados paliativos e dos processos de tomada de decisão compartilhada.

Como exposto, não é possível a construção deste cuidado, se não considerarmos todos os atores presentes neste contexto. Assim, busco contemplar neste tópico aspectos de minha atuação com os pacientes, seus familiares e a equipe de saúde da UTI.

Na UTI, acompanhei muitos processos de viver e morrer. Acompanhei o prolongamento da internação de alguns pacientes e pude perceber os limites do corpo e o sofrimento por eles vivenciados, compreendendo que esse sofrimento também se estendia aos seus familiares. Diante deste cenário, percebi que meu papel era lançar luz à subjetividade destes sujeitos. Tão assujeitados neste papel de “pacientes”. Buscando ofertar espaço, para que de alguma forma eles pudessem ser vistos, enxergados e conhecidos seus valores, princípios, gostos.

Em relação aos sintomas psíquicos apresentados pelos pacientes e familiares no contexto da UTI, Forte e Moritz (2014) pontuam que estes impactam diretamente a qualidade de vida do sujeito, influenciando a sua capacidade de se comunicar, de sentir prazer e de resignificar o processo de adoecimento. Pontuam que os sintomas psíquicos podem variar desde respostas como medo, tristeza, raiva e luto, e que estes não são lineares, variando em intensidade ao longo deste processo, até se manifestando de maneira mais grave, como depressão ou pânico. Pontuam que um dos sintomas psíquicos mais importantes no paciente e na família é a ansiedade, que pode se manifestar de formas mais leves, até mais incapacitantes.

Em relação à ansiedade, Forte e Moritz (2014) referem que ela pode se manifestar por meio do surgimento de sintomas como: tensão persistente, incapacidade de relaxamento, dificuldade de concentração ou memória, indecisão, insônia, irritabilidade, incapacidade de se distrair, tremores, náuseas, anorexia ou apetite exacerbado, dispneia, hiperventilação podendo influenciar em outros sintomas, como a dor, a dispneia ou a depressão.

Os autores referem que a sua manifestação depende dos aspectos biográficos do paciente, ou seja, da forma que lida com seu adoecimento e se relaciona com sua vivência psicológica (aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais), sua experiência social e espiritual.

Para Moretto (2001) o psicólogo hospitalar dá voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito, ou seja, de alguém que pode se implicar na vivência atual, seja ela o paciente, seus familiares ou a equipe de saúde responsável por seu cuidado (CFP, 2019).

E é neste sentido que fui pautando minha atuação: dar voz, espaço e condições de que o paciente e família pudessem dizer de suas necessidades. Podendo viver e morrer de maneira digna.

O psicólogo dá voz ao “falar” do paciente, que pode se manifestar por meio de gestos, feições, olhares, gemidos e por meio da presença, vínculo e transferência, sendo porta-voz de suas necessidades, criando possibilidades de comunicação possíveis, seja por meio da escrita, gestual, e mostrando para ele a importância desse discurso (ROMANO, 2017).

Para Moura et al. (1995) por meio da palavra e da nomeação do vivido, o sujeito-paciente pode se implicar no tratamento de uma maneira mais ativa. “Usando a palavra (real ou simbólica) suas necessidades e desejos revestem-se de intenso significado. Atendidas quando possível, e até reconhecidas como impossíveis de serem atendidas, permitem a localização da angústia e o seu alívio, possibilitando assim, que outras necessidades e desejos possam aflorar (MOURA et al., 1995 apud. ROMANO, 2017)”.

Vi o quanto a presença da psicologia na UTI permite que paciente e família se sintam escutados, enxergados e validados em suas dores, que muitas vezes extrapolam o limite das palavras e são traduzidas por meio do silêncio. Silêncio este, que vem carregado de sentidos, significados, angústia. E precisa ser sustentado para que seja transformado, em elaborações, ressignificações, sentido.

Ao longo de minha experiência como psicóloga residente em uma UTI fui me deparando com aspectos inerentes ao cenário no qual estava presente: muitas perdas vivenciadas pelos pacientes, familiares, equipe. A morte pairando muitas vezes. Percebi a importância de manter-me atenta e sensível ao que é dito pelo paciente porque, como pessoa que protagoniza a situação de adoecimento, pode dizer com muita propriedade de sua vivência, dizendo de sua verdade, que precisa ser considerada e respeitada.

A verdade do paciente na UTI, pode ser “dita” de várias formas. Quando com dificuldade de comunicação, seja devido ao quadro clínico, ou mesmo referente aos dispositivos, a construção de maneiras alternativas de comunicação se faz essencial para a construção de um cuidado adequado ao paciente. A sustentação de um olhar, gestos, leitura labial, pranchas de comunicação alternativa quando pertinente, desde os instrumentos, até o próprio corpo, possibilitam a construção de um espaço de expressão da subjetividade do paciente que precisa ser visto, ouvido, enxergado, validado, para poder (re)existir neste lugar.

(Re)existir: aprender novas formas de dizer, ressignificando o vivido, o presente, passado e futuro. Tendo a possibilidade de pensar sobre a própria finitude e ter espaço para dividir os medos, angústias e desejos diante do desfecho temido (ou não) pelo paciente.

Observam-se muitas mortes subjetivas na UTI: da autonomia, de sonhos... Muitas vezes conheci a história dos pacientes por meio do discurso de familiares. Buscava sempre compreender aspectos ligados ao que fazia sentido para cada um: desde músicas que gostavam, até a rotina, funcionalidade, valores, desejos expressos antes da internação. Busquei aproximar do paciente aspectos que pudessem fortalecer seu senso de identidade e servir de referência para aproximação afetiva, empática e cuidadosa, permitindo a construção de vínculo.

Ao longo da internação paciente e família lidam com muitas perdas: reais e subjetivas. São perdas que se somam neste processo e influenciam diretamente na vida de paciente e família com o adoecimento e a internação. Perde-se, inicialmente, a saúde, a privacidade, funções do corpo, perde-se a perspectiva referente à projetos, sonhos, perde-se muitas vezes, até mesmo a possibilidade de falar: ser ouvido e ouvir a própria voz.

Como ferramentas utilizadas neste contexto, buscando a oferta de estímulos afetivos e presença, foi possível a utilização de dispositivos eletrônicos para realização de ligações, visitas virtuais. Esta se mostrava uma maneira efetiva de aproximar quem está longe do contexto de internação, construindo pontes afetivas por meio da reprodução de áudios de familiares e amigos, músicas e vídeos alinhados ao que o paciente gosta e fazia sentido ser introduzido neste contexto.

Além disso, em conjunto com sua família, foi possível a construção de prontuários afetivos, onde os gostos do paciente, a forma como gostava de ser chamado, sua identidade e subjetividade eram resgatados e apresentados servindo de importante instrumento de humanização neste cenário.

O paciente pôde ser enxergado de uma maneira mais integral e com isso reconhecidos seus valores, princípios e desejos. Meu anseio, dentro do meu fazer como psicóloga, era sempre resgatar o mais precocemente possível tais aspectos no âmbito da internação.

Desde o início de minha experiência na UTI, tive o desejo de construção deste diálogo com a equipe, tanto multiprofissional, quanto médica. Para que pudessemos ter trocas entre nós acerca dos aspectos percebidos por cada profissional: ampliando o olhar sobre o paciente, suas necessidades e seu sofrimento.

Quando o paciente não podia colocar em palavras sobre sua história, sua subjetividade, a família trazia quem era esse paciente, seus gostos, perspectivas sobre vida e

morte: se já era sinalizada alguma diretiva referente ao próprio cuidado, quais questões já haviam sido colocadas por ele, às vezes no próprio dia a dia. Este se mostrava um processo de uma construção de uma ponte que possibilitava uma maior aproximação da pessoa que era este paciente que se encontrava no leito: permitindo o resgate de aspectos importantes de sua história para ampliação deste espaço de acolhimento e vínculo. Tudo isso influencia também na percepção do cuidado que está sendo recebido pelo paciente e pela família.

## 5.1 Paciente

Na UTI tive a oportunidade de acompanhar o processo de pacientes com variados tipos de acometimentos. Pacientes com limitações importantes na fala e mobilização do corpo, como casos de tetraplegias e uso de traqueostomia.

Ao longo da internação auxiliava na expressão de sentimentos e na sustentação por meio do olhar, fazendo nomeações, pensando juntos em estratégias para auxiliar no manejo da dor sentida. Esta dor, que se caracterizava como uma dor total. Porque dizia de um intenso sofrimento, em suas variadas dimensões, represado muitas vezes pela dificuldade de se comunicar, e muitas vezes pela dificuldade da família, e até mesmo a equipe em ouvir. Quando o silêncio se quebra e o paciente desperta, despertam também os medos, inseguranças. E elas se refletem muitas vezes na invalidação do que o paciente está anunciando.

Busquei estar presente. Inteiramente, para ser presença viva que auxiliasse na sustentação de um vínculo construído por meio do encontro, escuta e acolhimento. Captando aquilo que apenas por meio desta presença, era possível apreender. Assim, buscava ser continente e dar voz à subjetividade do paciente que encontrava-se no leito.

O paciente é alguém que carrega consigo suas paixões, suas lutas, suas conquistas, seus medos, suas dores e preferências. São pessoas que carregam afetos, histórias e uma biografia única e singular que precisa ser refletida em um cuidado singular e focado na sua idiossincrasia.

Por alguns momentos me questioneei se o que estava fazendo, em termos de cuidado, estava sendo suficiente. Este sentimento de impotência muitas vezes acometia também a equipe. Em alguns momentos, o paciente lidava com os limites e fragilidades do corpo de maneira muito importante. Mesmo diante destes limites, me fazia presente, beira leito, sustentando o olhar e tudo o que ele traduzia naquele momento.

Ao longo do processo de hospitalização, o paciente passa por vários procedimentos, algumas urgências do corpo. Um dos aspectos que sempre me chamou atenção, em casos acompanhados, foi o quanto a lucidez pode ser preservada diante de tudo o que estava sendo vivido. E a presença dela torna possível a expressão por meio de palavras, por feições de medo, de desesperança e pelo desejo expresso, em alguns casos, de realizar fechamentos, despedidas, anúncios. Em alguns momentos da internação, também ocorreram expressões por meio dos silêncios, da angústia que não encontrava palavra, mas diante de minha presença, encontrava continência.

Certa vez, em atendimento a um paciente, pude compreender com dificuldade e após algumas tentativas não assertivas, por meio da leitura labial, que o que eu falava era “(sic)muito bonito”. Na minha dificuldade de compreender, ele repetiu “paciente”: “(sic)muito bonito”. Quando nos encontramos no diálogo, ele agradeceu e chorou intensamente por alguns minutos.

O paciente pode falar de sua travessia durante a longa estadia de internação na UTI que pode ser de dias a meses, e dos diversos sentimentos experimentados. Entendi que gestos de agradecimento vinham do lugar de reconhecimento que se encontrava naquele espaço de escuta e estímulo da expressão de sentimentos, por meio do vínculo construído. Entendi que o que eu fazia, por mais sutil que pudesse parecer, neste ambiente que é permeado por tantas tecnologias, ofertou o cuidado que carecia naquele lugar. Paciente reconhecido como sujeito. Tendo seus sentimentos e anúncios validados e legitimados por meio deste trabalho.

Ainda foi possível acompanhar um paciente, junto à equipe, em uma “visita” à janela do saguão da UTI. Depois de tantos meses naquela Unidade fechada, ter a oportunidade de olhar para fora, e tê-lo auxiliado na expressão de tamanha emoção. Lágrimas corriam pelo seu rosto ao avistar a vida acontecendo, sentir o calor do sol depois de tanto tempo, ver o céu, que estava tão azul naquele dia.

Depois dessa visita, foram percebidas transformações no paciente e no acompanhante. Ao longo de minha atuação enquanto residente, ouvi muitas vezes essa fase de “eu vivo” e “eu na vida”. Este acompanhante conseguiu alcançar a presença do paciente “na vida” naquele espaço que se abriu diante daquela janela. A janela dava para a vida. E ver a vida acontecendo fora, permitiu que a família pudesse ver a vida acontecendo dentro da Unidade também.

A construção do prontuário afetivo do paciente também pode ser uma janela aberta dentro da UTI. O prontuário afetivo é uma ferramenta que possibilita o resgate de aspectos da subjetividade e da biografia do paciente. Nele podem estar contidas informações afetivas

como seus gostos, a forma como prefere ser chamado, podendo ser composto também por fotografias e imagens que remetam a estes aspectos. Quando tive a oportunidade de construir esse projeto junto da família e do paciente foi possível o resgate de seus vínculos, amizades, expressões de emoções, seus afetos, vivências, rememorar situações de encontros e de despedidas.

Nesse processo de abertura não demorava muito e era possível ver a família trazendo mais do “afetivo” para o contexto de internação. A partir do “abrir da janela”, começaram a levar fotos e expressar de maneira mais livre os sentimentos e afetos sentidos neste processo de acompanhar tão longa internação.

## 5.2 A Família

Além da avaliação e intervenção com o paciente, compete ao psicólogo que atua na UTI, a atuação com os familiares. Conforme citado por Weaver, Bradley e Brasel (2012) e Wiegand (2013) alguns autores sinalizam que o cuidado centrado na família como extensão do cuidado centrado no paciente.

Para Carter e McGoldrik, conforme citado por Monteiro (2017), a família é definida como um:

Sistema aberto, em transformação, intercomunicante, que forma um conjunto de padrões por meio dos quais os seus membros interagem e regulam o seu comportamento, ou seja, é formada por pessoas que são produtos e produtoras de seu contexto social, cultural e emocional. O comportamento de um membro apenas pode ser compreendido em relação ao contexto do sistema grupal e do meio onde esse indivíduo está inserido. A família é entendida como unidade social intimamente conectada ao paciente através de laços afetivos, não precisando ter parentesco legal ou consanguinidade (MONTEIRO, 2017, p. 64)”.

Assim, cada família deve ser vista como um sistema que possui seu próprio modo de funcionamento, sendo a sua existência, estrutura e capacidade de adaptação dependentes da busca pela manutenção de seu equilíbrio. Quando alguém deste grupo familiar é internado, este equilíbrio e os papéis desenvolvidos por cada um é afetado e a hospitalização percebida como ameaça (MONTEIRO, 2017).

Deste modo, entende-se que se há um desequilíbrio e este equilíbrio não é retomado, uma crise é gerada e além do impacto da internação, a família se verá diante da reavaliação

de suas funções, podendo se deparar com a possibilidade de perda, pendências, e sentimento de desintegração familiar (MONTEIRO, 2017).

Monteiro (2017) pontua que, segundo Ismael (2004) o ambiente da UTI é desencadeador de situações estressoras e ansiogênicas, tanto para o paciente quanto para sua família, sendo estas: a impessoalidade do local, a solidão e isolamento, prognóstico incerto ou desfavorável, falta de informação, medo da morte, falta de privacidade e individualidade.

Para Monteiro (2017) algumas famílias se desestruturam neste cenário, enquanto outras, mesmo em contato com este sofrimento, apresentam recursos de enfrentamento para lidar com estas tantas perdas vivenciadas no contexto de internação.

Romano (2017) pontua que se a família estiver desorganizada é necessário verificar se apresenta meios e condições para reorganização ou se precisam de suporte para isso. Cabe ao psicólogo, neste contexto, facilitar uma comunicação efetiva e afetiva entre a tríade paciente-família-equipe, identificando qual membro deste grupo familiar apresenta maiores condições emocionais para receber informações da equipe.

Alguns estudos sinalizam que a satisfação das famílias com o cuidado ofertado ao paciente, com o processo de tomada de decisão compartilhada e com a recepção de informações de maneira clara e objetiva é um ponto importante para a redução de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, depressão e ansiedade após a morte do paciente. É pontuado que, apesar da perda, quando a família recebe um cuidado alinhado com esta perspectiva, mantém memórias positivas de cuidado e conforto, auxiliando no processo de elaboração do luto. (LAURETTE, 2007; SCHAEFER, BLOCK, 2009 apud. MONTEIRO, 2017).

Percebi em muitos casos atendidos em que foi introduzida a perspectiva da introdução dos cuidados paliativos, houve a dificuldade da família na compreensão do que representava esta abordagem. Seu processo de elaboração mostrou-se um fator importante diante dessa nova perspectiva de cuidados.

Como psicóloga residente neste cenário, busquei ofertar acolhimento, escuta empática e diante do que se apresentava, muitas vezes a temática da morte surgia e eram realizadas reflexões acerca do que podia ser feito durante a internação, mas também em como seria a vida após a perda do paciente, propiciando, assim, a vivência do luto antecipatório.

Franco (2021) pontua que o luto antecipatório é um processo que se inicia assim que recebe um diagnóstico que trará uma mudança para a sua vida, culminando em importantes transformações em seu senso de identidade e percepção de controle. Este luto, quando cuidado, previne que seja vivenciado um luto complicado posteriormente. Preparando os



familiares para o luto que será vivido após a perda de seu ente e permitindo também que fossem realizadas despedidas, desfechos, e resoluções, permitindo fechamentos.

Para Nelson et al. (2010), conforme citado por Monteiro (2017), é importante que, diante de uma situação de terminalidade, pensando no cuidado da família, haja tempo hábil para que os familiares possam realizar suas despedidas, sendo importante facilitar seu acesso, alinhar sobre a possibilidade de flexibilidade no horário de visitas, além do suporte com o luto. Sendo essencial a oferta de atenção para as necessidades biossociopsicoespirituais de seus componentes.

Neste sentido, foi observado o quão importante se faz a presença da família no contexto de hospitalização. Na UTI, o horário de visitas acontece no período vespertino, não excedendo uma hora de permanência na unidade. A visita estendida caracteriza-se pela possibilidade de um familiar permanecer por mais tempo com o paciente durante a internação, propiciando a interação da família com o paciente e com a equipe, se mostrando aliada no que tange ao alívio de sentimentos desagradáveis. Foi possível observar o quão importante se mostra essa presença, visto que, este também pode ser um momento em que o paciente necessita falar sobre anseios, necessidade de fechamentos referentes aos vários eixos da vida e fazer anúncios de morte e despedida.

O vínculo com as famílias permitiu que fosse construída uma relação de confiança, sendo possível compreender suas necessidades, organização e auxiliar na construção de recursos de enfrentamento neste contexto, validando seus sentimentos e acompanhando seu processo. Muitas vezes as famílias partilhavam o desejo de permanecer com os pacientes para além do tempo das visitas. Assim, em conjunto com a equipe, buscava sinalizar este desejo e alinhar, em conjunto, sobre a possibilidade de ofertar a visita estendida para o paciente. Sendo visualizado que, os benefícios eram observados não apenas para os pacientes, mas para os familiares, que muitas vezes traziam de como era significativo este tempo com o ente querido. Durante as visitas, conversávamos sobre a importância de expressar seus sentimentos e estarem presentes com seu familiar, ofertando estímulos afetivos. A importância desta oferta se dá, independente do estado de consciência do paciente, sendo estimulada a sua manifestação neste contexto, inclusive a pacientes que estejam em coma. Esta manifestação aproxima a família e o paciente dos vínculos que constituem sua história e suas relações, permitindo que possam, diante desta desafiadora travessia, manter vivos esses laços.

As visitas estendidas e aquelas programadas: às quais são acordadas entre família e equipe, mostram-se importantes tanto para os pacientes, quanto para a família. Além disso,

em alguns casos, também é possível flexibilizar a quantidade de pessoas que estarão presentes neste contexto, de acordo com o vínculo, dinâmica e singularidade de cada situação, o psicólogo, neste contexto, pode auxiliar no alinhamento com a equipe para que estes aspectos sejam decididos de maneira partilhada com a equipe, considerado a singularidade e necessidades de cada paciente e família.

### 5.3 Comunicação

Diante dos vários aspectos descritos neste artigo, considero a comunicação como ferramenta fundamental diante do contexto de UTI e Cuidados Paliativos e dedico este tópico para discorrer sobre ela. Uma boa comunicação permite trocas, conhecimento da verdade e valores do paciente e família, esclarecimento de dúvidas, alinhamentos, e permite a dissolução de conflitos que podem se formar por meio de ruídos ao longo de internação.

Neste sentido, identifiquei por meio da experiência vivida na UTI com a equipe assistencial e a Comissão de Cuidados Paliativos que, a comunicação com paciente e família esse mostrava um ponto crucial para auxiliar na travessia do adoecimento do paciente e de seu impacto na família. As conferências familiares e a possibilidade de pensar em um plano de cuidados alinhado aos valores, princípios e subjetividade do paciente, permitia uma continuidade dos cuidados ofertados pela Comissão na enfermaria, possibilitava que as famílias construíssem um vínculo e pudessem ampliar o espaço para dividir as dúvidas, reforçar aspectos importantes referentes a quem é este paciente e como poderia ser pensado o seu cuidado, considerando os potenciais cenários de seu adoecimento.

O desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação da equipe é muito relevante e objetiva uma comunicação empática, efetiva e afetiva com pacientes e familiares.

Fornecer, de modo apropriado, informações claras, honestas e realistas, mas também compassivas e solidárias; ter boa capacidade de ouvir, respeitar as emoções e sentimentos suscitados por essa situação, evitar excessos no uso de linguagem técnica e do jargão médico e ter tempo e disponibilidade para conversar com a família sempre que esta demandar atenção ou apresentar dúvidas. Junto a isso é essencial que se respeite o tempo da família nesse processo (SHAEFER, BLOCK, 2009; SLEEMAN, COLLIS, 2013, apud. MONTEIRO, 2017).

Uma comunicação que vai além de mera transmissão de informações, mas caracteriza-se como um processo complexo que envolve a subjetividade de seus atores. E para que haja

comunicação efetiva, é necessário que haja um vínculo bem estabelecido e fortalecido: um vínculo de confiança que deve permear a relação entre paciente, família e instituição.

Comumente, ao longo de minha passagem pude acompanhar a passagem de boletins médicos. Este momento é crucial para a família. Muitas vezes, antes de minha abordagem beira leito nos horários de visita, muitos familiares dividiam a expectativa em relação a saber como o paciente passou no último dia, esperando ansiosas resultados de exames, se houve melhora, ou pioras importantes, mas o que mais me chamava atenção é o quanto um boletim pode interferir na compreensão e lida da família diante do contexto do adoecimento.

O boletim médico é o momento em que o familiar pode dividir suas dúvidas, se emocionar, ouvir notícias difíceis. Mas, principalmente, deve ser um momento em que o vínculo e a confiança devem ser construídos. A compreensão do que o familiar sabe até o momento, a consideração de aspectos subjetivos que a família traz e o olhar empático que permite a sustentação dessa angústia, são cruciais para que esta comunicação alcance os objetivos propostos.

Afonso e Minayo (2013), apontam, conforme citado por Monteiro (2017) que são percebidas algumas barreiras na comunicação da equipe com a família e que esta dificuldade se relaciona desde o modo de falar, de maneira clara e direta, sobre os prognósticos e limites terapêuticos, temendo tirar a esperança do paciente e de sua família até o estabelecimento de um bom vínculo baseado em uma comunicação efetiva.

A comunicação de "más notícias" desencadeia nos profissionais de saúde, principalmente nos médicos, intensos sentimentos, como os de medo, desconforto, impotência, frustração, entre outros, normalmente pouco compartilhados entre os profissionais da equipe. Ressalta-se que a comunicação envolve diversos aspectos, sendo eles, verbal, não verbal, linguagem corporal e emoções, exigindo dos médicos uma habilidade que, muitas vezes, não foi discutida nem desenvolvida durante sua formação, de modo que a comunicação é assinalada por eles como uma tarefa dolorosa e desgastante (MONTEIRO, 2017).

Durante a minha passagem na UTI, foi possível acompanhar algumas transformações em crenças e comportamentos de equipe, que resultaram em um olhar mais integral e uma parceria junto à psicologia, com uma sensibilização em relação aos aspectos emocionais e nosso papel nesse processo, foi possível perceber, por exemplo, o quanto a presença do psicólogo na comunicação de más notícias tinha a função de não apenas ofertar suporte à família, mas à equipe, que também lida com muitas mobilizações diante desta tarefa.

Enquanto atuava na UTI, no final de 2022, foi realizada uma capacitação interna para os profissionais da Unidade com a temática de “Cuidados Paliativos em UTI”, as aulas eram na modalidade online e semanais, e foram trabalhadas várias temáticas relacionadas ao tema na prática. Foi um espaço em que a equipe interdisciplinar pôde se reunir e refletir sobre temas inerentes. Em uma das aulas a temática abordada foi “Comunicação de Más Notícias” e foi possível ampliar esta discussão.

Quanto mais pessoas transitarem em espaços que possibilitem acesso a informações, trocas, partilhar e esclarecer dúvidas, construir diálogos possíveis, conversar entre si sobre esta abordagem mais será possível construir parcerias para ofertar esta perspectiva de cuidado.

Pensando no modelo de tomada de decisão compartilhada, compreendo o quanto uma comunicação afetiva e efetiva está alinhada aos seus princípios. É sobre dar espaço para que o paciente e sua família possam falar. É sobre escutar empaticamente e sobre ofertar as informações acerca do diagnóstico/prognóstico do paciente de uma maneira que o respeito pelos seus valores, sentidos e convicções sejam considerados e possam ser traçadas rotas que façam sentido para sua travessia.

Como psicóloga, posso identificar dificuldades relacionadas à lida com as informações recebidas, ofertando suporte diante de comunicação de más notícias e também auxiliando na comunicação da tríade paciente-equipe-família. Identificando sentimentos, pensamentos, crenças e resistências existentes, auxiliando na dissolução de conflitos e realizando intermediações necessárias.

A compreensão da necessidade de transmitir informações de modo empático, abriu espaço para o diálogo e escuta do paciente e sua família, permitindo a construção do vínculo, essencial neste processo. Muitas questões se clarificaram diante destes espaços de discussão e trocas. A comunicação afetiva mostrou-se grande aliada na oferta de um cuidado integral, que considera as múltiplas dimensões do paciente e sua família. A realização de conferências familiares, com a presença da equipe interdisciplinar e família, também se fez essencial para a construção do plano de cuidados do paciente.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio das reflexões e elaborações descritas no presente artigo, pode-se observar que a temática de Cuidados Paliativos em UTI é complexa e sensível visto que envolve vários

dilemas éticos, em que os principais atores são a tríade paciente-equipe-família que estão em constante interação neste contexto.

Foi identificado que o modelo de Tomada de Decisão Compartilhada tem sido disseminado e se mostrado importante ferramenta na construção de um plano de cuidados que seja alinhado à singularidade de cada paciente e família, levando em consideração o sentido que sofrimento, dignidade e qualidade de vida tem para cada um, podendo ser modificado de acordo com quem é o paciente, seus princípios, valores, referências e cultura.

Foram demonstradas várias possibilidades de atuação da psicologia para auxiliar na adoção de cuidados paliativos, com enfoque na escuta empática e na humanização deste ambiente em que impera os avanços e desenvolvimento tecnológico, sendo possível, por meio da consideração do ser humano em sua integralidade, ofertar o cuidado adequado respeitando seus valores, crenças e princípios, levando em consideração aspectos do quadro apresentado pelo paciente, prognóstico, terapêuticas disponíveis, sua viabilidade, valores do paciente e família, participação da equipe.

Por meio do presente trabalho foi possível compreender quais as contribuições da psicologia no âmbito dos Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia e no modelo de Tomada de Decisão Compartilhada. Foram descritas as várias possibilidades de atuar de maneira alinhada à perspectiva de Cuidados Paliativos, sendo possível cuidar dos sintomas psicossociais dos pacientes e sua família, auxiliando na expressão da subjetividade do paciente e sua família, escutando empaticamente e acolhendo as reverberações do adoecimento, auxiliando no processo de ressignificação do vivido, favorecendo a comunicação entre a tríade paciente-família-equipe e intervindo no luto antecipatório.

Foi possível compreender a importância do psicólogo como alguém que oferta suporte à tríade paciente-família-equipe na comunicação de más notícias, no acompanhamento psicológico de paciente e familiares, nas discussões com equipe interdisciplinar, da assistência e da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital, auxiliando no reconhecimento de aspectos da subjetividade do sujeito que se encontra internado na UTI.

O psicólogo se mostra um facilitador no processo de construção do plano de cuidados do paciente, auxiliando na comunicação e integração entre paciente, família e equipe. Além disso, contribui para que, diante do processo de adoecer/morrer, o paciente e sua família possam fortalecer recursos internos e pensar em possíveis estratégias de enfrentamento, trabalhando os sentimentos vivenciados e auxiliando no processo de ressignificação do momento vivido.

Enquanto residente multiprofissional e psicóloga hospitalar, identifiquei que foi possível, de maneira reflexiva, ampliar uma discussão acerca de um cuidado alinhado com a proposta da formação humanista, interdisciplinar e que considera todos os atores envolvidos neste processo de cuidado que a residência multiprofissional propõe e se alinha com a forma de atuação prevista ao psicólogo hospitalar.

Foi percebido um número reduzido de estudos que correlacionem Psicologia, Cuidados Paliativos, Unidade de Terapia Intensiva e Tomada de Decisão Compartilhada, sendo sugerido que profissionais que atuem neste cenário e trabalhem sob a ótica desta perspectiva de cuidado ampliem as discussões acerca dos temas levantados.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE BIOÉTICA CLÍNICA, Diretriz Ética – Adequação de Suporte Terapêutico a Pacientes Adultos em Unidades de Terapia Intensiva. 2022.

AGUIAR, Luciana Mara Meireles et al. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 624-634, 2022.

BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado. **Humanização e cuidados paliativos**, 2004. CFM. **RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020**

CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS**. 2019.

D’ALESSANDRO, Maria Perez Soares et al. Manual de cuidados paliativos. **São Paulo (SP): Hospital SírioLibanês**, 2020.

DALTRO, Mônica Ramos; DE FARIA, Anna Amélia. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

FAMED. **Atenção ao Paciente em Estado Crítico**. Disponível em: <<http://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-uni-e-multiprofissional/apresentacao/areas-de-concentracao-3>> Acesso em: 01 dez. 2022

FRANCO, Maria Helena Pereira. **O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno**. Summus Editorial, 2021.

FONSECA, AC da; FONSECA, MJM da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Scientia médica**, v. 20, n. 4, p. 301-309, 2010.

FORTE, Daniel Neves. **Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FORTE, Daniel Neves; KAWAI, Fernando; COHEN, Cláudio. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. **BMC Medical Ethics**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2018.

FORTE, Daniel Neves. Decisão compartilhada: por que, para quem e como?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

FORTE, Daniel Neves. MORITZ, Rachel Duarte. Cuidados Paliativos e Cuidados de Fim de Vida. In: GUIMARÃES, H. P. et al. **Manual de medicina intensiva**. São Paulo: Atheneu, p. 127-33, 2014.

GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros et al. A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

MEDDICK-DYSON, S. A. et al. Implementation lessons learnt when trialling palliative care interventions in the intensive care unit: relationships between determinants, implementation strategies, and models of delivery—a systematic review protocol. **Systematic reviews**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**

MONTEIRO, Mayla Cosmo. A morte eo morrer em UTI-família e equipe médica em cena. **Curitiba: Appris**, 2017.

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 20, p. 422-428, 2008.

SILVA NETO, Walter Mariano de Faria; OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de. Práticas do supervisor acadêmico na formação do psicólogo: estudo bibliométrico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, p. 1042-1058, 2015.

ROMANO, Bellkiss Wilma. O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o aperfeiçoamento do estado da arte no Brasil. 1997.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012. **Diário Oficial da União**, p. 24-25, 2012.

SILVA, Ceci Figueredo da et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2597-2604, 2013.

PEGORARO, Martha Maria de Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. **Revista Bioética**, v. 27, p. 699-710, 2020.

PESSINI, Leocir. **Humanização e cuidados paliativos**. Edições Loyola, 2017

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

VIEIRA, Amanda Melo et al. Características de óbitos dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de hospital terciário. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 1 (Jan-Mar), p. 26-31, 2018.