

A Atuação da Psicologia em Cuidados Paliativos: Vínculos, Despedida e Cuidado Diante da Finitude — Relato de Experiência

The Role Of Psychology in Palliative Care: Bonds, Farewell and Care in The Face of Finitude — An Experience Report.

Karine Rossi Guatura

Mestre em Psicologia, Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário São José

Marco Aurélio de Rezende

Doutor em Saúde Coletiva. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário São José

RESUMO

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem de cuidado integral voltada à prevenção e ao alívio do sofrimento de pessoas que enfrentam doenças ameaçadoras ou limitadoras da vida, contemplando também familiares e cuidadores. Este artigo tem como objetivo refletir sobre a atuação da Psicologia em cuidados paliativos a partir de uma experiência profissional de preparação e acompanhamento de uma visita de despedida entre um paciente idoso com doença oncológica avançada e duas netas, uma criança em idade pré-escolar e uma adolescente. Trata-se de relato de experiência profissional, de caráter descritivo-reflexivo, fundamentado em literatura científica e documentos técnico-normativos sobre cuidados paliativos, Psicologia, família, comunicação e finitude. A intervenção envolveu preparação psicológica das crianças, articulação com direção e equipe multiprofissional, adequação do ambiente hospitalar, acompanhamento do encontro familiar e acolhimento posterior. A experiência evidencia que a atuação psicológica em cuidados paliativos pode favorecer a expressão emocional, a comunicação, a preservação de vínculos e a construção de possibilidades de despedida diante da proximidade da morte. Conclui-se que, mesmo quando não é possível modificar o curso da doença, permanecem possibilidades relevantes de cuidado, especialmente quando a assistência reconhece o paciente e sua família como sujeitos de vínculos, histórias, necessidades e escolhas.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Psicologia hospitalar. Finitude. Família. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Palliative care is a comprehensive care approach aimed at preventing and relieving the suffering of people facing life-threatening or life-limiting illnesses, while also supporting families and caregivers. This article aims to reflect on the role of Psychology in palliative care through a professional experience involving the preparation and accompaniment of a farewell visit between an older patient with advanced oncological disease and two granddaughters, one preschool-aged child and one adolescent. This is a descriptive-reflective professional experience report, supported by scientific literature and technical-normative documents on palliative care, Psychology, family, communication and finitude. The intervention included psychological preparation of the children, coordination with hospital management and the multidisciplinary team, adaptation of the hospital environment, accompaniment of the family encounter and post-visit support. The experience indicates that psychological practice in palliative care can facilitate emotional expression, communication, preservation of bonds and opportunities for farewell in the face of approaching death. It is concluded that, even when the course of disease can no longer be modified, meaningful possibilities for care remain, especially when assistance recognizes patients and families as subjects of bonds, histories, needs and choices.

Keywords: Palliative care. Health psychology. Finitude. Family. Multidisciplinary team..

1. INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos nas últimas décadas ampliaram as possibilidades diagnósticas e terapêuticas e contribuíram para o aumento da sobrevida em diferentes condições clínicas. Ao mesmo tempo, esse desenvolvimento tornou mais frequentes situações nas quais pacientes, familiares e profissionais precisam lidar com doenças graves, progressivas ou ameaçadoras da vida, com perdas funcionais, mudanças de papéis, incertezas e decisões complexas sobre os objetivos do cuidado. Nesse contexto, os cuidados paliativos se apresentam como uma abordagem que desloca o foco exclusivo da doença para a pessoa em sua integralidade. A Organização Mundial da Saúde define os cuidados paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). A definição explicita que o sofrimento não se reduz à dimensão orgânica e que o cuidado exige atenção às diferentes formas pelas quais o adoecimento repercute na existência do sujeito. No Brasil, a institucionalização dos cuidados paliativos ganhou novo marco com a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída no Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. A política estabelece a oferta dos cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde e inclui, entre suas diretrizes, a integralidade, a humanização, o respeito à autonomia, a comunicação empática, o planejamento do cuidado e a consideração das necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais da pessoa cuidada (BRASIL, 2024a). A compreensão ampliada do sofrimento torna evidente a necessidade de uma equipe multiprofissional. O adoecimento grave não produz apenas sintomas físicos, podendo alterar a percepção de futuro, a imagem corporal, a autonomia, os vínculos familiares, os projetos pessoais, o exercício de papéis sociais e a própria relação do sujeito com a vida e a morte. É nesse território que a Psicologia encontra uma de suas contribuições mais específicas, oferecendo condições para que a experiência possa ser narrada, compreendida e elaborada. A atuação psicológica em cuidados paliativos, entretanto, não deve ser compreendida como uma tentativa de eliminar toda tristeza, medo ou angústia. Em muitos momentos, essas respostas são coerentes com a gravidade da situação vivida. A tarefa clínica exige distinguir sofrimento esperado, sofrimento que necessita de intervenção especializada e manifestações psicopatológicas, sem reduzir a pessoa a sintomas ou diagnósticos. Exige também reconhecer que o paciente continua sendo sujeito de desejos, valores e escolhas, mesmo quando as possibilidades terapêuticas se modificam. A experiência profissional que deu origem a este estudo foi inicialmente sistematizada em material de formação sobre a atuação da Psicologia em cuidados paliativos, no qual se destacavam cinco eixos: integração dos aspectos psicológicos ao tratamento, trabalho em equipe, comunicação, atenção à família e atenção à própria equipe. A transformação desse conteúdo em artigo científico exigiu ampliar sua fundamentação teórica e confrontar as proposições da prática com literatura científica e documentos normativos atuais. Diante disso, este artigo tem como objetivo refletir sobre a atuação da Psicologia em cuidados paliativos a partir de uma experiência profissional de preparação e acompanhamento de uma visita de despedida, articulando essa vivência à literatura sobre escuta psicológica, vínculos familiares, comunicação, autonomia e trabalho multiprofissional diante da finitude.

2. METODOLOGIA

Este artigo caracteriza-se como relato de experiência profissional, de natureza descritivo-reflexiva. O texto parte de uma intervenção realizada no contexto da Psicologia Hospitalar junto a um paciente idoso em cuidados paliativos e a seus familiares. A experiência é retomada retrospectivamente como eixo de reflexão sobre a atuação psicológica diante da finitude, dos vínculos familiares e da possibilidade de despedida. Não houve delineamento prévio de pesquisa, recrutamento de participantes, aplicação de instrumentos ou produção sistemática de dados com finalidade investigativa. A experiência ocorreu durante o acompanhamento de um

paciente idoso internado em Unidade de saúde, em cuidados paliativos tendo em vista ter uma doença oncológica avançada. O paciente mantinha vínculo afetivo significativo com duas netas, uma criança em idade pré-escolar e uma adolescente. Diante do desejo de reencontrá-las e da demanda apresentada pela família, foi organizada uma intervenção que envolveu preparação psicológica das netas, articulação com a direção do hospital e com a equipe multiprofissional, adequação do ambiente, acompanhamento da visita e acolhimento posterior. Para preservar a confidencialidade, foram omitidos nome, iniciais, instituição, município, datas exatas, diagnóstico específico, número de prontuário e outras informações capazes de favorecer a identificação do paciente ou de seus familiares. As idades das netas foram apresentadas apenas por faixas do desenvolvimento, mantendo-se no relato somente os elementos necessários à compreensão da intervenção. A discussão foi construída em diálogo com produções científicas e documentos técnico-normativos sobre cuidados paliativos, Psicologia Hospitalar, família, comunicação, luto, infância e finitude. A literatura não é utilizada para transformar a experiência em estudo de caso ou revisão sistemática, mas para ampliar a leitura crítica das decisões clínicas e institucionais implicadas no cuidado.

3 CUIDADOS PALIATIVOS E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Os cuidados paliativos representam uma mudança importante na compreensão do cuidado em saúde. Seu desenvolvimento está relacionado ao reconhecimento de que a assistência não deve se limitar à cura ou ao prolongamento da vida, mas incluir a prevenção e o alívio do sofrimento, a preservação da dignidade e a qualidade de vida possível em cada etapa do adoecimento. Ao contrário do que o senso comum acredita, essa perspectiva não significa abandono terapêutico, pois ela redefine objetivos e seleciona intervenções coerentes com as necessidades, valores e preferências da pessoa. A OMS enfatiza que os cuidados paliativos podem e devem ser introduzidos precocemente e integrados a tratamentos modificadores da doença. A abordagem considera dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais e utiliza trabalho em equipe para apoiar pacientes e cuidadores, inclusive no período de luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). No cenário brasileiro, o Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde também reforça o caráter multidimensional do sofrimento e a necessidade de cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2023). A PNCP consolida esse entendimento ao definir os cuidados paliativos como ações e serviços destinados ao alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou condições que ameaçam ou limitam a continuidade da vida. A política determina avaliações abrangentes e considera necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais, o que amplia institucionalmente o espaço para a atuação de diferentes profissões, entre elas a Psicologia (BRASIL, 2024a). Essa concepção é especialmente relevante porque a experiência de adoecer não corresponde de maneira automática à gravidade da doença. Pessoas com diagnósticos semelhantes podem vivenciar a situação de formas profundamente diferentes e história de vida, rede de apoio, crenças, condições socioeconômicas, experiências anteriores de perda, modos de enfrentamento, comunicação familiar e compreensão do diagnóstico interferem na maneira como cada sujeito atribui sentido ao que vive. Alves et al. (2015), ao investigarem discursos e práticas de profissionais e cuidadores, destacaram desafios relacionados à efetivação dos cuidados paliativos e à compreensão do papel dos diferentes profissionais. Estudos posteriores continuam apontando a importância da formação específica e da articulação multiprofissional para que a proposta paliativa ultrapasse a ideia de cuidado restrito aos últimos momentos de vida (ALVES; OLIVEIRA, 2022). Portanto, a integralidade não deve ser compreendida apenas como presença de várias categorias profissionais em torno do mesmo paciente. Ela exige comunicação, compartilhamento de objetivos e capacidade de reconhecer que necessidades diferentes se apresentam simultaneamente. Nesse modelo, o trabalho psicológico ganha sentido não como atividade paralela ao tratamento, mas como parte da construção do cuidado.

4 A EXPERIÊNCIA PSÍQUICA DO ADOECIMENTO E DA FINITUDE

O diagnóstico de uma doença grave pode produzir suspensão na continuidade da vida cotidiana, ocasionando alterações em sua rotina, interrupção de projetos e a perda da autonomia decorrente do aumento da sua dependência de cuidados vinculados à outras pessoas. Para alguns pacientes, a proximidade da morte torna-se uma questão explícita; para outros, aparece de maneira indireta, por meio de medos, silêncios, perguntas sobre o futuro ou preocupação com aqueles que permanecerão. É importante evitar uma leitura simplificada segundo a qual todo paciente em cuidados paliativos apresentará necessariamente depressão, ansiedade intensa ou um conjunto previsível de etapas emocionais. O sofrimento é muito subjetivo e pode coexistir com esperança, humor, vínculo, desejo de realizar atividades e interesse pela vida. O cuidado psicológico precisa acompanhar essa complexidade, sem impor ao paciente uma forma considerada correta de enfrentar a doença. Hoffmann, Santos e Carvalho (2021), em estudo sobre sentidos de vida e morte em pacientes em cuidados paliativos, observaram que o sofrimento não se relacionava apenas à finitude em si, mas também às perdas funcionais, à preocupação com familiares e à ameaça a valores importantes. Esse achado contribui para compreender por que a escuta clínica precisa ultrapassar a pergunta sobre medo da morte e investigar o que, concretamente, está sendo ameaçado para aquela pessoa. Em muitos casos, o paciente pode sofrer com a perda de autonomia, com alterações na aparência, com a impossibilidade de exercer funções familiares ou profissionais e com a sensação de tornar-se um peso. A equipe pode estar concentrada no controle de sintomas físicos enquanto questões relacionadas à dignidade, pertencimento, identidade e sentido permanecem pouco verbalizadas. Deste modo, a Psicologia pode favorecer a abertura de um espaço no qual essas dimensões sejam reconhecidas. Elaborar o sofrimento não significa conduzir o paciente a uma aceitação obrigatória da morte, pois existem pessoas que desejam falar diretamente sobre a finitude e outras que preferem permanecer mais próximas do presente; algumas famílias pedem informações detalhadas, enquanto outras encontram no silêncio uma forma de proteção. A intervenção psicológica precisa reconhecer esses movimentos sem estabelecer uma maneira considerada ideal de viver o processo. Castro (2001) já destacava a contribuição da Psicologia para pacientes, familiares e equipe diante da terminalidade. Mais recentemente, Pozzada, Santos e Santos (2022), ao investigarem sentidos produzidos por psicólogos que atuam em cuidados paliativos no SUS, reforçaram a complexidade do cuidar em cenários de morte e morrer. Esses estudos apontam para uma prática que precisa articular técnica, ética e disponibilidade para estar diante de experiências que nem sempre podem ser solucionadas.

5 A ESCUTA PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em cuidados paliativos, a escuta psicológica assume contornos particulares e muitas vezes, o psicólogo se encontra diante de um sofrimento que não pode ser inteiramente afastado, uma vez que o avanço da doença pode trazer perdas irreversíveis e tornar a proximidade da morte cada vez mais presente. Isso, contudo, não significa que as possibilidades de intervenção se esgotem, o trabalho clínicopermanece possível e necessário. Nesse contexto, escutar implica acolher não apenas aquilo que o paciente consegue expressar em palavras, mas também aquilo que ele expressa através do seu silêncio, medo, vínculos, expectativas e as diferentes maneiras

pelas quais busca compreender e enfrentar as mudanças produzidas pelo adoecimento. A intervenção psicológica pode oferecer ao paciente um espaço seguro para falar sobre aquilo que está vivendo, inclusive sobre questões que nem sempre consegue compartilhar com as pessoas mais próximas. Diante de uma doença grave, é possível sentir-se sozinho mesmo quando se está cercado pela família e muitas vezes, o paciente silencia seus medos na tentativa de proteger aqueles que ama, enquanto os familiares evitam determinadas conversas por receio de aumentar seu sofrimento. Nesse contexto, a escuta do psicólogo pode facilitar a expressão de sentimentos, dúvidas e preocupações que até então não encontravam espaço para ser comunicados.. Langaro (2017), em relato de atendimento em Psicologia Hospitalar e cuidados paliativos, descreve intervenções direcionadas ao paciente e aos familiares envolvendo elaboração das vivências do adoecimento, enfrentamento da finitude, mediação de conflitos, comunicação e apoio diante do luto antecipatório. Embora relatos clínicos não possam ser generalizados, eles ilustram como a atuação psicológica se desenvolve na interface entre experiência subjetiva, vínculos familiares e decisões de cuidado. A intervenção pode incluir avaliação do estado emocional, identificação de recursos de enfrentamento, acolhimento de angústias, facilitação da comunicação, apoio na tomada de decisões, manejo de crises e acompanhamento de processos de perda, sendo necessário ainda a preservação da autonomia do paciente. A proximidade da morte não retira sua condição de sujeito, sempre que houver capacidade para participar das decisões, suas preferências, valores e limites precisam ser considerados. A literatura recente sobre diretivas antecipadas de vontade destaca a contribuição da Psicologia para comunicação, autonomia, aceitação familiar e elaboração de lutos no contexto paliativo (ROCHA et al., 2024). A escuta psicológica também pode favorecer processos de ressignificação, facilitando a construção de novas formas de compreender a experiência, reconhecendo o que permanece possível e reorganizando prioridades diante das mudanças impostas pela condição clínica. Para alguns pacientes, isso pode envolver despedidas, reconciliações, transmissão de memórias, resolução de questões práticas ou simplesmente a possibilidade de estar com pessoas significativas. Assim, a efetividade do trabalho psicológico não deve ser medida apenas pela redução imediata da tristeza ou da ansiedade. Em cuidados paliativos, uma intervenção pode ser clinicamente relevante quando permite que o paciente expresse um medo até então silenciado, participe de uma decisão, comunique um desejo à família ou se sinta reconhecido como pessoa para além de sua doença.

6 COMUNICAÇÃO, AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO

A comunicação é um dos elementos estruturantes dos cuidados paliativos, informações sobre diagnóstico, prognóstico, objetivos terapêuticos e possibilidades de cuidado podem mobilizar medo e sofrimento, mas a ausência de comunicação também pode produzir insegurança e isolamento. Por isso, comunicar não corresponde apenas à transmissão de informações técnicas, envolve compreender o que o paciente sabe, o que deseja saber, como interpreta sua condição e quem deseja incluir nas decisões. A PNCP brasileira incorpora entre seus princípios a comunicação clara, empática e respeitosa e o respeito à autonomia e às escolhas da pessoa cuidada (BRASIL, 2024a). Esse direcionamento é coerente com a perspectiva de cuidado centrado na pessoa, na qual decisões clínicas são construídas considerando evidências, possibilidades terapêuticas e valores individuais. Na prática hospitalar, podem ocorrer situações em que familiares solicitam que informações sejam ocultadas do paciente por acreditarem que o conhecimento do diagnóstico ou prognóstico aumentará seu sofrimento. Esse fenômeno, frequentemente discutido na literatura de cuidados paliativos como conspiração do silêncio, coloca a equipe diante de questões éticas e relacionais complexas. O psicólogo pode investigar os medos que sustentam essa solicitação, avaliar a dinâmica familiar e contribuir para uma comunicação progressiva e sensível. O trabalho psicológico também pode auxiliar o paciente a organizar perguntas e expressar preferências que diante da

complexidade das informações poderiam dificultar a sua participação. A escuta dos valores pessoais é particularmente importante quando diferentes opções terapêuticas apresentam benefícios e ônus distintos. Nesses momentos, a autonomia não deve ser confundida com abandono decisório, cabe à equipe oferecer informações compreensíveis e sustentar o processo de decisão. A discussão sobre diretivas antecipadas de vontade reforça a importância de registrar preferências para situações futuras nas quais o paciente possa não conseguir expressá-las. A revisão brasileira publicada em 2024 identificou contribuição da Psicologia para a implementação dessas diretivas, especialmente na comunicação, na relação com familiares e na elaboração emocional relacionada às escolhas de fim de vida (ROCHA et al., 2024). Desse modo, a comunicação em cuidados paliativos é simultaneamente clínica e ética. O psicólogo pode contribuir para que paciente, família e equipe consigam falar sobre limites, medos e possibilidades sem transformar a morte em assunto proibido e sem obrigar o paciente a conversar sobre temas para os quais não esteja preparado.

7 ATENÇÃO À FAMÍLIA

O adoecimento grave atinge uma rede de relações e familiares podem assumir funções de cuidado, reorganizar rotinas, lidar com mudanças financeiras e experimentar medo, exaustão, culpa, impotência e antecipação da perda. Em razão disso, a família não deve ser compreendida apenas como acompanhante ou fonte de informação, mas também como unidade que necessita de cuidado. A OMS inclui explicitamente familiares e cuidadores no escopo dos cuidados paliativos e destaca o suporte durante o adoecimento e o luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). A PNCP brasileira também contempla familiares e rede de apoio, reafirmando a necessidade de uma abordagem que não se encerra no indivíduo isolado (BRASIL, 2024a). No trabalho com a família, um movimento aparece com frequência: todos tentam proteger alguém. O paciente evita demonstrar medo para não preocupar os familiares; estes, por sua vez, escondem a tristeza porque receiam fragilizá-lo. A intenção pode ser genuinamente cuidadosa, mas o resultado nem sempre é proteção e em alguns momentos, pessoas que compartilham o mesmo medo acabam vivendo-o separadamente. A escuta psicológica pode ajudar a reconhecer esse movimento e abrir possibilidades de comunicação. A atenção psicológica à família inclui avaliação da compreensão sobre a doença, identificação de conflitos, reconhecimento da sobrecarga do cuidador, facilitação da comunicação e preparação para mudanças previsíveis no curso clínico. Quando a morte se aproxima, pode incluir apoio às despedidas e ao luto antecipatório, sempre respeitando a cultura, as crenças e a forma particular de cada família lidar com a perda. Langaro (2017) demonstra, em contexto clínico, como conflitos familiares e dificuldades de comunicação podem interferir no cuidado e como intervenções psicológicas podem favorecer autonomia e apoio emocional. Cavalcante, Souza e Alvarenga (2022), em revisão integrativa sobre Psicologia e cuidados paliativos na atenção domiciliar, também destacam a relevância da atuação junto ao paciente e aos familiares, ao mesmo tempo em que apontam a necessidade de maior produção específica sobre o fazer psicológico. É importante reconhecer que a família não constitui um grupo homogêneo e diferentes membros podem ter compreensões distintas sobre o diagnóstico, expectativas divergentes e relações anteriores marcadas por proximidade ou conflito. O psicólogo não deve assumir a tarefa de produzir consenso a qualquer custo, mas pode auxiliar na explicitação dessas diferenças e na construção de formas de comunicação que reduzam o sofrimento evitável. O acompanhamento do luto também integra a perspectiva paliativa. Nem todo familiar necessitará de psicoterapia após a morte, e o luto não deve ser automaticamente patologizado. Entretanto, a identificação de fatores de vulnerabilidade, ausência de rede de apoio, conflitos intensos, perdas múltiplas ou sofrimento persistente pode orientar encaminhamentos e continuidade do cuidado.

8 ATUAÇÃO JUNTO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Os cuidados paliativos dependem de articulação entre diferentes áreas do conhecimento, entretanto, a presença de uma equipe multiprofissional não garante por si só uma prática interdisciplinar. Para que o cuidado seja

integrado, os profissionais precisam compartilhar informações, construir objetivos comuns e reconhecer as contribuições e limites de cada núcleo profissional. A Psicologia pode colaborar com a equipe ao oferecer elementos para compreensão das reações do paciente e da família como expressões possíveis do sofrimento. Recusa, irritabilidade, silêncio, ambivalência, insistência em determinados tratamentos ou dificuldade de compreender informações não devem ser interpretados de maneira precipitada como falta de colaboração. Em algumas situações, essas condutas podem expressar medo, mecanismos de proteção, conflitos familiares, experiências traumáticas anteriores ou diferenças na compreensão da doença. Essa leitura não significa psicologizar todos os comportamentos, porém, o papel do psicólogo é contribuir com hipóteses clínicas e relacionais que possam ampliar a compreensão da equipe, mantendo diálogo com os aspectos médicos, sociais, funcionais e espirituais do cuidado. O objetivo é evitar interpretações reducionistas e favorecer intervenções mais ajustadas às necessidades da pessoa. Alves e Oliveira (2022) identificaram avanços e dificuldades percebidos por profissionais que atuam em cuidados paliativos, incluindo desafios relacionados à formação. A PNCP, por sua vez, prevê educação permanente e equipes multiprofissionais como elementos da organização da assistência (BRASIL, 2024a). Isso reforça a necessidade de espaços institucionais para discussão de casos, planejamento conjunto e qualificação das práticas. A equipe também é afetada pelo contato repetido com sofrimento, perdas e sentimento de impotência, frustração e identificação com pacientes que podem aparecer no dia a dia. Embora o psicólogo da equipe assistencial não deva automaticamente assumir função psicoterapêutica em relação aos colegas, ele pode colaborar para a criação de espaços de reflexão sobre o cuidado, comunicação e impactos emocionais do trabalho, respeitando limites institucionais e profissionais. Em cuidados paliativos, reconhecer limites não equivale a fracassar, afinal, vivemos em um contexto, onde a cultura assistencial centrada exclusivamente na cura pode fazer com que a morte seja percebida como derrota profissional. A abordagem paliativa propõe outro horizonte: quando a cura não é possível, permanecem possibilidades de tratar sintomas, reduzir sofrimento, comunicar com qualidade, respeitar escolhas e cuidar das relações e a Psicologia participa dessa mudança ao ajudar a sustentar uma compreensão de cuidado que não termina quando se esgotam intervenções curativas.

9 RELATO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Durante a internação de um paciente idoso com doença oncológica avançada, já em cuidados paliativos, surgiu uma demanda que, à primeira vista, poderia ser entendida apenas como uma solicitação de visita. O paciente desejava reencontrar duas netas com as quais mantinha vínculo afetivo intenso, uma criança em idade pré-escolar e uma adolescente. Para a família, porém, havia também outra preocupação relacionada à criança mais nova, que vinha demonstrando sofrimento importante desde a hospitalização do avô. Antes da reinternação, ele apresentava episódios de mal-estar e quedas em casa. As netas haviam aprendido a reconhecer o som das quedas como sinal de que algo poderia estar acontecendo e costumavam correr para ajudá-lo. No episódio que antecedeu a última internação, a criança mais nova encontrou o avô após uma dessas quedas e com a ausência prolongada dele em casa, passou a perguntar se ele havia morrido e retomava repetidamente a lembrança daquele barulho. Essa informação foi decisiva para compreender que a visita não dizia respeito apenas ao desejo de “ver o avô”, mas também à necessidade de dar algum contorno a uma experiência que, para ela, permanecia marcada pela incerteza. Simultaneamente, o próprio paciente expressava o desejo de ver as netas novamente diante da possibilidade de que aquele fosse o último encontro. Sendo assim, a solicitação foi discutida com a instituição e, após autorização da direção, iniciou-se a organização da visita. Os serviços de Psicologia, Serviço Social e Enfermagem participaram da articulação, e a localização do paciente na enfermaria foi modificada para oferecer maior privacidade e tornar o ambiente mais favorável ao encontro. Antes dos familiares entrarem na enfermaria para realizar a visita, a equipe realizou atendimento psicológico com as duas meninas, pois, mais do que prepará-las para uma cena previamente definida, interessava compreender o que sabiam, como imaginavam que encontrariam o avô e quais dúvidas ou medos traziam para aquele momento. Ambas sabiam que ele estava gravemente doente e que aquela poderia ser a última oportunidade de estarem juntas. A neta mais nova retornava especialmente à lembrança do som da queda, mostrando como uma experiência concreta havia se tornado uma referência importante para compreender o que estava acontecendo. Depois dessa avaliação, as duas foram conduzidas à enfermaria acompanhadas pela equipe e o encontro aconteceu de maneira afetiva e espontânea. A criança mais nova aproximou-se do avô, fez carinho e tentou tranquilizá-lo o tempo todo e a adolescente chorou intensamente e foi acolhida pelo próprio avô e pela irmã.

Houve conversa, brincadeira, desenho, abraços e silêncio; não se tratava de produzir uma despedida “correta”, mas de permitir que aquela família pudesse estar junta de uma maneira possível e protegida por alguns instantes. Após a saída da enfermaria, realizamos novo atendimento com as meninas e como seria esperado diante da situação, havia tristeza e pesar, mas elas também conseguiram falar sobre o alívio de terem encontrado o avô e de terem tido a oportunidade de se despedir. Posteriormente, a família manifestou gratidão pela realização da visita e o paciente faleceu aproximadamente duas semanas depois. Ao retomar essa experiência, considero que sua relevância clínica não está no fato de uma regra de visitação ter sido flexibilizada. O que fez diferença foi o conjunto da intervenção: escutar o desejo do paciente, compreender o sofrimento apresentado pela criança, preparar as netas, articular profissionais e gestão, cuidar do ambiente, acompanhar o encontro e oferecer acolhimento depois dele. Quando a reversão da doença já não era o objetivo assistencial, ainda havia algo importante a ser cuidado: os vínculos e a possibilidade de uma despedida que não ficasse reduzida à lembrança da queda e da hospitalização.

10 DISCUSSÃO

O episódio relatado ajuda a tornar concreta uma ideia central dos cuidados paliativos, quando a cura deixa de organizar o horizonte assistencial, o cuidado não perde sua finalidade. Na experiência descrita, a demanda não era apenas emocional nem apenas institucional. O desejo do paciente, o sofrimento da criança, a necessidade de preparação das netas, os limites da rotina hospitalar e a atuação da equipe estavam entrelaçados. A intervenção psicológica ganhou sentido justamente por conseguir ler essas dimensões em conjunto e transformá-las em uma possibilidade de encontro. A literatura analisada converge com os eixos inicialmente identificados na prática profissional, pois a atuação da Psicologia em cuidados paliativos se organiza em torno do paciente, da família, da equipe e da comunicação entre esses atores. O psicólogo não ocupa apenas o lugar de profissional chamado quando alguém “não aceita” o diagnóstico ou apresenta choro intenso. Sua contribuição é mais ampla e envolve acompanhar a experiência subjetiva do adoecimento, identificar necessidades emocionais, facilitar comunicação, favorecer autonomia e contribuir para a elaboração das perdas. Um primeiro aspecto a ser destacado é a necessidade de não reduzir o sofrimento psíquico a sintomas que devam ser eliminados, uma vez que tristeza, medo e angústia podem constituir respostas humanas diante de perdas concretas. A clínica psicológica em cuidados paliativos exige avaliar intensidade, duração, impacto funcional, recursos de enfrentamento e significado atribuído à experiência. Essa postura protege o paciente tanto da patologização do sofrimento quanto da negligência de quadros que necessitam de intervenção especializada. Um segundo aspecto refere-se à temporalidade da assistência uma vez que cuidados paliativos não devem ser iniciados apenas quando a morte é iminente, pois a construção de vínculos ao longo da caminhada pode favorecer conversas difíceis e decisões no futuro. A OMS e a política brasileira sustentam a introdução precoce da abordagem, de acordo com necessidades e sofrimento. Para a Psicologia, isso significa possibilidade de acompanhar mudanças ao longo do adoecimento, e não apenas intervir em crises de fim de vida. O terceiro aspecto é a centralidade da comunicação. Diversos problemas atribuídos a “não aceitação” podem envolver informação insuficiente, mensagens contraditórias ou dificuldade de conversar sobre prognóstico e objetivos do tratamento. O psicólogo pode funcionar como facilitador, mas a responsabilidade pela comunicação é compartilhada por toda a equipe e sua contribuição específica está em compreender como as informações são emocionalmente recebidas, quais sentidos produzem e que obstáculos relacionais interferem na conversa. O quarto aspecto é a inclusão da família como parte importante do cuidado, afinal, o sofrimento familiar pode repercutir diretamente na experiência do paciente e nas decisões clínicas. Ao mesmo tempo, a família possui sua própria história e seus próprios limites e intervenções que acolham o cuidador e favoreçam comunicação podem reduzir conflitos e ampliar a possibilidade de um cuidado coerente com os valores da pessoa adoecida. O quinto aspecto é a atenção à equipe, pois o trabalho com morte e sofrimento exige preparo técnico e espaços institucionais de elaboração. A literatura brasileira aponta lacunas de formação e dificuldades no cotidiano dos cuidados paliativos. A recente PNCP cria oportunidade de expansão e organização dessa assistência no SUS, mas sua implementação demanda qualificação profissional, integração entre níveis de atenção e clareza sobre atribuições. Também merece destaque a relação entre autonomia e dignidade, uma vez que a autonomia não desaparece porque a doença avança. Mesmo quando as escolhas são limitadas pela condição clínica, permanecem decisões possíveis sobre quem deve estar presente, quais informações o paciente deseja receber, prioridades de conforto, preferências de cuidado e outros aspectos da vida cotidiana. O psicólogo pode ajudar a

tornar essas preferências visíveis e comunicáveis. A partir dessa discussão, compreende-se que a especificidade da Psicologia não está em deter exclusivamente o tema das emoções, mas em oferecer um olhar qualificado para a experiência subjetiva e relacional. O trabalho interdisciplinar torna-se mais potente quando as fronteiras profissionais permitem cooperação sem apagar competências específicas. A Política Nacional de Cuidados Paliativos amplia a atualidade dessa discussão no Brasil ao reconhecer necessidades psicológicas e emocionais como parte da avaliação abrangente e prever equipes multiprofissionais. A política cria condições normativas para fortalecer práticas que já vinham sendo construídas em serviços de saúde e o desafio passa a ser transformar princípios em processos assistenciais concretos, com acesso, continuidade, formação e integração. Por fim, o cuidado diante da finitude não deve ser confundido com preparação padronizada para a morte. Cada pessoa se relaciona de maneira singular com sua condição, e a função do psicólogo não é conduzi-la a uma suposta etapa final de aceitação. O compromisso é sustentar uma escuta que reconheça sofrimento e recursos, favoreçam escolhas possíveis e preserve a pessoa para além do diagnóstico. Nesse sentido, a Psicologia contribui para que o cuidado permaneça humano justamente quando a medicina encontra limites para modificar o curso da doença.

11 CONCLUSÃO

1. A experiência relatada mostrou que a atuação psicológica em cuidados paliativos pode incluir a preservação de vínculos e a construção de possibilidades de despedida, especialmente quando a progressão da doença modifica o horizonte do cuidado. 2. A preparação psicológica prévia da criança e da adolescente permitiu acolher dúvidas, medos e diferentes formas de compreender a gravidade do adoecimento, sem impor uma maneira padronizada de viver o encontro com o familiar. 3. A intervenção não se restringiu ao atendimento individual, sua realização dependeu da articulação entre Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e gestão hospitalar, incluindo a organização de um ambiente que favorecesse privacidade e proteção emocional. 4. A escuta do desejo do paciente permaneceu central mesmo diante da doença avançada, reafirmando que autonomia, valores e relações significativas continuam compondo o cuidado quando as possibilidades curativas se reduzem. 5. O acompanhamento após a visita integrou a intervenção, oferecendo espaço para que as netas expressassem tristeza e atribuíssem sentido ao encontro e à despedida, sem patologizar reações compatíveis com a situação vivida. 6. Como experiência singular e reconstruída retrospectivamente, o relato não pretende produzir generalizações e sua contribuição está em explicitar decisões clínicas e institucionais que podem ampliar a reflexão sobre o cuidado psicológico a pacientes e famílias diante da finitude. 7. Conclui-se que, em cuidados paliativos, a Psicologia pode contribuir para que o limite terapêutico não seja confundido com ausência de possibilidades de cuidado. Escutar, preparar, articular a equipe e sustentar vínculos foram, nesta experiência, formas concretas de preservar dignidade e humanidade diante da proximidade da morte.

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Fernandes et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n. 2, p. 165-176, 2015. DOI: 10.1590/1984-0292/943. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/943>. Acesso em: 17 set. 2026. ALVES, Railda Sabino Fernandes; OLIVEIRA, Francisca Fernanda Barbosa. Cuidados paliativos para profissionais de saúde: avanços e dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, e238471, 2022. DOI: 10.1590/1982-3703003238471. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>. Acesso em: 17 set. 2026. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao>. Acesso em: 17 set. 2026. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_14_06_2024_rep.html. Acesso em: 17 set. 2026. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 36/2024-DAHU/SAES/MS. Orientações operacionais e técnicas para

a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília, DF, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas_tecnicas/2024/nota-tecnica-no-36-2024-dahu-saes-ms.pdf. Acesso em: 17 set. 2026. CASTRO, Déborah Azenha de. Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 21, n. 4, p. 44-51, 2001. DOI: 10.1590/S1414-98932001000400006. Disponível em: 98932001000400006. Acesso em: 17 set. 2026. 3, <https://doi.org/10.1590/S1414> CAVALCANTE, Tawane Tayla Rocha; SOUZA, Maurício Amaral de; ALVARENGA, Eric Campos. Psicologia e cuidados paliativos na atenção domiciliar à saúde: uma revisão integrativa. *Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, v. 14, n. p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://submission.pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/download/22198/1043/111575>. Acesso em: 17 set. 2026. HOFFMANN, Leonardo Bohner; SANTOS, Ana Beatriz Brandão; CARVALHO, Ricardo Tavares. Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. *Psicologia USP*, v. 32, e180037, 2021. DOI: 10.1590/0103-6564e180037. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180037>. Acesso em: 17 set. 2026. LANGARO, Fabíola. “Salva o velho!”: relato de atendimento em Psicologia 2017. Hospitalar e cuidados paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 1, p. 224-235, DOI: 10.1590/1982-3703000972014. Disponível <https://doi.org/10.1590/1982-3703000972014>. Acesso em: 17 set. 2026. em: POZZADA, Jerusa Pires; SANTOS, Manoel Antônio dos; SANTOS, Daniela Barsotti. Sentidos produzidos por psicólogos que trabalham com cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o cuidar em cenários de morte e morrer. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, e210581, 2022. DOI: 10.1590/interface.210581. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210581>. Acesso em: 17 set. 2026. ROCHA, Thaís Chaves Rosendo et al. Diretivas antecipadas de vontade e psicologia em contexto paliativo: revisão de escopo. *Revista Bioética*, v. 32, 2024. DOI: 10.1590/1983-803420243725PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243725PT>. Acesso em: 17 set. 2026. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 17 set. 2026.