

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA
BAHIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Curso de Psicologia**

Tainá Santos Oliveira

O QUE PODE UMA PSICO-ONCOLOGISTA NO HOSPITAL?

**Santo Antônio de Jesus - BA
2022**

Tainá Santos Oliveira

O QUE PODE UMA PSICO-ONCOLOGISTA NO HOSPITAL?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia, pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Área de concentração: Psicologia

Hospitalar Orientadora: Luane Neves

Santos

O que pode uma Psico-Oncologista no hospital?

Tainá Santos Oliveira

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Luane Neves Santos.



Luane Neves Santos

Prof.^a Orientadora

 Documento assinado digitalmente
INAYARA OLIVEIRA DE SANTANA
Data: 01/09/2022 14:09:28-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Inayara Oliveira de Santana

Membro da Banca



Marília Neri Matos

Membro da Banca

Data da Defesa: 03/08/2022

Nota da Defesa: 10,0

Santo Antônio de Jesus- Ba

2022

**“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”
Cicely Saunders**

Agradecimentos

Finalmente é chegado aquele momento complicado de lidar com relação à conclusão do curso: a despedida. Nem todas as pessoas consideram as despedidas como algo difícil, mas para mim sempre foi uma situação delicada porque não sou muito boa em finalizar ciclos, e concluir a faculdade é um encerramento extremamente significativo para alguém que sonhava com o ensino superior desde os 10 anos. Contudo, ao mesmo tempo em que me sinto triste e nostálgica, me sinto também excepcionalmente feliz e grata.

Primeiramente, a **Deus** que sempre foi e tem sido constantemente meu maior potencializador, minha maior fonte de força e alegria durante todos esses anos de batalhas, aprendizados, obstáculos e também vitórias, e sem Ele eu sei que não teria percorrido nem mesmo um terço do percurso que caminhei para chegar onde estou hoje, nem mesmo sei se estaria aqui escrevendo esse TCC tão suado (rsrsrs).

Agradeço a **minha família** por todo o apoio, suporte e incentivo recebidos em todos esses anos. Todos vocês foram indispensáveis para que eu estivesse aqui, essa vitória não é só minha, é nossa! E meu Deus, como eu sou grata a Cristo por ter nomeado vocês para correr o caminho da vida ao meu lado, vocês nem imaginam o quanto sou grata pela vida de vocês.

Aos meus pais, **Nildo e Dina**, por todo cuidado, amor, incentivo - o qual por inúmeras vezes foram financeiros também (rsrs) - e acolhimento nos meus momentos de choro e de alegrias, pelo suporte e pelos cafés durante as noites que passei em claro para alcançar esta posição, obrigada por serem tão incríveis. É graças a vocês que hoje estou sendo chamada de formanda em Psicologia.

Ao meu querido e amado irmão, **Rariel**, ao qual eu amo imensamente, minha eterna gratidão por estar tão presente em todos os meus momentos de surtos, alegrias e inquietações, compartilhando minhas alegrias e lágrimas ao entregar os trabalhos 2 minutos antes do prazo final (rsrs). Obrigada por ser tão parceiro nos meus momentos de maior fraqueza. Olhar para você sempre me impulsiona a seguir adiante. Você é um dos maiores motivos para eu ter suportado tudo até aqui.

Ao meu estimado amor, **Brendo**, aquele que consegue identificar meu olhar de cansaço e exaustão de longe e tem um jeitinho só dele de recarregar as minhas energias, que reconhece meus sorrisos e crises, agradeço por todas as palavras de incentivo e motivação, e por todos os momentos em que você esteve comigo. Obrigada por sua paciência e por ser colonos momentos em que estava sendo sufocada pelo estresse e pressão do trabalho, e pelo excesso de atividades e trabalhos da faculdade. Você é tão parte dessa conquista, acredito que nem imagina o quanto você foi importante para minha caminhada. Eu te amo infinitamente!

Às minhas irmãs, **Maely, Raely, Jéssica, Larissa e Rosi**, gratidão por estarem comigo tornando meus dias mais leves, pelas gargalhadas compartilhadas e por permitir que eu acreditasse no meu potencial quando eu achava que já não aguentava mais. Agradeço, especialmente, à **Maely**, minha companheira de lutas e vitórias ao longo da graduação. Amiga, você foi crucial para que eu chegasse até aqui, nossa irmandade e cuidado uma com a outra nos momentos de júbilo e de lágrimas foram indispensáveis para me sustentar nesse caminho. Obrigada por ser aquele colo sempre disponível para chorar desesperadamente, independente do motivo.

À UFRB e suas extraordinárias professoras, em especial **Rita Leite, Jô Alves, Inayara Oliveira e Rafael Coelho**, por me apresentarem uma psicologia diferente e acolhedora, com um olhar ampliado e cuidadoso frente aos sujeitos e sua subjetividade. Jamais conseguirei colocar em palavras o quanto sou grata por todo conhecimento compartilhado comigo.

À **psicóloga participante** dessa pesquisa, por ser tão disponível frente às inúmeras questões que eu tinha para ela (rsrs). Querida, Ayla (Nome fictício), obrigada por ter abraçado meu problema de pesquisa e sido tão solícita. Sem você este trabalho não seria possível.

E, por fim, uma das pessoas mais indispensáveis para a realização deste trabalho, minha tão amada e querida orientadora, **Luane Neves**. Lu, você foi extraordinária e, sem dúvidas, insubstituível como orientadora, te admiro demais e sou extremamente grata a você por todo cuidado nas correções e nas sugestões para que esse trabalho estivesse na qualidade em que está neste momento. Você foi uma das pessoas que me apresentou esse incrível mundo da Psico- Oncologia e não poderia ter escolhido outra pessoa para estar caminhando lado a lado comigo nesta escrita. Obrigada por me fazer enxergar que este trabalho tinha sentido, por tornar a construção desse TCC mais leve e tranquila, por me fazer acreditar que eu conseguiria escrevê-lo e, acima de tudo, obrigada por ser tão compreensiva e acolhedora quando eu tinha que conciliar as orientações e o trabalho. Você é uma pessoa, professora e orientadora ímpar. Estou aqui escrevendo e escrevendo, tentando por em palavras o quanto você foi importante para mim nesse processo, contudo, acho que nunca vai ser possível colocar em palavras o quanto você me inspira a ser uma profissional melhor e o quanto foi primordial para que eu construísse essa monografia, por isso, ele jamais será apenas meu, sempre será nosso trabalho. Obrigada por tanto!

RESUMO

Dentre as novas possibilidades de contextos de atuação da psicologia da saúde encontra-se o hospital, a psicologia que atua nesse campo é conhecida como psicologia hospitalar (PH), que se constitui como o “campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (SIMONETTI, 2016, p. 15). A vivência hospitalar tende a afetar a pessoa em diversas dimensões: no âmbito físico, psicológico e social envolvidos. Nesse contexto, a doença oncológica se destaca como uma das enfermidades que necessita de intervenção psicológica, considerando que esta patologia além de ameaçar a vida do sujeito, também carrega consigo um estigma de morte decretada. Por isso, notou-se a necessidade de uma especialidade focada no tratamento e intervenções frente a essa doença, a Psico-Oncologia, que diz respeito ao campo de estudos e atuação voltada para o desenvolvimento de estratégias para prevenção, planejamento de tratamentos voltados aos impactos e perdas experienciados no processo de hospitalização e adoecimento oncológico, além da melhoria na qualidade de vida desse paciente e seus cuidadores. Dessa maneira, considerando a complexidade e possibilidades encontradas nessa atuação frente ao adoecimento, incluindo as necessidades e demandas do sujeito, busca-se refletir e analisar neste trabalho as potencialidades e desafios da atuação de uma Psico-oncologista no acompanhamento de pessoas com câncer no contexto hospitalar. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico metodológico para a construção e análise de dados, a Psicologia Sócio-Histórica. A conversação foi adotada como instrumento para construção dos dados, metodologia desenvolvida por González Rey (2005), a qual orientou a condução do diálogo com uma Psicooncologista. A conversação aconteceu no formato online, por meio de uma videochamada na plataforma do Google meet. Para realizar a análise dos dados, foi utilizado o método de núcleos de significação, sendo construídos 4 núcleos referente ao fazer da Psico-Oncologia no hospital. São eles: 1 - Dores e delícias da formação: "eu realmente corri pelo que eu queria."; 2 - Desafios do fazer da Psico-Oncologia: “Meio que a gente faz milagre mesmo”; 3 - Psicologia como potência: "eu só sou psicóloga porque eu achei a Psico-Oncologia.”; 4 - O ser Psico-Oncologista na equipe: "Claro que tem flores e dificuldades, como sempre”. Esses núcleos permitem compreender que o fazer da psicologia possui inúmeros desafios e potencialidades. Dentre as potencialidades: acolhimento frente ao enfrentamento de situações de crise; cuidado, escuta sensível; a mediação entre a equipe, cuidadores e a paciente; entre outras inúmeras intervenções que tornam perceptível o quanto a Psico-Oncologia pode ser um diferencial na vida e, porque não, na morte dos pacientes que por elas são acompanhados. Dentre os desafios estão: fragilidades acentuadas pelo Estado como também pelo próprio contexto hospitalar e pelas pessoas que nele estão inseridas. É possível concluir a partir disso que para ser Psico-oncologista é preciso estar em um constante movimento de reinventar as nossas práticas e a nós mesmas enquanto pessoas e enquanto psicólogos. E isso para além de um desafio, acaba se tornando nossa maior potência.

Palavras chaves:

Psicologia hospitalar; Psico-Oncologia; sofrimento psíquico; adoecimento oncológico; atuação da psicóloga hospitalar.

Lista de siglas

PS – Psicologia da Saúde

PH – Psicologia

Hospitalar

UPAs – Unidades de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

SBPH – Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar

CFP – Conselho Federal de Psicologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUS - Sistema Único de Saúde

ICESP - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

TCC - Teoria Cognitivo-Comportamental

PSP - Primeiros Socorros Psicológicos

UFRB - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 História da Psicologia Hospitalar	8
1.2 Origem da Psico-Oncologia.....	13
1.3 Câncer e seus impactos.....	15
1.4 Psicologias e suas estratégias	17
1.5 – Objetivos.....	19
2 . CAMINHOS PERCORRIDOS	20
2.1 Psicologia sócio-histórica como referencial teórico metodológico.....	20
2.2 Conversação como instrumento de construção de dados.....	21
2.3 Núcleos de significação como procedimento analítico e interpretativo	22
2.4 Aspectos éticos.....	25
3. CONSTRUINDO SIGNIFICAÇÕES	25
3.1 Núcleo de significação 1 - Dores e delícias da formação: "eu realmente corri pelo que eu queria."	25
3.2 Núcleo de significação 2 - Desafios do fazer da Psico-Oncologia: “Meio que a gente faz milagre mesmo”	30
3.3 Núcleo de significação 3 – Psico-Oncologia como potência: "eu só sou psicóloga porque eu achei a Psico-Oncologia.”	38
3.4 Núcleo de significação 4 – O ser Psico-Oncologista na equipe: "Claro que tem flores e dificuldades, como sempre”	44
4 . COMPLETANDO CICLOS E CRIANDO OUTROS	46
4.1 Transformando-se em si mesma.....	48
5 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
6. ANEXOS	52

1. INTRODUÇÃO

1.1 História da Psicologia Hospitalar

O século XX é marcado por iniciativas científicas que buscam compreender os fenômenos envolvidos no surgimento das patologias, bem como desenvolver formas de extingui-las. Além disso, buscava-se entender ainda a existência de algum aspecto ou variável psicológica que pudesse vulnerabilizar o sujeito ao desenvolvimento de determinadas doenças. Contudo, até então, a psicologia ainda era limitada a dois campos de atuação: psicologia clínica e psicologia experimental. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017; ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Ao longo do século XX a psicologia se expande, destacando-se dois marcos históricos que a conformam enquanto campo de saúde: a I Guerra Mundial, período em que as psicólogas eram solicitadas a realizar avaliações psicológicas com soldados que seriam enviados para a batalha; e, logo após esse período, a psicologia passa a direcionar sua prática para as vítimas da II Guerra Mundial, muitas delas com quadros de estresse pós-traumático. Após a II Guerra, a psicologia se subdividiu em: Psicologia focada no atendimento voltado às psicopatologias e a Psicologia da Saúde (PS), a qual, ainda pautada na visão biomédica, focava nas doenças físicas. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Partindo disso, a prática da psicologia voltada a saúde ainda era similar a prática clínica, na qual o sujeito era compreendido numa perspectiva dicotômica e mais equivalente à medicina cartesiana, então, nos atendimentos não eram consideradas as correlações ou mediações entre os âmbitos individuais e sócio-históricos dessa pessoa, o que se mostra como crucial no cuidado em saúde. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Entretanto, por volta da década de 70, essa perspectiva foi se remodelando, tendo em vista, que o conceito de saúde e doença se complexificou, transvertendo dessa visão dicotômica e reducionista para uma visão mais ampla, na qual saúde passa a ser compreendida como um estado de completo bem estar psicológico, físico e social, indo além apenas da ausência de doença e entendendo o sujeito como um ser complexo em um estado de constante mediação entre si mesmo e o contexto no qual está inserido. Dessa maneira, com o passar dos anos, a psicologia passou a aderir essa perspectiva, entendendo a impossibilidade de desvincular o sujeito de seu contexto, tendo em vista que o mesmo é um ser sócio-histórico-cultural, logo, ele modifica o contexto no qual está inserido ao mesmo tempo em que é modificado por seu

contexto e história de vida, constituindo, dessa forma, uma relação dialógica que não pode ser ignorada, porque fala sobre a constituição do sujeito, de sua realidade e subjetividade. (AGUIAR e OZELLA, 2006)

Assim, para dar conta dessa complexidade, a psicologia é cotidianamente convidada a rever seu lugar nos processos de saúde - doença, vivenciando uma reinvenção das técnicas, teorias e, conseqüentemente, de seus possíveis campos de intervenção. Dentre esses “novos” campos, têm-se a psicologia da Saúde (PS), área que estuda a maneira como fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam e são influenciados pelo processo de saúde e doença vivenciados pelo sujeito. Refere-se, então, à aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicas no cuidado à saúde, buscando formas de intervir na relação entre nossos comportamentos e processos de saúde - doença. (STRAUB, 2014; AZEVEDO e CREPALDI, 2016; TEIXEIRA, 2004; ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Dessa maneira, a PS tem como objeto de estudo os contextos de vida das pessoas e a maneira como ele experiencia os seus estados tanto de saúde quanto de doença, e, conseqüentemente, estuda também a inter relação que essa pessoa desenvolve consigo mesma, com aqueles que a circundam e com o mundo (seu contexto de vivências cotidianas). Ao voltar seu olhar para esses contextos e situações, a PS se propõe, como em um processo de psicoeducação, a instrumentalizar as pessoas com ferramentas para o enfrentamento de situações que possam colocar em risco a saúde física ou psíquica do sujeito. Incluindo, assim, na rotina desses sujeitos, atitudes e comportamentos para promoção de saúde, cuidados no processo saúde-doença e prevenção de adoecimentos. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011; HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Além disso, essas ferramentas viabilizadas pela PS também auxiliam na elaboração do processo de adoecer e na constituição de uma relação mais funcional com a doença e suas conseqüências, o que facilita um melhor e mais efetivo processo de enfrentamento relacionado a doença e, conseqüentemente, melhora a convivência com o adoecer e suas implicações, o que irá refletir na promoção de melhor qualidade de vida ou, quando possível, cura. (CARVALHO, 2002; ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Partindo, então, dessa discussão, já faz algum tempo que falar sobre psicologia vai muito além do divã e do atendimento clínico tradicional, o que amplia as possibilidades de intervenção. Nesse contexto, surgiu ao longo dos anos, uma nova área dentro da psicologia da

saúde, tendo como campo de atuação o hospital, o qual, embora seja um espaço inovador e diferente, tem se consolidado cada dia mais como área da psicologia. (AZEVEDO e CREPALDI, 2016; HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

A área de atuação que trabalha dentro do hospital e de outras instituições de saúde como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), ambulatórios e pronto-socorro, por exemplo, é conhecida no Brasil como Psicologia Hospitalar (PH), termo que até os dias atuais ainda gera discussões, pois alguns autores, como Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002), além de Chiattonne (2000), os quais acreditam que seja um termo simplista e reducionista, tendo em vista, que o mesmo delimita um local de atuação e não um campo de saber. Entretanto, nessa monografia irei utilizar o termo PH, não apenas para falar sobre o espaço hospitalar, mas também sobre o campo de saberes e estratégias que se desenvolvem nesse lugar. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011; HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Os primórdios da PH datam desde 1818, no Hospital Mclean, quando foi consolidada uma equipe multiprofissional na instituição. Já no Brasil, as primeiras atuações de psicólogas no contexto hospitalar ocorreram durante a década de 50 do século passado, mais especificamente ao longo do ano de 1954, com Matilde Neder. Durante sua estadia enquanto psicóloga na Clínica Ortopédica e Traumatologia da Universidade de São Paulo (USP), ela foi requisitada no acompanhamento pré e pós operatório de pacientes submetidos à cirurgia na coluna. Com o passar do tempo, ao atender a outras demandas, Neder percebeu a necessidade de adaptar os métodos e teorias para intervir frente a atuação no contexto hospitalar e a partir desse movimento ela desenvolveu o método precursor e que possuía o mesmo objetivo da técnica atualmente conhecida como Psicoterapia Breve: proporcionar mais objetividade aos atendimentos, considerando que estes deveriam acontecer em um número um pouco mais limitado de sessões e em um tempo mais curto que os atendimentos clínicos, adequando - os, assim, ao contexto institucional. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017; NERI, 2019; CARVALHO, 2002)

Já na década de 70, Bellkiss Romano, após desenvolver atividades em algumas instituições utilizando esse formato de acompanhamento, inova mais uma vez o movimento de instituição da PH no Brasil, quando implementa um serviço de psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, onde ela assumiu a responsabilidade de consolidar um vínculo entre a atuação da psicologia e a cardiologia. Com o sucesso dessa empreitada, em

1984 foi criado e posto sob sua coordenação, o Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Com o passar dos anos, a PH foi se consolidando ainda mais com a criação de uma das instituições mais importantes na história da PH Brasileira, a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar - SBPH, criada em 1997, e com o reconhecimento dessa área como especialidade na atuação da Psicologia, reconhecimento esse que foi efetuado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2000. (NERI, 2019; CARVALHO, 2002)

Após ser validada como campo, a PH passou a ser disseminada como uma potente ferramenta para minimizar o sofrimento do adoecido e da família, pessoas que juntas podem sofrer diversas perdas e mudanças devido ao contexto de sofrimento no qual estão inseridos. Muitas vezes, a pessoa hospitalizada vivencia além da situação de ameaça a sua vida, também a perda de sua autonomia, já que por vezes em algumas situações o desejo do sujeito acaba sendo desconsiderado pela equipe para que o protocolo seja seguido. (SCANNAVINO et al, 2013; SIMONETTI, 2016; NERI, 2019; CARVALHO, 2002)

Dessa maneira, a PH se constitui como o “campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (SIMONETTI, 2016, p. 15), elaborando, assim, um conjunto de contribuições científicas e educativas, conhecimento, teorias e técnicas específicas para o desenvolvimento de intervenções no campo hospitalar. Todo esse arcabouço proporciona ao profissional conhecimentos e técnicas que podem gerar para a população uma melhor assistência integral à saúde, promovendo cuidado e maior qualidade de vida. (AZEVEDO e CREPALDI, 2016; SIMONETTI, 2016). A PH se assemelha, então, a um acompanhamento nascido como uma estratégia da psicologia da saúde para complementar o atendimento ofertado pela atenção terciária e promover um cuidado mais amplo e completo no hospital.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é conceituada como “perfeito bem estar físico, social e mental, e não somente a ausência de enfermidades”(SEGRE e FERRAZ, 1997), ou seja, é um conceito que coloca como pré-requisito para ser um sujeito saudável um estado de total plenitude, o qual é questionado por alguns autores quando apontam a impossibilidade de alcançar esse nível de bem estar. Nesse momento, contudo, não iremos nos adentrar nessa discussão. Ainda assim, é interessante pontuar aqui que para ser um sujeito considerado saudável essa pessoa precisa estar plenamente bem física, social e

psicologicamente. Dessa forma, ao conceituar saúde dessa maneira, a OMS abriu um espaço para que a psicologia fosse colocada em evidência como uma das áreas de saúde e compreendesse sua importância para elaboração do processo de adoecimento e hospitalização da paciente. (AZEVEDO e CREPALDI, 2016; SIMONETTI, 2016)

De acordo com a definição do CFP, a psicóloga denominada especialista em PH atua prestando serviços em diferentes níveis de tratamento, focando, principalmente no acompanhamento e avaliações das intercorrências e condições psíquicas dos pacientes, buscando sempre a promoção e recuperação da saúde física e mental, na medida do possível; proporcionar intervenções, sempre que necessárias, na relação entre a tríade paciente- cuidador- equipe envolvendo complicações ou demandas no tocante ao processo do adoecimento, hospitalização ou repercussões emocionais que podem surgir tanto no próprio relacionamento com as cuidadoras e a equipe, quanto provenientes do próprio adoecimento e suas complicações. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Todo esse percurso de experiências dolorosas vivenciadas pelo sujeito, provocadas pelo adoecer e suas repercussões, abrange tanto as doenças crônicas quanto as agudas, as quais se apresentam como pontos críticos para a pessoa adoecida, devido aos impactos provocados na vida. Todo esse contexto tende a afetar a pessoa em diversas dimensões: no âmbito físico, quando o sujeito se vê impossibilitado ou incapaz de exercer suas funções fisiológicas básicas e cotidianas, logo após surgem os impactos psicológicos e sociais envolvidos e também provocados por todo esse processo de adoecimento e perdas simbólicas reais vivenciadas. (SCANNAVINO et al, 2013; NERI, 2019)

Tendo isso em vista, ao ser diagnosticado com uma patologia o sujeito precisa lidar com seu adoecimento, suas perdas (de rotina, de sua saúde, de seus planos, da privacidade) e da possibilidade ou não de cura, além de todo o tratamento, suas complicações e repercussões, as quais tendem a afetar a pessoa de forma dolorosa nos mais diversos âmbitos de sua vida. Por isso, é importante respeitar o lugar da paciente enquanto sujeito e com poder de decisão sobre seu corpo, seu processo de adoecer e sua vida, quando esta se nega a ser atendida/acompanhada pela psicóloga. Dessa maneira, é fundamental que não apenas a profissional de psicologia, mas também os demais profissionais da equipe permitam que a paciente tenha “voz” visando minimizar os elementos invasivos aos quais a pessoa já está exposta, além do que é inerente ao processo de hospitalização. (SCANNAVINO et al, 2013; NERI, 2019)

1.2 Origem da Psico-Oncologia

Toda patologia possui um certo potencial desorganizador, que afeta diretamente o bem estar físico e emocional do sujeito. Essa desorganização tende a fragilizar os mecanismos de enfrentamento e acaba provocando maiores complicações no processo de adoecimento e cuidado com essa pessoa, além de impactar também àqueles que estão à sua volta. Devido a essas especificidades e miudezas envolvidas no processo de adoecer, notou-se a carência gritante de criar especialidades dentro da Psicologia que se voltassem para o tratamento e intervenções frente a cada uma dessas doenças específicas. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Para este trabalho, entretanto, pretendo debruçar nosso diálogo com maior foco para uma especialidade em específico: a Psico-Oncologia, a qual diz respeito ao campo de estudos e atuação voltada para o desenvolvimento de estratégias para prevenção, planejamento de tratamentos voltados aos impactos e perdas experienciados no processo de hospitalização e adoecimento oncológico, além da melhoria na qualidade de vida dessa paciente e suas cuidadoras. (SCANNAVINO et al, 2013; SIMONETTI, 2016; NERI, 2019)

A Psico-Oncologia é o campo que volta sua atenção para esse sofrimento emocional, medos, inquietações, dúvidas, transtornos psíquicos, dores e demais aspectos psicoemocionais, os quais podem ser provocados pelo diagnóstico oncológico e interferem tanto no prognóstico da doença quanto na maneira como essa pessoa irá ressignificar e vivenciar esse processo, considerando sempre qual o sentido e o significado que a paciente tem de toda essa vivência, já que todo processo de internação, seja ele curto ou prolongado, é vivenciado de forma singular por cada pessoa. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017; CARVALHO, 2002)

Esses impactos psicoemocionais, além de serem gerados pelos aspectos próprios da doença em si, são ainda mais agravados devido a imagem que se estabeleceu ao longo dos anos no imaginário social, o qual ainda hoje continua a impor sobre o câncer uma posição de sinonímia com a morte iminente ou como uma punição por algo que a pessoa tenha feito. Concordando com isso, HUPSEL e SCHNITMAN (2017) pontuam que por possuir essa carga conotativa, o processo de adoecimento oncológico se torna mais doloroso por aumentar e facilitar o desenvolvimento de patologias emocionais, que acabam impactando no processo de elaboração da doença, prognóstico e no bem estar da paciente e das cuidadoras. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Dessa maneira, ao falar sobre esse sofrimento da paciente, o qual não é apenas físico, mas também psíquico, falamos de um lugar que precisa ser compreendido de uma maneira singular e única, entendendo que ambos os aspectos irão interferir e impactar um ao outro e a paciente de maneira global. Então, para atender as demandas desse sujeito a psicologia deve buscar criar condições para uma comunicação na qual seja possível encontrar o “falar” da paciente, com seus olhares, gestos ou gemidos. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Sobre o lugar das cuidadoras nesse contexto, o qual podemos compreender como em estado de sofrimento e tão angustiadas quanto a paciente, falamos de sujeitos que além de lidar com esses aspectos emocionais, também precisam lidar com a sensação de impotência, pois embora estejam nesse lugar de constante cuidado aplicado ao sujeito adoecido, ainda assim não conseguem modificar a condição na qual este se encontra. Para essa cuidadora, a psicóloga surge como facilitadora na garantia de uma comunicação efetiva e afetiva entre a tríade, buscando identificar qual dentre as cuidadoras está em melhor estado psicoemocional para receber as informações ofertadas pela equipe sobre a evolução do caso, além de auxiliar no processo de fortalecer mecanismos de enfrentamento para lidar tanto com o processo de adoecimento quanto com o luto e a morte nos casos em que este seja o prognóstico. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

E quanto a equipe, o último membro que compõe essa tríade, falamos sobre pessoas que vivenciam cotidianamente o significado de momentos de vida e morte, o que por ser recorrente pode vir a provocar sentimentos ambivalentes de cobranças consigo mesmo para salvar/curar a paciente, a sensação de impotência frente a uma situação de morte iminente ou até mesmo a percepção de sua própria finitude. Nesse sentido, torna-se crucial que a Psico- Oncologia atue no sentido de facilitar e validar o fluxo dessas emoções, buscando instrumentalizá-las para enfrentamento e melhor elaboração desses processos.

Assim, para dar conta de toda essa demanda e contexto, a Psico-Oncologia aprofundou-se nos estudos, maior desenvolvimento e refinamento de técnicas visando potencializar os efeitos dos tratamentos médicos, o que auxilia a paciente a desenvolver seus recursos e estratégias de maneira focal para enfrentamento das complicações e impactos específicos de seu processo de adoecimento. Além disso, também auxilia na elaboração de estratégias de apoio para as cuidadoras e profissionais para que estes consigam atuar como auxiliares nos cuidados, promovendo autocuidado e fortalecimento para si mesmos, para provocar, assim, uma

manutenção mínima da saúde mental e física também para aquelas que cuidam. (VEIT e CARVALHO, 2010)

Assim, esse campo impulsionou-se como o campo de conhecimento como o estudamos atualmente, quando se notou que a biomedicina não contempla de forma plenatoda a complexidade que emerge com a vivência do câncer e seus desfechos. Isto porque os seus efeitos e corolários envolvem toda uma série de fatores e áreas que suplantam as condições fisiológicas do sujeito e daqueles que o circundam e se importam com seu bem estar. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Isto posto, é compreensível que a Psico-Oncologia foque mais na qualidade de vida do que restritivamente na cura, pois essa especialidade a olhar o sujeito como ele é e aquilo que o constitui enquanto tal, aquilo que lhe é significativo. Dessa forma, para “banciar” esse olhar, a Psico-Oncologia fica atenta a duas das mais amplas dimensões em torno do câncer: a identificação da doença e de seus impactos em todo o funcionamento emocional da paciente, cuidadoras e equipe, e a forma como essas variáveis psico-comportamentais interferem no surgimento e sobrevivência das células cancerígenas e seus infortúnios. (CARVALHO, 2002; HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Dessa maneira, a atuação da Psico-Oncologista surge com o objetivo de favorecer a adaptação da paciente as mudanças impostas pela doença e seu tratamento, aos limites que ele passará a ter, ao manejo da dor oncológica, à psicoprofilaxia, a qual se refere a preparação e psicoeducação do sujeito para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso necessário, e o mais importante, a Psico-Oncologista está lá PARA SER PRESENÇA, ENQUANTO PROPORCIONA UM ESPAÇO DE ESCUTA E VALIDA O QUE A PACIENTE TEM A DIZER! (SCANNAVINO et al, 2013; SIMONETTI, 2016; NERI, 2019).

1.3 Câncer e seus impactos

Antes de seguirmos adiante, considero ser relevante para nosso diálogo pontuar também sobre ao que nos referimos quando pronunciamos a palavra câncer. Câncer ou doença oncológica é a nomenclatura que a medicina aplicou ao processo de desenvolvimento ou proliferação anormal das células, as quais ao se dividirem de maneira excessiva e descontrolada acabam por resultar nessas patologias que tanto impactam na vida e continuidade de vida dos sujeitos por elas acometidos. Penna (2004) amplia essa conceituaçãoque apresenta o câncer como uma doença crônica que acaba ocasionando demandas singulares, as quais também são

contínuas e mutáveis para a paciente e os envolvidos ao longo desse processo. (CARVALHO, 2002; VEIT e CARVALHO, 2010; HUPSEL e SCHNITMAN, 2017; PENNA, 2004)

A maneira como essa patologia irá afetar o sujeito varia muito. Essas variações se dão não apenas pelas particularidades fisiológicas e psicológicas da pessoa em si, como também quanto ao tipo ou grau de estadiamento do câncer, aspectos esses que interferem diretamente no prognóstico que esse sujeito poderá desenvolver. Alguns exemplos de tipos de cânceres são: carcinomas, cuja origem é o tecido epitelial; os sarcomas, originados nos tecidos conectivos como ossos; a leucemia, originada na medula óssea e que afeta o sangue; os melanomas, que se originam na pele do sujeito; entre outros inúmeros cânceres com etiologias multifatoriais. (CARVALHO, 2002)

O câncer pode ser provocado por inúmeras causas e seu desenvolvimento depende, como citado por Carvalho (2002), “de uma operação conjunta de fatores tais como, a predisposição genética, (...) fatores ambientais de risco, contágio por determinados vírus, uso de cigarros, (...) entre outros.” (p.155). Por seu aspecto multicausal, os cuidados com essa doença exigem um esforço e plano terapêutico multiprofissional, visando abarcar todas as suas dimensões e complexidades desde sua origem até seu prognóstico.

Alguns autores, ainda acreditam que podem existir aspectos psicológicos contribuindo como mais um fator de risco relacionado ao desenvolvimento dos cânceres. Isso porque consideram que transtornos psicológicos como depressão ou o acúmulo do próprio estresse cotidiano pode vir a enfraquecer o sistema imunológico, o que consequentemente pode favorecer o desenvolvimento de formações tumorais. (CARVALHO, 2002)

Dada essa complexidade até na sua etiologia, o câncer exigiu anos de estudos para desenvolvimento dos tratamentos que existem atualmente. Mais especificamente, no final do século XIX os tratamentos foram se tornando mais eficazes no cuidado em oncologia. Nesse período do século XIX, surgiram, a partir da possibilidade de anestesia, as técnicas cirúrgicas no combate ao câncer, entretanto, essas técnicas se mostram eficazes em casos de tumores mais localizados e que não desenvolveram as chamadas metástases, as quais ocorrem quando as células tumorais migram de um órgão para outro e passam a se estabelecer nesse local, gerando novas células tumorais em desenvolvimento. No mesmo século, desenvolveu-se também técnicas para o tratamento com radioterapia, mas ainda como um método paliativo no cuidado

com alguns tipos de cânceres e não como método curativo. (VEIT e CARVALHO, 2010; HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Já a partir do século XX, após os acontecimentos da II Guerra, desenvolveram-se medicamentos para tratamento oncológico, dando início ao desenvolvimento dos métodos que hoje chamamos de quimioterápicos. O primeiro deles foi o gás mostarda, utilizado até então não para cura e cuidado, mas como arma química na batalha, entretanto, posteriormente se mostrou potencializador na remissão de cânceres. (VEIT e CARVALHO, 2010, p. 527) Com o passar do tempo, foi constatado o primeiro caso de cura através dos medicamentos, os quais são até hoje utilizados, visando a cura, maior sobrevida e qualidade de vida em casos oncológicos. (VEIT e CARVALHO, 2010)

Nesse contexto, a doença oncológica ou câncer se mostra como uma das enfermidades que necessita de intervenção psicológica, considerando que esta patologia além de ameaçar a vida do sujeito, também carrega consigo um estigma de morte decretada para aquelas que por elas são acometidos, morte essa que pode ser a do corpo físico em si ou a simbólica, do adoecido enquanto sujeito ativo e autônomo, que de certa maneira acaba perdendo também parte de quem ele é num processo chamado de despersonalização. Tal processo refere-se à perda de identidade vivenciada pela paciente, a qual deixa de ter um nome e passa a ser um número de leito, por exemplo, ou passa a ser resumida a seu diagnóstico. (SCANNAVINO et al, 2013; SIMONETTI, 2016; NERI, 2019; CARVALHO, 2002)

Diante dessas características de perdas, ameaças à vida e à normalidade da rotina com a qual o sujeito estava acostumado, além das outras implicações psicológicas da doença como, por exemplo, dor, desconforto, ansiedade, depressão, desesperança, alterações físico- corporais, entre outros impactos provocados pela própria doença ou pelas técnicas de tratamento invasivas necessárias para o tratamento, tende a ocorrer um processo de fragilização do sujeito, de sua estrutura emocional e daqueles à sua volta, ao ponto de provocar impactos emocionais e psicológicos desestruturantes/desorganizadores para o funcionamento psíquico destes. (SCANNAVINO et al, 2013; SIMONETTI, 2016; CARVALHO e VEIT, 2019; NERI, 2019)

1.4 Psicologias e suas estratégias

Sabendo disso, como estratégias para realizar esses cuidados focais e delicados, auxiliando no processo de elaboração do processo saúde-doença e alívio de determinados sintomas, a psicologia desenvolveu técnicas e estratégias de intervenção como:

A. **Primeiros socorros psicológicos**, o qual se mostra muito útil na rotina hospitalar, por ser focal e atuar de imediato naquilo que tem causado desestabilização da pessoa, visando tornar o momento o mais suportável possível, além de proporcionar uma estrutura mínima de bem-estar para as cuidadoras e paciente; (SILVA et al, 2013)

B. **Psicologia Breve Focal**: técnica, de duração limitada, utilizada em pontos/elementos específicos trazidos pelo sujeito no momento do atendimento como mobilizadores de sua estrutura cognitiva e emocional; (ALMEIDA, 2010)

C. **Plantão psicológico**: modalidade clínica de atuação pontual e focal frente às demandas urgentes e emergentes no contexto hospitalar. Funciona mais como um processo de acolhimento imediato de uma urgência. (DOESCHER e HENRIQUES, 2012)

D. **Relação terapêutica**: vínculo construído entre a psicóloga e o sujeito, ou até mesmo entre a tríade da PH (paciente-cuidadoras-equipe), que pode ser utilizado pela psicóloga como ferramenta potencializadora de suas intervenções e processos de elaboração do adoecido. (SIMONETTI, 2016; NERI, 2019)

E. **Escuta qualificada**: escuta treinada e cuidadosa da psicóloga frente ao que é elencado pela pessoa durante o atendimento como relevante para ela, elaborando o que é dito por ela e desenvolvendo intervenções específicas e efetivas para aquilo que a pessoa traz como causa de sua dor. (SIMONETTI, 2016)

F. **Acolhimento e olhar sensível**: ferramenta utilizada pela psicologia em praticamente toda sua atuação, objetivando alívio da dor da paciente e validação daquilo que ela traz como demanda, restituindo a ela o lugar de sujeito e sua autonomia, até onde seja possível. (SIMONETTI, 2016)

G. **Avaliação psicológica e diagnóstica**: instrumento que a PH utiliza buscando desenvolver um diagnóstico psicológico preciso para realizar intervenções efetivas e acertadas frente aquilo que o sujeito precisa. (CARNEIRO e ALCIRA, 2019; ALMEIDA e MALAGRIS, 2017).

H. **Atendimento psicoterapêutico**: o próprio processo de acompanhamento psicológico, mesmo que de 2 a 3 sessões, dependendo do quadro da paciente, se mostra como potente ferramenta para intervenção. (MONDARDO, 2009)

I. **Grupos de psicoprofilaxia:** tem o objetivo de preparação e psicoeducação do sujeito e daquelas que cuidam dele para a realização de procedimentos cirúrgicos necessários ao tratamento oncológico (NERI, 2019; ALMEIDA e MALAGRIS, 2017).

J. **Atendimentos em ambulatórios, Unidades de Terapia Intensiva, Pronto atendimento e enfermarias:** atendimento e acolhimento propriamente dito nesses respectivos espaços de cuidados onde algumas pacientes chegam ao serviço ou estão internadas devido a necessidade de um acompanhamento mais cuidadoso e constante. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2017).

L. **Psicomotricidade no contexto hospitalar:** promove o desenvolvimento de ações terapêuticas e educativas visando o desenvolvimento neuropsicológico. Essa técnica visa associar os padrões de comportamento e os processos mentais de forma combinada para o domínio do corpo e, conseqüentemente, alterar o comportamento. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2017).

1.5 – Objetivos:

É notável toda a complexidade e possibilidades encontradas na atuação da Psico-Oncologia no hospital frente ao adoecimento oncológico, necessidades e demandas do sujeito. Por isso, neste trabalho irei trazer à reflexão e análise, essas potencialidades e desafios da atuação de uma Psico-Oncologista no acompanhamento de pessoas com câncer no contexto hospitalar. Assim, tendo esses aspectos em vista, esse trabalho tem como objetivos geral e específicos:

Objetivo geral:

- Compreender a atuação da psicóloga no acompanhamento à pessoa com câncer no ambiente hospitalar.

Objetivos específicos:

- Investigar os referenciais teóricos/técnicos utilizados pela Psico-Oncologia no contexto hospitalar.
- Compreender os desafios e potencialidades da intervenção psicológica frente ao sofrimento psíquico e emocional de pacientes e cuidadoras provocado pelo processo de hospitalização, adoecimento oncológico ou possibilidade de morte.
- Compreender os limites e potencialidades da relação da psicóloga junto a equipe multiprofissional.

2 . CAMINHOS PERCORRIDOS

Nessa seção vou descrever o método que utilizei enquanto caminho percorrido na construção dessa monografia.

2.1 Psicologia sócio-histórica como referencial teórico metodológico

Este trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa e possui como referencial teórico metodológico a Psicologia Sócio-Histórica, a qual por apresentar uma perspectiva analítica dialógica e de compreensão do sujeito como um ser constituído através de suas relações sociais e históricas, se mostrou como a teoria que mais se aproximava do processo analítico que eu pretendia desenvolver ao longo dessa pesquisa.

Para garantir uma análise que atenda a essa proposta, é elementar que a pesquisadora se coloque em um lugar de constante inquietação e auto análise, visando superar as dicotomias que surgem tanto ao longo da conversação quanto da análise em si. E é esse movimento que a Sócio-Histórica exige, um movimento de insatisfação frente às compreensões genéricas em torno do sujeito, o mundo a sua volta, buscando sempre trabalhar com as contradições expressas ao longo do processo de conversação e a dialética relativa a história de vida do sujeito e sua constituição de sentidos. (AMARAL, 2016)

Por possuir esse olhar sobre a pessoa e sua subjetividade, este referencial tem como pilar de seus princípios, a quebra dos paradigmas e dicotomias envolvidas no estudo e compreensão do sujeito, o analisando de maneira dialógica enquanto um ator ativo, histórico e social, numa tentativa constante de situar e relacionar essa pessoa, suas histórias, vivências e questionamentos ao seu contexto sócio-histórico, proporcionando, assim, um entendimento ampliado da realidade produzida e vivenciada por esse sujeito, como este se relaciona com as pessoas e sua realidade, a maneira como se enxerga no mundo, seus pensamentos, sentidos e significados, os quais são empregados no seu contexto social e na maneira como lê e compreende o mundo. (AMARAL, 2016; BOCK, 2015)

Partindo desse princípio teórico metodológico, estabeleci como participante da pesquisa uma psicóloga atuante no contexto hospitalar, especificamente uma psicóloga de um hospital oncológico, que pudesse trazer em suas falas vivências, técnicas e desafios presentes no cotidiano de uma profissional que experiencia as repercussões psicoemocionais dessa patologia na vida dos pacientes oncológicos.

Devido ao contexto pandêmico no qual nos encontramos atualmente, como uma medida de precaução e proteção contra a propagação do Coronavírus, a conversação, instrumento utilizado na pesquisa e será explicado na próxima sessão, aconteceu no formato online, através de vídeo chamada na plataforma do Google meet, em 1 encontro para construção dos dados da pesquisa. Além disso, optei por esse formato devido a maior viabilidade tanto para mim quanto para a pesquisada, tendo em vista que residimos em cidades distintas. Para esse encontro foi elaborado um roteiro com eixos orientadores do diálogo (Anexo 1) visando nortear a conversação de forma a me permitir ter acesso a questões que atendessem/respondessem aos objetivos da pesquisa e ao mesmo tempo não restringindo a conversa apenas a elas.

2.2 Conversação como instrumento de construção de dados

Tendo em vista toda complexidade apresentada no contexto oncológico e da Psico-Oncologia, considero fundamental para construção dos dados deste trabalho a escolha de um instrumento que se proponha a olhar para o outro e suas experiências considerando sua subjetividade constituída a partir do seu contexto. Dessa maneira, utilizei como instrumento, a conversação, metodologia desenvolvida por González Rey (2005) para produção das informações utilizadas na análise.

Essa técnica diz respeito a um processo ativo que convida a pesquisadora a deslocar-se do lugar de perguntas centrais e unilaterais, para integrar um movimento conversacional que tende a se mostrar de diversas maneiras e produzir um composto de informações autênticas e únicas. Assim, cada uma das envolvidas nessa conversação atua de maneira reflexiva, ouvindo uma à outra (a pesquisadora se encontra aqui como participante ativa em todo o processo e não apenas como observadora) e elaborando hipóteses sobre o tema definido como foco da pesquisa, a partir de seus lugares na discussão. (GONZÁLEZ REY, 2005)

Tendo isso em vista, o processo de pesquisa se dá de maneira fluída, diferente do modo clássico que tende a ser um pouco mais mecânico (falando sobre a posição da pesquisadora). Então, é um processo de comunicação que exige de ambas as partes envolvidas um envolvimento mais aprofundado nas reflexões e se permitam sentir emoções provocadas ao longo do diálogo, o que irá proporcionar dados mais enriquecidos e robustos, produzidos dialogicamente. (GONZÁLEZ REY, 2005)

Contudo, como todo método, este também tem suas dificuldades, dentre elas: o medo da pessoa, seja a pesquisada ou a pesquisadora, de tocar em zonas dolorosas de sua vida;

confrontar suas crenças e valores; medo de se permitir falar ao outro sobre os aspectos íntimos de sua vida, aspectos esses que talvez não tenha compartilhado com mais ninguém ao longo de sua história; não confiar na pesquisadora, entre outras complicações que podem surgir ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Assim, para a construção dos dados dessa pesquisa, neste trabalho a conversação foi utilizada como instrumento durante o contato com uma Psico-Oncologista atuante no contexto hospitalar, com o intuito de que, nesse movimento conversacional fluido, seja possível compreender os sentidos e significados envolvidos na sua atuação e na escolha de suas práticas. Tendo em vista, que a conversação traz consigo uma lógica de pesquisa semelhante as premissas da teoria da Psicologia Sócio-Histórica e sua perspectiva de compreensão do sujeito enquanto ser complexo e único, o qual ao falar sobre determinado assunto ou vivência, realiza um movimento de expressão viva de quem ele é, e é isso que a conversação busca captar: a expressão compromissada do sujeito que fala.

2.3 Núcleos de significação como procedimento analítico e interpretativo

Antes de adentrar na discussão sobre os núcleos de significação propriamente ditos, considero fundamental que façamos a diferenciação entre os conceitos de significado e sentido. Segundo Vigotski (2001, apud AGUIAR e OZELLA, 2006), os significados dizem sobre as produções tanto históricas quanto sociais, eles são tidos como aqueles conteúdos mais fixos e instituídos pelo contexto histórico, os quais acabam sendo apropriados pelo sujeito. São esses conteúdos que permitem a comunicação entre os sujeitos e a socialização das experiências por eles vivenciadas. (AGUIAR e OZELLA, 2006)

Compreendendo isso, entende-se que, como pontuado por Aguiar e Ozella (2006), toda atividade desenvolvida e planejada pelo sujeito vem carregada de significado. Então, a ação do sujeito independentemente de como ela seja ou em que grau de intensidade seja, sempre irá carregar consigo em sua constituição os significados, os quais “tem o poder de transformar o natural em real” (AGUIAR e OZELLA, 2006, p. 226)

Contudo, no processo de busca pela compreensão mais ampla do sujeito e de sua subjetividade, os significados se encontram como um ponto de partida nessa caminhada. Assim, para alcançar esse entendimento se torna crucial me debruçar ao longo dessa pesquisa em um trabalho analítico-interpretativo para caminhar junto às zonas mais profundas, dinâmicas e

fluidas desse processo de significação, que seriam, então, as zonas dos sentidos. (AGUIAR E OZELLA, 2006)

Estes, diferente dos significados, por ser compreendidos de uma forma mais ampla, tendo em vista, que os significados retratam a articulação dos aspectos e acontecimentos psicológicos produzidos pelo sujeito frente a sua realidade já pré-fixada, enquanto os sentidos dizem sobre aquilo que mobiliza o sujeito, aquilo que lhe é particular e constitui o seu ser. Assim, os sentidos dizem sobre a singularidade do sujeito, construída através da mediação que acontece entre suas relações consigo mesmo e com o mundo, as pessoas e suas experiências, histórias de vida e contexto, aspectos que atravessam a pessoa de maneira complexa e singular. (AGUIAR E OZELLA, 2006; CAPINAM, 2021)

Por isso, escolhi como procedimento para análise dos dados produzidos durante o contato entre pesquisadora-pesquisada: os núcleos de significação, instrumento analítico e interpretativo, que a partir da apreensão do processo constitutivo dos sentidos construídos ao longo da relação e da vida da pesquisada, me permitiram compreendê-la e apropriar-me de forma mais cuidadosa daquilo que diz sobre quem ela é, mesmo quando não surge de forma intencional. (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015; AMARAL, 2016; CAPINAM, 2021; AGUIAR e OZELLA, 2006)

Dessa maneira, os núcleos de significação se constituem como aspectos, pontos centrais carregados de sentidos e significados para a pessoa com a qual estamos dialogando, os quais são elaborados a partir da interpretação desenvolvida pela pesquisadora dialogicamente na relação com a pesquisada, promovendo mediações entre os sentidos e os contextos histórico-sociais envolvidos na conversação. (AGUIAR e OZELLA, 2013; AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015)

Além disso, esse procedimento possibilita que a análise incorpore esses aspectos significativos em torno das experiências e estratégias utilizadas pela pessoa para enfrentamento e constituição de si, o que proporciona um entendimento ampliado do sujeito, suas atitudes e potencialidades considerando sua historicidade e não apenas através de um aspecto limitado/engessado. Desse modo, os núcleos de significação trazem consigo a potência de, em um movimento fluido e mútuo entre a pesquisada e a pesquisadora, tornar possível: “[...] apreender o movimento, as relações e transformações existentes nos fatos[...]”, e esse movimento se dá buscando mediações entre os sentidos e significados do sujeito e não mais

considerando as dicotomias. (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015; KAHHALE & ROSA, 2009, apud CAPINAM, 2021; AGUIAR e OZELLA, 2013)

Ao produzir e analisar os dados a partir deste método, é possível desnaturalizar situações/relatos que podem surgir durante a conversação produzindo, assim, dados mais enriquecidos em possibilidades e maior criticidade. Dessa maneira, ao utilizar os núcleos de significação, respaldo a compreensão de mundo e sujeito defendida pela Psicologia Sócio-Histórica, referencial teórico metodológico utilizado neste trabalho, que parte da necessidade de compreender o que é dito pelo sujeito da pesquisa a partir dos sentidos e significados, os quais constituem e carregam consigo cargas emocionais e importantes tanto da sua história de vida quanto do seu contexto social. (BOCK, 2015; CAPINAM, 2021)

Em vista disso, conforme dito por Aguiar et al. (2015), o processo para elaboração desses núcleos de significação se dá a partir de quatro etapas, as quais orientaram a análise dos dados da conversação com a psicóloga pesquisada:

(1) **a leitura flutuante**, a qual é uma leitura inicial e “despretensiosa” de toda a entrevista;

(2) **o levantamento de pré-indicadores**, que consiste na identificação das palavras significativas construídas junto com a psicóloga pesquisada, as quais podem ser indícios dos seus pensamentos e sentimentos frente a determinadas situações e sua história;

(3) **sistematização de indicadores**, essa etapa diz respeito ao processo de articulação dos pré-indicadores, buscando encontrar em que momento eles se apresentam de maneira similar, se contrapõem ou se complementam; e, por fim a última etapa,

(4) **sistematização dos núcleos de significação**, quando acontece o distanciamento do empírico e nos aproximamos, através de um processo construtivo-interpretativo, daquilo que é significativo para o sujeito, o sentido que este atribui às suas experiências e convicções, situando tais processos no contexto social mais amplo, permitindo assim uma pesquisa robusta, construída dialogicamente entre a pesquisadora e a pesquisada.

Tal análise pauta-se, portanto, na lógica da mediação, para construir núcleos de significação que estejam além das aparências, buscando alcançar a apreensão do processo de constituição desses sentidos, que por vezes podem ser desconhecidos até mesmo pelo próprio sujeito. (AGUIAR e OZELLA, 2013)

2.4 Aspectos éticos

Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para a pesquisada (Anexo 2), o qual foi lido na íntegra antes de iniciar a conversação e entregue uma cópia para a participante. Os dados construídos ao longo da pesquisa serão de uso exclusivo da pesquisadora visando, além de fornecer elementos para a produção desta monografia, ampliar seus conhecimentos acerca do tema.

3. CONSTRUINDO SIGNIFICAÇÕES

3.1 Núcleo de significação 1 - Dores e delícias da formação: "eu realmente corri pelo que eu queria."

Para iniciar a discussão deste núcleo de significação, retomo na análise o percurso formativo de Ayla (nome fictício utilizado ao longo do texto para referir-se a psicóloga entrevistada) até se tornar Psicóloga Hospitalar e especialista na área de Oncologia. Seu processo formativo se mostra conflituoso e repleto de desafios e delícias, assim como a trilha percorrida pela própria PH para se estabelecer como campo. Então, vamos começar a refletir sobre essa caminhada e os referenciais teórico/técnicos que auxiliaram Ayla a sustentar e aprimorar sua atuação no hospital.

Ao tomar a decisão de que queremos seguir uma determinada profissão, tomamos também em nossas mãos a responsabilidade de colocarmo-nos como responsáveis por nossas escolhas e resultados alcançados. Para Ayla isso se apresenta de maneira bem nítida ao longo de toda sua história formativa, em especial, quando ela pontua:

“Mas, enfim, aí eu realmente corri pelo que eu queria. E deu certo, por sorte.”.

Nessa frase está resumido um dos sentidos mais fortes para ela: a ideia de que ela fez seu próprio caminho para chegar onde está atualmente, trabalhando como Psico-Oncologista.

Esse pensamento corrobora com os estudos de Aguiar e Ozella (2006), os quais apontam que o sentido daquilo que é dito pelo sujeito - entendendo aqui como dito tudo que é expresso pela pessoa seja em suas falas ou em suas ações e movimentos em prol do que elas desejam viver - passa por uma contextualização com a perspectiva de mundo e toda a constituição

particular da pessoa. Assim sendo, é possível compreender essa colocação de Ayla como uma reafirmação de seu esforço para alcançar seus desejos para a vida, entretanto, ao mesmo tempo em que ela pontua que correu pelo que queria, ela também pontua que *“deu certo, por sorte”*, isso coloca em contradição, de certa maneira, a oração anterior e põe sobre o acaso a responsabilidade relacionada a realização dessa conquista.

Essa lógica de sorte é colocada em cheque quando pensamos no percurso formativo de Ayla. Desde o início de sua vida estudantil ela relata momentos em que tomou decisões e percorreu seu caminho com autonomia e responsabilidade por suas escolhas. Um exemplo disso é demonstrado a partir da sua decisão de mudar de faculdade após identificar uma oportunidade de estágio em uma clínica de oncologia, para o qual era necessário estar disponível no turno diurno, algo que no momento era inviável para ela, tendo em vista que sua instituição era de ensino integral. Contudo, isso não foi motivo para fazê-la desistir, como ela mesma pontua:

“(...) nunca fiz algo tão determinada, inclusive.”

Então, para atender ao desejo de vivenciar esse estágio, Ayla mudou para uma faculdade com aulas exclusivamente noturnas e começou a realizar diversos cursos para conseguir passar na prova para o estágio, considerando que as faculdades, especialmente as de Psicologia raramente atendem a essa demanda de cursos e componentes curriculares com temáticas relacionadas ao campo da Oncologia ou da PH. Essa dificuldade é relatada por ela em diversos momentos da conversação:

“(...) ai fiz vários cursos fora, tudo fora, porque estudava (...) e não tinha nada de hospitalar, absolutamente nada.”

Ela passou 2 anos fazendo o estágio nessa clínica, vivenciando e aprendendo o máximo possível sobre a Psico-Oncologia e suas intervenções. Inclusive, conta que leu dois livros inteiros, as *“biblias da Psico-Oncologia”*, como ela mesma os nomeia, referindo-se aos livros Temas em Psico-Oncologia, organizado por Carvalho *et al* (2008) e o livro Psicologia e câncer, organizado por Angerami e Gaspar (2013). Além desses, Ayla ainda afirma que os artigos também foram seus aliados nesse processo de construção de conhecimentos:

“(...) já me perdi no mar de artigos.”

Após a faculdade, ela conta ter voltado seu olhar para a residência em PH com ênfase em Oncologia, em um hospital oncológico. Ela até fez uma prova para esse processo seletivo

antes de concluir a faculdade como meio de testar seus conhecimentos e também se familiarizar com as etapas, para que ao concluir fosse possível ser aprovada na primeira tentativa. Passou as férias com foco total nos conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), porque:

“(...) SUS eu não era tão adentrada, até porque não atuava na área SUS, tava em plano de saúde e tudo mais. Já sabia alguma coisa, mais um pouco do que tinha na faculdade(...).”

Então, embora ela conhecesse sobre a oncologia, ainda não tinha tido contato direto com o SUS e suas particularidades, por isso, passou dias estudando sobre isso através de aulas para concurso no Youtube. E de fato, ela passou na prova logo após formar e começou a atuar como residente.

Ayla conta que a residência trouxe experiências riquíssimas, inclusive, com a oportunidade de conhecer a realidade de outros estados como São Paulo e Curitiba, onde ela pôde ter vivências no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) e no Pequeno Príncipe, especificamente. Após a conclusão da residência, ela passou a trabalhar em um hospital geral, não mais específico em oncologia, e esse processo foi importante para sua formação como PH:

“(...) aí já não foi só de oncologia, já comecei a conhecer tudo, e aí é mais interessante ainda, que você consegue conhecer inclusive pacientes oncológicos em outras áreas que tem outras patologias ao mesmo tempo, inclusive, então é uma experiência bem rica.”

Associado a isso, ela pontua sobre a importância de compreender o espaço onde iremos atuar:

“(...) a gente tem que estudar muito sobre o espaço que a gente tá, seja a Psico-Oncologia, seja cardiologia, já tive que entender tudo sobre intubação, para ver isso junto com os profissionais e os familiares, né? Isso faz a diferença.”

Esta perspectiva é reafirmada por Hupsel e Schnitman (2017), quando elas relatam que uma das funções da psicologia no contexto hospitalar é proporcionar um espaço de confiança e segurança para a paciente e a família durante a hospitalização, intervindo como mediadora na comunicação dos acontecimentos e regras do hospital. Por isso, conhecer sobre os procedimentos, tratamentos, funcionamento e desenvolvimento das doenças se torna um diferencial enorme na atuação da Psico-Oncologista.

Desse modo, conceitos da PS e da Saúde coletiva se mostram como essenciais não apenas para uma Psico-Oncologista, mas para a Psicóloga Hospitalar em geral. Nessa direção, Ayla cita, inclusive, Getúlio Franco e Emerson Merhy como seus autores referências em Saúde coletiva e na sua compreensão de saúde. Afirma que compreender esses conceitos se mostra como um diferencial para o cuidado integral da psicologia no contexto hospitalar, porque ao se atualizar nos conceitos e cuidados o nosso fazer muda e, em geral, para melhor, ofertando intervenções e técnicas mais efetivas para o sujeito.

Visando promover esse atendimento integral, Ayla também pontua:

“(...) mas dentro da psicologia da Saúde, especialmente hospitalar, dentro do contexto hospitalar, a gente se leva por... não só pela nossa abordagem (...) Mas também se rege por conceitos da psicologia da saúde em si, que aí é uma misturezinha (...).”

Nesse momento, ela cita apenas a PS, mas se refere em diversos momentos a outros campos de saber como: a Neuropsicologia, para compreender aspectos de funcionamento do ser humano; a Teoria Cognitiva Comportamental (TCC), para uso de conceitos e técnicas para intervenções comportamentais e cognitivas específicas; a Psicologia Breve, que reflete no formato do atendimento para o qual é preciso ter a premissa de começo, meio e fim, tendo em vista o estado instável do sujeito hospitalizado e a dinamicidade do contexto hospitalar; além dessas, Ayla também cita que utiliza, raramente, algumas técnicas da psicanálise.

Ao falar sobre as técnicas utilizadas em suas intervenções, ela afirma utilizar aquelas próprias da Psicologia Sistêmica, sua abordagem, como a técnica do Pensamento circular, além de conhecimentos de Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) e Técnicas de respiração, fundamentais:

“na hora que a paciente realmente descompensa,(...) tem o óbito e o familiar realmente se desnorteia, é da gente recuperar a pessoa até o aqui e agora, sabe? De técnicas de respiração, de olhar no olho, coisas que são básicas, mas que nessa hora a pessoa tá perdida, né? A gente precisa muitas vezes disso, muitas.”

Essa perspectiva de recuperar a pessoa ao aqui e agora, diz sobre uma das premissas principais dos PSP. Tendo em vista que ao descompensar ou se desorientar devido a um acontecimento grave, catástrofe, diagnóstico ou óbito de um ente querido, a paciente ou a cuidadora se desloca do momento do agora e se perde no meio de sua dor psicoemocional e,

por vezes, física também. Então, os PSP surgem com esse objetivo de intervir em momentos assim, proporcionando um acolhimento emocional não invasivo e cuidadoso, favorecer as estratégias de enfrentamento adaptativas do sujeito e atender aos cuidados básicos consigo mesmo e demais pessoas que o rodeiam. (SILVA *et al*, 2013)

Destaca, ainda, a importância de utilizar nossa escuta, a qual ela qualifica como uma das nossas maiores potencialidades, buscando identificar nas falas da pessoa as estratégias de enfrentamento utilizadas para se reestruturar frente a situações desafiadoras e buscar reforçá-las para que essa pessoa esteja instrumentalizada para lidar com situações de crises que possam vir a surgir. (SILVA *et al*, 2013; SIMONETTI, 2016; ALMEIDA, 2010)

Ayla também faz referência a técnicas projetivas, utilizadas por ela na terapêutica com o público infantil no hospital, objetivando projetar os sentimentos, desejos, emoções e dores das crianças através do lúdico. Associado a isso, utiliza técnicas narrativas, através de teatro de fantoches, grupos de contação de histórias e demais recursos lúdicos para reforçar com as crianças os conceitos e regras para o cuidado e tratamento de suas patologias, o que acaba favorecendo, de certa maneira, o alívio das complicações provocadas pelo processo de adoecimento, o qual já é extremamente complexo, principalmente quando falamos sobre câncer na infância.

Por fim, Ayla pontuou com frequência que embora seja interessante utilizar as técnicas e teorias psicológicas disponíveis, o cuidado para não o fazer de qualquer forma, misturando tudo, técnicas e abordagens, aleatoriamente, é crucial, porque é:

“(...) bem importante a gente ter nosso olhar, não é tipo misturar todas as abordagens porque aí fica meio mistureba, mas a gente ter um direcionamento, mas podendo utilizar técnicas de outras. Às vezes eu pego para algo mais urgente, uma técnica mais, meio TCC, mas que eu consigo enxergar na visão da sistêmica de algum jeito, né? Porque é uma forma de visão de mundo, não é só a psicologia.”

Dessa maneira, a partir de todos esses indicadores discutidos até aqui, surgiu o 1º núcleo de significação, o qual nomeei **Dores e delícias da formação: "aí eu realmente corripelo que eu queria"**. Este núcleo traz em seu cerne o caminho trilhado por Ayla até o momento em que ela se encontra atualmente, como Psicóloga Hospitalar em um hospital oncológico e como preceptora em um outro hospital geral. Esse núcleo expressa as significações envolvidas nas dores e nas delícias de ser estudante e, posteriormente, psicóloga hospitalar, e nesse movimento,

traz à luz também os referenciais teóricos/técnicos que norteiam, sustentam e direcionam o caminhar dela ao longo desse percurso.

3.2 Núcleo de significação 2 - Desafios do fazer da Psico-Oncologia: “Meio que a gente faz milagre mesmo”

Neste núcleo discutirei indicadores agrupados por similaridade ao longo da construção dessa análise por se relacionarem com os desafios do fazer da Psico-Oncologia. Esses indicadores apontam aspectos sobre as afetações de Ayla frente ao campo, os impactos de suas vivências no cotidiano, com as pacientes e profissionais, sobre como a condição socioeconômica do sujeito impacta nos cuidados à sua saúde, prognóstico da doença e no fazer da Psico-Oncologia. E, por fim, traz uma discussão em torno dos sentidos e significados presentes na fala de Ayla referente à importância do suporte psicoemocional, seja para si mesma enquanto profissional, para a paciente, cuidadoras ou equipe durante todo o processo de adoecimento.

Uma das primeiras falas dela que quero destacar neste núcleo, dita inclusive com muita ênfase, diz respeito a dinamicidade vivenciada no hospital:

“(...) eu realmente não sabia como iria ser dentro do hospital, e gente é muitodinâmico, é absurdamente dinâmico, você precisa ser uma pessoa muito ligada, em tudo, tem que ter um pouco essa característica mesmo, como pessoa, eu já tinha um pouco isso.”

Sua concepção é corroborada por autores como Simonetti (2016), Almeida e Malagris (2011) e Moretto (2001) quando refletem sobre o contexto hospitalar, porque de fato o hospital difere muito da atuação clínica nesse aspecto: não há espaço para ter um atendimento completamente isolado das outras pessoas ou para ser inflexível quanto a sua terapêutica no hospital. As demandas exigem que o profissional seja dinâmico e “*muito ligado*”, o próprio setting terapêutico é totalmente incomum do consultório, não há uma sala específica apenas para consulta, esse atendimento por vezes se dá na sala de quimioterapia, nos corredores ou até mesmo no estacionamento, em casos bem específicos, como dito por Ayla.

Embora o *setting* terapêutico assuma características muito específicas na PH, e se configure, por vezes, como um desafio, Ayla alerta que o hospital é, também, um dos espaços no qual mais podemos fazer a diferença, principalmente por permitirmos que a paciente se pronuncie e expresse suas dores mesmo estando em um espaço no qual sua subjetividade tende

a ser silenciada. Nessa direção, Moretto (2001) afirma que não devemos encarar o *setting* terapêutico apenas como um espaço físico e real, mas que devemos olhar para o sujeito e compreender que o *setting* está na relação construída entre a psicóloga e ele, independente do ambiente no qual estiverem inseridos.

Um dos aspectos que Ayla pontua firmemente como um desafio, em específico, é a conciliação entre seu eu profissional e seu eu estudante, do qual ela se nega a desapegar, afirmando que sempre irá encontrar uma forma de fazer os dois por considerar ser fundamental estar se atualizando cotidianamente para que sua intervenção também seja aprimorada:

“(...) Eu percebo a diferença quando a gente tá estudando o tempo todo, sabe?Minhas práticas vão se modificando, sim, quanto mais eu estudo, me atualizando e tudo mais.Então, um desafio é conciliar a minha prática com o acadêmico, constantemente assim.”

Apesar dela qualificar isso como um desafio, compreendo seu movimento de sustentar uma educação continuada como uma potencialidade, pois embora seja um obstáculo a ser vencido dia a dia, também proporciona à profissional adaptações necessárias em seu fazer, promovendo, dessa forma, um cuidado mais integral.

Outro ponto muito comum no âmbito hospitalar e desafiador na mesma intensidade, surge quando falamos sobre a morte de um paciente. Seja esta uma morte concretizada ou esperada. Ayla nomeia esse tópico como uma característica desafiadora para ela porque:

“Por mais que eu soubesse sobre isso e eu estudasse, e ainda assim tivessem casos de pacientes que eles mesmos sabiam que não teriam cura, a gente abordava essas questões, mas era ainda num patamar hipotético, já não era numa iminência de fato. E isso, a gente vivencia no hospital. (...) Até demais, na verdade.” e “a realidade é muito mais crua do que isso, é tanta coisa que eu já experienciei, tanta morte que eu já vi de último suspiro”.

Ambas as falas foram ditas carregadas de pesar. Ayla pontua isso como algo que embora seja comum é duro de ver e de lidar, mas também aponta o quanto é importante a presença da psicologia nesse lugar para dar ao sujeito e seus cuidadores um espaço seguro para elaboração simbólica e real desse morrer, permitindo-lhes sentir essa dor, chorar por ela e reorganizar psicoemocionalmente sem julgamentos ou hiper controle.

Estar no ambiente hospitalar é tão desafiador e mobilizador por tantos aspectos, que Ayla pontua mudanças significativas em si mesma, mudanças intrínsecas que alteraram também sua forma de interpretar a vida. Ela fala em um determinado momento:

“(...) acho que sendo psicóloga hospitalar a gente vê de uma forma muito mais crua como todos sentimentos possíveis se misturam em um momento só, inclusive de dor, sabe?”

Isso aponta desafios que não a tocam apenas no âmbito profissional, mas enquanto pessoa mesmo, e ela traz isso também quando diz:

“(...) mas eu não sei porque nesse dia me tocou mais, a mais, de pensar na morte, inclusive, de... se acontecesse com algum familiar meu ou algo do tipo, como seria difícil essa situação. Então, é essa questão da gente se repensar o tempo todo também da nossa parte pessoal, né?”

Essa fala foi dita fazendo referência a uma situação com um paciente jovem, que morreu consciente até o último minuto. Ayla contou essa história com bastante afeto, se mostrou abalada em diversos momentos enquanto relatava sobre essa vivência:

“E aí me deu um pouco dessa coisa de: tipo, poxa, a gente não conseguiu dessa vez, diminuir nem um pouco o sofrimento dele nessa hora. Aí pegou, aí eu sai, sai do hospital chorando, (...) foi pesado ver ele sofrendo até o último segundo, sabe? Ninguém quer ver isso na paciente, né?”

Partindo dessas falas e emoções demonstradas, esse pareceu ser um dos desafios que mais a afeta, que seria não conseguir amenizar o sofrimento do sujeito, não conseguir ser um suporte para que ele tenha uma “boa morte”, como o modelo paliativista se propõe, e isso acabou provocando nela reflexões pessoais sobre o processo de morrer. (MENEZES e BARBOSA, 2013) Durante suas falas seguintes, pareceu que essa situação a tinha colocado numa posição de fracasso por um tempo, mas depois ela elaborou isso e disse:

“mas assim, a gente fez o que a gente pôde literal... Já tinha colocado todos os opióides possíveis, sabe? Não tava desassistido.”

Esse processo de lidar com a morte de um paciente, também acaba trazendo à tona uma outra questão apresentada em uma das falas de Ayla:

“E psicólogo, e na verdade todo mundo em saúde, não trabalha com a morte, trabalha com a paciente vivo, até quando ele morrer.”.

Isso diz sobre uma postura profissional associada às premissas dos cuidados paliativos, no sentido de que enquanto profissionais de saúde, nosso olhar não deve ser restrito apenas em curar a paciente a qualquer custo, mas em proporcionar a ele a melhor qualidade de vida que lhe for possível ter. (SBGG, 2014) Quando isso acontece, há o que Ayla chama de *“mudança de patamar.”* Contudo, para assumir esse lugar e reafirmar essa postura frente a equipe é crucial:

“(...) estudar muito bioética pra isso, pra ver até que ponto tá pesando o benéfico do maléfico nesse cuidado, se de fato está sendo um cuidado pra paciente ou não, sem pensar necessariamente nessa cura (...).”

Outro desafio pontuado por Ayla é a falta de treinamento de muitos profissionais para identificação de sinais de câncer, o que provoca inúmeras dificuldades no adoecer do sujeito:

“(...) então é uma história muito repetitiva a gente escutar (...) que eles falaram que era sei lá virose, ou que era um calo, era qualquer coisa, pra passar um creme, mas não era câncer, até agravar e a pessoa ficar com muita dor e aí só assim encaminhar para um hospital maior dentro da região.”.

Essa situação é propulsora de outros inúmeros obstáculos na atuação da Psico Oncologista, tendo em vista, que se tratando de câncer, o diagnóstico precoce é um elemento decisivo no processo da doença, podendo, inclusive, interferir no prognóstico que o sujeito irá enfrentar. Todo esse processo acaba impactando na qualidade de vida do sujeito e desencadeando alguns dos sofrimentos psicoemocionais carregados pela doença. (VEIT e CARVALHO, 2010)

Além disso, Ayla também descreve:

“(...) É óbvio que vai sobrecarregar e sobrecarrega. Meio que a gente faz milagre, mesmo.”.

Ao falar isso, ela demonstra uma descrença e decepção explícita na voz, porque para ela é inacreditável que o Estado não compreenda a importância dos hospitais brasileiros de atenção a paciente com câncer, a relevância destes no contexto de saúde – doença e não desenvolva

políticas públicas ou realize investimentos com foco na melhoria desses lugares, promovendo melhor qualidade no espaço, serviços e na quantidade de profissionais.

Assim, ao se posicionar dessa maneira, o Estado acaba favorecendo a sobrecarga do serviço e isso é disparador para outros complicadores, dentre eles: a carga horária de trabalho e a distribuição do tempo ao longo do dia e dos atendimentos, os quais são elencados por Ayla ao falar:

“Algo de controle de tempo é que é difícil em psicologia hospitalar. Isso é algo que a gente vai regulando aos poucos, sabendo que tem dias que não tem jeito.”.

Claro que essa questão de controle de tempo não é provocada apenas pela sobrecarga do serviço, mas esse é um dos maiores fatores, porque caso o serviço tivesse mais profissionais, por exemplo, talvez o manejo do tempo fosse um pouco mais fácil de lidar. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Contudo, além desse fator, também se tem a questão de que trabalhar com a subjetividade associada a oncologia, ainda mais no contexto hospitalar, é algo extremamente imprevisível, porque no mesmo momento em que você pode ter feito um planejamento com um paciente, algo pode acontecer com este ou outra paciente, ele pode ser intubado, pode precisar passar por uma cirurgia de emergência ou falecer. Então, controlar o tempo acaba se tornando um obstáculo extremamente desafiador, mas Ayla coloca a importância disso na sua fala em diversos momentos durante a conversação, porque para ela é crucial que entendamos:

“essa separação do que que é profissão e do que que é você na sua vida, e que precisa ter vida.”.

Ayla demarca também um desafio considerado, inclusive, como função da psicóloga hospitalar:

“(...)é uma tarefa do psicólogo meio que traduzir, traduzir muita coisa. Assim, ajudar a adequar ao vocabulário da paciente. A gente perceber a forma de comunicação verbal e não verbal da paciente para assim ajudá-lo a chegar a um nível que ele consiga compreender algumas coisas do hospital.”.

Isso é um desafio e uma potencialidade ao mesmo tempo, porque:

“Enquanto já profissional de psicologia, você pensa que não é qualquer popular, porque é o popular particular de cada indivíduo também.”

Assim, enquanto Psico oncologista entender a linguagem particular de cada sujeito é desafiador, é preciso todo um movimento, o qual Almeida e Malagris (2011) chamam de busca do “falar” da paciente. Este é um processo de compreensão e escuta que busca facilitar, criar e garantir condições para que esse paciente e esses cuidadores se comuniquem e compreendam o que lhes for dito de forma efetiva e afetiva.

Esse movimento surge, numa perspectiva de potencialidade, em uma outra fala de Ayla na qual ela conta que em um atendimento às filhas de um senhor que estava sendo intubado, ela realizou psicoeducação com as filhas, explicando a elas como o processo acontecia e porque estava acontecendo de uma maneira compreensível para elas. Ao entender o procedimento que acontecia com o pai, as filhas acabaram se acalmando e a angústia que antes elas sentiram intensamente se amenizou de maneira que elas falaram:

“gente, eu tinha super preconceito com psicólogo, eu achava que você não sabianada, mas você sabia tudo e me acalmou tanto...’ Eu fiquei, tá vendo psicoeducação ajuda.”

Associado a isso, Ayla reflete sobre as desigualdades regionais no acesso à saúde, destacando a diferença na estrutura e assistência entre um hospital de São Paulo, onde ela ficou 1 mês durante a residência, e o hospital sede onde ela passou a maior parte da residência:

“(...) é ENORME, são mais de 28 andares, todos de oncologia, mais de 30 psicólogos, todos oncologistas, psico oncologistas, e com área de pesquisa, não sei o que lá, enfim, muita coisa pra se fazer, assim, que lamentavelmente a gente não tem essa estrutura aqui, mas é bacana saber que existe, inclusive dentro do Brasil.”

Sobre um dos casos que a marcou, Ayla reflete sobre uma paciente de classe socioeconômica mais baixa, analfabeta, que começou a ter sintomas de câncer de ovário, mas postergou a procura por um médico, por diversos fatores de seu contexto, e o câncer acabou avançando:

“ela tava em carne viva”; “É... questão socioeconômica e ela ser analfabeta, a família ter rejeitado, ela é um dos casos que você mencionou de não procurar por ajuda, (...) e ela simplesmente se escondia em casa, e lá avançando o câncer, que era de ovário primeiramente, mas ela já tava se despelando (...)”

Ayla traz isso como um desafio, na medida em que a condição socioeconômica da paciente impactou no seu processo de saúde-doença numa intensidade que talvez não impactaria se ela, por exemplo, tivesse conhecimento sobre os sintomas ou tivesse tido acesso a essas informações e ao serviço de saúde precocemente. (VEIT e CARVALHO, 2010)

Esse desafio se relaciona, portanto, com as dificuldades relativas ao acesso à saúde, os quais são levantados por Ayla em diferentes momentos do nosso diálogo:

“(...) o acesso de antes de sequer chegar no hospital já é muito difícil. Por várias coisas. Primeiro, não tem rede de atenção primária em todos os lugares que deveria, a gente tem muitos pacientes do povoado, do povoado, que tem que viajar para a cidade principal da área dele para só ai ter algum posto de saúde.”

Esses fatores acabam interferindo no estágio de doença em que os pacientes estão quando chegam ao hospital. O câncer evolui ao ponto de chegar ao hospital com estadiamentos mais avançados, e nessa condição o prognóstico já é mais complicado do que poderia ser em uma outra situação de diagnóstico precoce. (CARVALHO *et al*, 2008)

Além desse aspecto, ao discutir sobre perspectiva de Ayla relacionada ao suporte psicoemocional a paciente:

“Tipo, a gente vai ter que falar 50 vezes isso pra paciente, porque ele vai esquecer, provavelmente, não é porque ele não tenha escutado, é porque tá difícil mesmo.”

Durante nosso encontro, construímos uma reflexão interessante após essa fala, discutimos que talvez a paciente ou a cuidadora tenha essa dificuldade em entender o processo de adoecimento ou de tratamento porque ele está em processo de aceitação dessa circunstância, ele pode ainda não ter elaborado, por isso, é tão fundamental que a psicóloga ou profissionais em geral tenham a delicadeza de explicar quantas vezes seja necessário, até que o sujeito, em seu próprio tempo, compreenda e consiga elaborar subjetivamente seu processo de saúde – doença. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Quando falamos sobre esse suporte frente a cuidadora, Ayla ressaltou:

“oh, a paciente x tá sendo entubado’, já era, nem desço para ver minha sala, já vou logo pro familiar ver como é que ele tá, fazer esse suporte logo de cara, né... Ou chego ‘oh a

paciente faleceu, a gente tá chamando para a família agora’, você, se você já acompanha, cê já dá algumas orientações, de para quem ligar, como ligar, né?”.

Assim, esse suporte tem que ser semelhante ao da paciente no sentido de acolhimento e suporte para compreensão do processo que está acontecendo com ele, para que aquele que cuida consiga se tranquilizar o máximo possível frente a situação. Além disso, nos casos mais críticos ou que se tornem críticos, é um desafio e potencialidade ao mesmo tempo, que a psicóloga consiga identificar dentre as cuidadoras qual delas tem mais condições para receber as notícias ou para ser chamada em casos de óbitos, por exemplo. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

No que tange à perspectiva do cuidado para a psicóloga e demais profissionais de saúde, o desafio também é significativo, preocupação expressa em um questionamento recorrente na área hospitalar: quem cuida da cuidadora? Ayla, inclusive, pontua em determinado momento sobre a dificuldade para os familiares de profissionais da saúde em abrir um espaço para que eles falem sobre seu dia e suas dores, e como isso é difícil para esses profissionais. Em paralelo, pontua sobre o suporte emocional que ela recebe em casa quando situações específicas a abalam demais e como é importante ter esse espaço de escuta que os pais oferecem a ela:

“E eu moro sozinha, mas nesse dia eu falei: “não, vou pra casa dos meus pais, aí eu fui pra casa deles (...), eles sempre me apoiaram nesse meu percurso pela Psico-Oncologia e me ajudam a refletir muito sobre o que eu faço ou deixo de fazer. Então, eles tiveram esse espaço pra me escutar, e só me escutar mesmo, não é falar tipo ‘ah não sofra com isso não’ nem nada, só me escutar mesmo e entender que isso faz parte da vida, e que era o momento de eu falar para depois continuar.”

A partir das discussões desses dados, surge o segundo núcleo de sentido importante para Ayla sobre o seu fazer: **Desafios do fazer da Psico-Oncologia: “Meio que a gente faz milagre mesmo”**. Nomeei esse núcleo dessa maneira porque ao longo dos indicadores, o que mais se destaca nessa análise é que de fato ao driblar esses desafios a Psico-Oncologista realmente faz um milagre para cuidar daqueles que dela necessitam.

3.3 Núcleo de significação 3 – Psico-Oncologia como potência: "eu só sou psicóloga porque eu achei a Psico-Oncologia."

Para falar sobre esse núcleo de significação, trago aqui para nossa reflexão os indicadores construídos a partir das falas de Ayla sobre o fazer da psicologia como potência para o cuidar. Sendo assim, nesse núcleo trouxe à reflexão algumas falas de Ayla sobre as potencialidades da Psico-Oncologia a partir de suas vivências enquanto psicóloga e das transformações que estas experiências provocaram nela enquanto sujeito. Além disso, Ayla também traz em algumas falas algumas formas do fazer da Psico-Oncologia e uma discussão sobre a importância de saber organizar seu tempo de uma forma que atenda as demandas das pacientes, mas também não esquecendo de si mesma.

Ao falarmos sobre as vivências de Ayla enquanto Psico-Oncologista, ela relata uma experiência significativa:

“Eu tava começando no hospital, eu tinha chegado, (...) e tinha uma senhora fora do serviço tirando a roupa, ai eu, humm... tipo eu tava entrando no hospital e vi ela tirando a roupa, ai eu entrei primeiro pra me inteirar do que era isso, logo de cara, ai ‘não, familiar morreu’... Ai eu sai correndo, deixei tudo em qualquer lugar e fui acolher essa pessoa (...).”

No processo de análise, essa foi uma das primeiras frases que quis destacar porque durante nossa conversa, esse comportamento foi relatado diversas vezes e em situações diferentes, então, compreendo que é uma forma e um significado de ser Psico-Oncologista muito enraizada para Ayla. Porque isso fala sobre disponibilidade, uma atitude presente no fazer da psicologia, especialmente da Psico-Oncologia, tendo em vista, que ao cuidar de pacientes oncológicos em hospitais, somos nós quem temos que ir até eles para ser presença e estar disponíveis. (NERI, 2019)

Essa potencialidade fala sobre uma disponibilidade que tem o cuidado de escutar o sujeito de forma efetiva, compreendendo aquilo que lhe é particular, como a própria Ayla traz: *“o particular de cada sujeito”*. Para isso é preciso ter cuidado com a maneira com a qual estamos escutando e o que estamos escutando, porque precisamos ter atenção para não acabar escutando aquilo que é nosso e não do sujeito. (SIMONETTI, 2004)

Outro relato pontuado com ênfase por Ayla diz respeito às inúmeras vivências profissionais experienciadas por ela ao longo de sua história no hospital e como esses momentos de morte e vida a modificam cada vez que ela vivencia isso:

“E acho que, eu poderia te dar 50000 exemplos, na verdade, mas a cada atendimento que me emociona ou me toca ou me faz olhar algo diferente na minha vida pessoal mesmo, isso acontece muito, muito. Porque a gente lida com situações de vida extrema e de morte também, então, se alguém não se transforma depois desse tipo de vivência, não, sei lá, como essa pessoa... Mas é uma coisa de revisão sobre si mesma e sobre o que a gente acredita, eu acho.”

Então, é um constante amadurecimento não apenas no fazer dela como psicóloga, mas também enquanto pessoa, mudando a si mesmo frente às situações que incidem em sua subjetividade. Lidar com a morte tem o potencial de nos fazer repensar nossa vida e posicionamentos, e é perceptível ao longo das falas de Ayla, que na concepção dela falar sobre morte também é falar sobre releitura de si e do mundo, e para além disso, é uma reflexão sobre o nosso fazer enquanto psicólogas. Contudo, ao pontuar sobre morte para a paciente, Ayla é bastante cuidadosa nas suas intervenções:

“Se a pessoa falar sobre as questões da morte, aí eu abordo sim, porque nem sempre é funcional ficar perguntando como aconteceu, o que aconteceu, depende, depende do ponto. E realmente, é diminuir essa carga emocional que já é muito grande, muitas vezes é deixar fluir também.”

Esse pensamento corrobora com a lógica do cuidado psicológico discutido por Almeida e Malagris (2011) e Simonetti (2004), quando falam que o objetivo principal da PH, seja em hospital geral ou oncológico, é promover a paciente um espaço livre de julgamentos e culpa, para elaboração simbólica do adoecimento, facilitando que o sujeito, seja esta a paciente ou cuidadora, atravesse o processo de adoecer da maneira mais leve possível.

Além disso, Ayla traz em um determinado momento da conversação uma das frases que considero ser mais carregadas de sentido para ela:

“(...) ai voltando para porque eu me tornei Psico oncologista, na verdade, eu só sou psicóloga porque eu achei a Psico-Oncologia.”

Ao falar isso, a voz dela ganhou um tom de convicção tão intenso que naquele momento meus olhos se encheram de encanto, porque senti o quão forte isso era para ela no momento em

que essa frase foi dita. Isso corrobora com o que González Rey (2005) fala sobre o pensamento enquanto processo psicológico, e isso não porque este tem um aspecto cognitivo, mas porque é carregado de sentido subjetivo, pelas significações e sentimentos/emoções que ao se articularem promovem sentidos, mobilizam o sujeito, o constituem enquanto pessoas e moldam suas ações.

Para Ayla falar sobre as potencialidades da Psico-Oncologia envolve, também, falar sobre aquilo que provoca mudanças significativas em sua identidade, na sua constituição enquanto sujeito. Em vários momentos, ela fala afirmações semelhantes a:

“Entrei na clínica e foram várias mudanças super significativas para mim (falou isso com um ar bastante reflexivo), porque consegui me adentrar mais na Psico-Oncologia” ou “Na verdade, eu mudei muito desde que entrei na Psico-Oncologia.”

Ela pontua essas mudanças também quando fala sobre sua forma de pensar e lidar com a morte ou situações de vida extrema:

(...) Mas é uma coisa de revisão sobre si mesma e sobre o que a gente acredita, eu acho.”

Além disso, há momentos nos quais o repensar sobre a vida acaba por fazê-la repensar sobre seus julgamentos, seja consigo ou com os outros. Então, ela diz:

“É, em alguma medida sim, às vezes também não se julgar tanto, sabe? (...), mas não, não são besteiras, são níveis diferentes de entendimento que cada uma passa, pelo menos respeitar as coisas, pelo que a gente sofre também. São coisas diferentes, sabe?”

Por vezes, esse movimento de se permitir sentir e cuidar das suas pequenas dores parecem ser detalhes que modificaram o dia dela e isso disparou em mim, ao mesmo tempo em que percebi em Ayla também, questionamentos sobre como as vezes invalidamos nosso sofrimento, porque perdemos tempo comparando-o com os outros, ao invés de olhar para ele de maneira singular.

Além disso, ao falar sobre as potencialidades existentes nas possibilidades de atuação da Psico-Oncologista, gostaria de trazer à reflexão um conceito já abordado no núcleo de significação anterior, mas, nessa discussão, aprofundá-lo em uma outra perspectiva: o *setting* terapêutico. Este é de fato muito incomum e também desafiador, mas, por outro lado, uma potencialidade do que é o fazer da Psico-Oncologia. Ayla fala dele de maneira ambígua, porque

embora seja difícil atuar em um campo no qual não há um lugar específico onde possa fazer o atendimento de forma completa e sem interrupções, também significa que ao estar nesse *setting* você é livre para reinventar sua prática, num movimento constante de fazer com que essas pessoas não sejam apenas auscultadas como sua doença. (SIMONETTI, 2016)

Um exemplo nítido disso está no caso da paciente que, devido a uma paraneoplasia, estava em pele viva:

“(...) ela queria muito pentear o cabelo, era só isso. Ai eu achei um pente lá, comecei a pentear o cabelo dela e o atendimento dela foi eu penteando o cabelo dela, sabe?”; “e isso era ‘bom’ na residência, porque eu ficava o dia inteiro, então conseguia combinar com ela quando era a hora do banho para ir com ela só fazer suporte emocional no banho, para que ela pudesse focar em outra coisa enquanto se virava e não sofresse tanto (...)”.

Em ambas as frases, visualizamos um *setting* completamente diferenciado da clínica tradicional: ao lado de um leito de hospital e um banheiro. Então, ao falar sobre essas experiências, Ayla ressaltava um espaço onde sua presença era necessária e fez uma diferença no nível de sofrimento psicoemocional vivenciado por essa paciente. Isso porque o fazer da psicologia, independente do espaço onde estivermos, parte sempre da demanda da paciente e não daquilo que achamos que ele precisa, em um movimento de pensar junto a paciente estratégias que ela possa utilizar para alívio daquilo que lhe faz “sangrar” emocionalmente. E isso é bem importante para uma atuação efetiva. (SIMONETTI, 2016; ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Essa capacidade de se fazer presente em meio a dor do outro é pontuada novamente por Ayla quando diz:

“Mas gente, foi uma morte, depois da morte muito tranquila, inclusive, a mãe queria muito vestir o filho, então eu acompanhei, dei conta de falar para a equipe que isso seria funcional para o luto dela. Isso também é importante para a psicologia hospitalar, quando se tem esse espaço, que isso aconteça na equipe também. Então, eu que banquei essa estratégia da mãe, aí fiquei com ela (...)”.

Nessa fala de Ayla, é perceptível duas intervenções/funções da Psico Oncologista que são efetivas quando falamos sobre elaboração da dor e do luto. Ao estar do lado dessa mãe que estava em luto após ver seu filho morrer sofrendo até o último minuto, ela está atuando como

suporte emocional para a cuidadora, está sendo apoio para que ela tenha recursos e estratégias para vivenciar sua dor da maneira mais livre e menos sofrida possível e sem julgamentos ou interrupções. A segunda intervenção que visualizamos nessa situação é a de atuar como mediação entre aquilo que a cuidadora e paciente demandam e a equipe, visando conscientizá-los da importância do que for solicitado para a melhor adaptação psico emocional da paciente e cuidadora. (NERI, 2019)

Dessa maneira, para alcançar esse nível de cuidado, perguntei a ela sobre o que considerava indispensável durante um atendimento, então, ela pontuou:

“Eu acho que o importantíssimo dentro de um atendimento em psicologia hospitalar é você fechar o atendimento. Não deixar uma coisa assim pra depois exatamente.”

Isso porque falando sobre contexto hospitalar, discutimos sobre um campo que exige uma terapêutica planejada segundo as premissas da Psicologia Breve Focal, na qual a terapia acontece de maneira mais curta e com foco nas necessidades mais imediatas do sujeito. Assim, ao falar sobre terapia no hospital, não há espaço para deixar o sujeito com questões em aberto. Tudo que for discutido durante o atendimento deve ser fechado no atendimento, o máximo possível. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Outro aspecto que se mostrou significativo na fala de Ayla, foi no momento em que discutimos sobre o sentido de buscar cura para a paciente a todo custo, ela traz sua opinião da seguinte maneira:

“(...) em psicologia da saúde a gente não trabalha com cura, trabalha com qualidade de vida, sabe? Com estar bem, isso inclusive pode ser uma cura, mas de repente pode morrer sim, mas estando com a maior qualidade de vida possível.”

Nessa fala fica evidenciado o sentido de cura para Ayla. O estar bem, a qualidade de vida, por vezes, pode ser uma cura, mesmo que a paciente venha a falecer. A busca, portanto, é para que a paciente tenha a melhor qualidade de vida que lhe for possível. E isso nos coloca em um âmbito de cuidado muito mais amplo e eficiente para o sujeito do que quando investimos em algo que lhe é mais maléfico do que benéfico. (MENEZES e BARBOSA, 2013)

Além disso, uma outra potencialidade que Ayla traz de forma bem específica é:

“Dá uma dorzinha no coração? Dá, obviamente. Mas não, na verdade nem me dá, porque não é o meu objetivo pensar ‘ah, ele vai morrer coitado’, não, é tipo o que eu posso fazer por ele agora, nesse decorrer de tempo que eu nem sei quanto é (...) Enfim, todo o caminho, é realmente caminhar junto, né?”

Essa fala traz uma aparente contradição, mas que explicita um movimento de Ayla no sentido de elaborar a morte de uma paciente: falar sobre a morte iminente de uma paciente, embora seja algo comum para ela, ainda é algo que lhe causa certa angústia e ao mesmo tempo em que ela cita essa inquietação, ela a nega. Nesse movimento, ela busca reconhecer que seu objetivo como profissional não é lamentar a morte, mas sim estar ao lado dessa paciente auxiliando em sua qualidade de vida.

Nesse sentido, a Psico-Oncologia tem em seu cerne a premissa de cuidar do outro pensando sempre no que é possível fazer e não no que é imutável. Então, esse caminhar junto, em Psico-Oncologia, é exatamente a potencialidade de olhar para o outro com uma escuta e um olhar empático e cuidadoso, que nos faça perceber o outro e aquilo que ele demanda que façamos junto com ele. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011)

Outra potencialidade ressaltada na conversação foi a Psicoprofilaxia, quando relacionada a cirurgias. Esta técnica crucial ao longo do processo de adoecimento visa o alívio das angústias que inquietam pacientes pré-cirúrgicos e suas cuidadoras, por isso esse trabalho é tão vital, porque instrumentaliza o sujeito para encarar as situações conflituosas que surgirão e isso torna as coisas mais toleráveis, de certa maneira. (HUPSEL e SCHNITMAN, 2017)

Outro aspecto demarcado por Ayla em diferentes momentos da conversação é a relevância de que a Psico-Oncologista compreenda sua vida como algo que deve ser considerado e colocado também como prioridade, e embora ser presença para os pacientes seja importante, a partir do momento em que isso se torna ser ausência para si mesma, já não é mais algo funcional, nem para a profissional, nem para a paciente. Isso fica explicitado na seguinte fala:

“(...) Mas tem vários psicólogos hospitalares que... uhhh... se passam, e isso é algo importante pra gente lidar enquanto Psico hospitalar, a gente perceber a nossa vida, que não vai ser o hospital, a gente tem que ter nosso espaço. Então, se envolver demais também é perigoso.”

Entretanto, existirão dias em que:

“(...) se tiver óbito e chegar 30 familiares de cara, deu seu horário você vai embora? Acho que não, né... Tem que se encerrar o ciclo pra depois ir embora. Teve uma vez que eu saí às 23:30h, e meu horário era 19h.”.

Então, esse é um aspecto que vai de caso para caso, dependendo da necessidade. No final das contas, é uma linha muito tênue, mas que é reafirmado por Ayla inúmeras vezes o quanto esse controle de tempo é fundamental para manutenção da saúde mental da Psico-Oncologista que, enquanto sujeito detentor de subjetividade, necessita ser cuidada também.

Assim, encerro aqui nossa conversa sobre os indicadores que compõem esse núcleo de significação, denominado: **Psico-Oncologia como potência: "eu só sou psicóloga porque eu achei a Psico-Oncologia."** Este núcleo discute os aspectos e experiências significativas para Ayla, relativas às potencialidades da atuação da Psico-Oncologista frente não apenas ao adoecimento oncológico, como também ao sofrimento psíquico provocado por ele, pelo processo de hospitalização e ameaça a vida, sofrimentos esses experienciados pela paciente e pelas cuidadoras.

3.4 Núcleo de significação 4 – O ser Psico-Oncologista na equipe: "Claro que tem flores e dificuldades, como sempre"

Nesse núcleo de significação, vamos discutir sobre a atuação da Psico-Oncologia junto a equipe, como se estabelecem as relações com outros profissionais. Ao falar sobre equipe, torna-se necessário entender a diferença entre equipe e grupo. O conceito de grupo fala sobre um conjunto de sujeitos que, embora coordenem seus esforços entre si, têm objetivos individuais. Já equipe, fala sobre pessoas que compartilham um propósito em comum, é como se eles corressem juntos, e é nesse sentido que a equipe de profissionais que atuam nos contextos hospitalares, e na saúde em geral, deveria atuar, buscando alcançar o seu objetivo enquanto trabalham coletivamente em prol disso. No caso do hospital, o objetivo da equipe é promover um cuidado integral e qualidade de vida para os pacientes e cuidadores. (ZANELLI, ANDRADE e BASTOS, 2014; SIMONETTI, 2016)

Ao falar sobre sua vivência na clínica onde estagiou, Ayla pontua:

“Trabalhar muitas vezes, não é nem trabalhar em equipe, mas discutir os casos em equipes, mais do que outra coisa, a gente fazia muito isso, essa clínica tinha um viés muito multiprofissional.”

E reafirmou o quanto foi importante para ela ter acesso a essa experiência de ter uma equipe mais disponível e aberta ao diálogo. Esse trabalho em equipe é cada vez mais reafirmado por ela como fundamental, quando fala a respeito do diferencial provocado por esse cuidado multi e interprofissional no contexto de saúde–doença da paciente, o qual:

“(...) eu percebo que falta, que falta essa articulação, seja, meu Deus, pela forma de trabalho de cada profissão, de como foram ensinados ou não a trabalhar em equipe. E eu percebo no dia a dia em como isso pode ser maravilhoso para a paciente e tão HORROROSO também, a não realização disso.”

Ao falar sobre isso, Ayla traz à tona, numa só frase, o maior desafio e a maior potencialidade da multi/interprofissionalidade no contexto da saúde. Isso porque essa atuação em conjunto pode ser incrível no sentido do cuidado integral, mas:

“também querendo ou não multiprofissionalidade, nem ela, realmente é muito funcional se a gente não interage, de verdade, entre os profissionais, então...”

E, por serem conceitos mais recentes, multiprofissionalidade e interprofissionalidade acabam tornando concepções mais difíceis de serem aceitas rapidamente, entretanto, existem equipes que já estão um pouco mais receptivas a essas mudanças por compreenderem a importância disso no cuidado, como pontuado por Ayla.

Contudo, ela afirma que no local onde trabalha atualmente, por ser uma equipe menor e fixa, eles conseguem desenvolver um bom trabalho multiprofissional, tendo em vista que:

“(...) a oncopediatria funciona como se fosse uma equipe fechada, no sentido que não há muita rotatividade, são sempre os mesmos profissionais. Isso é muito bom, porque a gente consegue se conhecer de fato.”

Sendo assim, eles conseguem desenvolver um cuidado mais completo, por se conhecerem, sabem a quem recorrer em situações específicas e o conceito de unidade enquanto equipe parece ser um pouco mais forte.

Entretanto, não são todas as equipes de saúde que possuem essas características, por isso, se torna crucial que a psicóloga explique aos colegas qual o seu papel, sua relevância neste contexto, porque precisamos entender enquanto equipe que:

“(...) bom que tá existindo esse espaço bem forte (nos cuidados paliativos), mas não é só quando a paciente tá morrendo que a gente precisa da equipe toda juntinha, né? É desde o diagnóstico.”.

A atenção integral à paciente deve acontecer independente do quadro clínico, e isso pode auxiliar num melhor prognóstico e/ou qualidade de vida para o sujeito.

Outro ponto relevante sobre a relação entre a psicóloga e a equipe, fala sobre o lugar que a Psico-Oncologia ocupa em situações de crises, nas quais a equipe encontra-se mobilizada em um nível que pode acabar interferindo negativamente no cuidado por ela ofertado:

“E o caso, sendo muito complexo de oncologia, todos os funcionários muito mobilizados, porque não sabiam nem como cuidar do corpo dela. É... Alguns ficavam inclusive como forma de defesa, rejeitando-a, não querer vê-la, porque ela realmente tava...”; “(...) isso também foi mais difícil, porque TODOS estavam muito mobilizados, chorando, já percebendo que tava perto, isso não é algo fora da nossa rotina, digamos, mas tava diferente realmente.”.

Momentos como esses exigem que a Psico-Oncologista intervenha de maneira a contribuir para o apoio emocional à equipe. A intervenção deve ter como foco principal a facilitação desse fluxo de emoções e reflexões, sensações de onipotência ou impotência frente a um caso, para que a equipe consiga se reestruturar também.

Em suma, esses dados sintetizaram um núcleo de significação, o qual eu denominei: **O ser Psico-Oncologista na equipe: "Claro que tem flores e dificuldades, como sempre"**. Este traz o foco maior para os aspectos significativos elencados nas colocações de Ayla, ao falar sobre a atuação da Psico-Oncologista como parte da equipe, agregando a isso também os desafios e potencialidades desse fazer.

4 . COMPLETANDO CICLOS E CRIANDO OUTROS...

Irei iniciar as considerações finais deste ciclo com uma frase de Vivian Greene, que encontrei em uma das minhas leituras casuais e sinto que cabe bem aqui: “A vida não é esperar a tempestade passar. É aprender a dançar na chuva.”. Decidi escrevê-la porque

consegue

sintetizar bem, de maneira geral, os desafios e as potencialidades da formação e atuação como Psico-Oncologista no contexto hospitalar, embora este não fosse o desejo da autora especificamente. Sei que agora pode parecer um pouco confuso, mas irei explicar o motivo pelo qual ela me remeteu diretamente aos objetivos deste trabalho de conclusão de curso.

Ao discutir sobre esses objetivos durante a conversação, Ayla descreveu alguns dos desafios que vivenciou para encontrar cursos e especializações que a instrumentalizassem na prática do cuidado aos pacientes com câncer e apontou alguns referenciais significativos para seu processo formativo e, atualmente, para sua prática. Dentre estes referenciais, ela cita os livros, conceitos da Psicologia da saúde e da Saúde Coletiva e algumas outras técnicas específicas de algumas teorias da psicologia e da sua própria abordagem: Teoria sistêmica.

Além desses desafios, Ayla pontua obstáculos vivenciados por ela na atuação como Psico-Oncologista no hospital, como controle de tempo, a própria sobrecarga de pacientes no serviço, o processo de proporcionar um suporte psicoemocional frente as cuidadoras, pacientes, equipe - a qual em determinadas situações pode gerar complicadores por diversos fatores para o trabalho da psicóloga - e a ela própria enquanto Psicóloga, e como maior desafio no contexto hospitalar: a dinamicidade do hospital, o qual influencia diretamente o fazer da Psico oncologista.

Entretanto, nem só de desafios é composto o trabalho da psicologia na atenção a paciente com câncer, há, também, inúmeras potencialidades, as quais são pontuadas com bastante ênfase nos dados analisados neste trabalho. Dentre elas estão: a disponibilidade e a presença em situações nas quais a psicologia consegue acolher e auxiliar no processo de enfrentamento da situação; O cuidado, a escuta sensível frente a demanda da paciente, seja num processo de psicoeducação ou psicoprofilaxia, por exemplo; a mediação entre a equipe, cuidadores e a paciente, seja no cuidado em si ou na comunicação acessível e compreensível para ambas as partes; entre outras inúmeras pequenas/grandes intervenções que tornam cada vez mais perceptível o quanto o trabalho da Psico oncologista pode ser um diferencial na vida e, porque não, na morte dos pacientes que por elas são acompanhados.

Compreendendo esses aspectos pontuados até aqui, retomo a relação entre o pensamento de Vivian Greene e os objetivos deste trabalho. O fazer da Psico-oncologia possui inúmeros desafios e potencialidades, contudo, isso não pode nos imobilizar frente às situações ou nos levar a esperar que as coisas simplesmente aconteçam e nos estagnando frente aos desafios que

surgem, pelo contrário, para ser Psico-Oncologista é preciso estar em um constante movimento de “aprender a dançar na chuva”, de desafiar a si mesma, suas certezas e incertezas, de se arriscar todos os dias em um ambiente tão dinâmico em prol do bem-estar de outrem, enfim, de reinventar as nossas práticas e a nós mesmas enquanto pessoas e enquanto psicólogas.

Associado a isso, uma das conclusões que mais ressoa em mim a partir dos dados deste trabalho é que a maior potencialidade e, ao mesmo tempo, maior desafio de todos para o fazer da Psico-Oncologia é a própria relação terapêutica, é o próprio ser Psico-Oncologista no hospital, construindo a cada dia e a cada paciente um novo setting terapêutico, um novo espaço de cuidado e liberdade para a paciente e suas cuidadoras.

Em suma, ser Psico-Oncologista no hospital me parece agora uma daquelas aventuras que ficamos pensando e repensando se vale realmente a pena nos arriscar, mas que quando a decidimos nos arriscar a vivê-la, nunca mais seremos as mesmas e viveremos marcadas todos os dias das nossas vidas pelas lembranças boas e aquelas “não tão boas” vivenciadas nesse processo. E, nossa, como eu estou ansiosa, mesmo com o receio que vez ou outra insiste em aparecer, para me aventurar por esses corredores e relações construídas ao longo desse caminho.

4.1 Transformando-se em si mesma

Ao longo da escrita desta monografia, são diversas as conclusões construídas por e em mim a partir da conversação com Ayla e da análise dos dados. Contudo, até chegar a elas um longo percurso de questionamentos, inquietações e também certezas surgiram a partir desse encontro. Todo esse processo se deu porque sou apaixonada por esta área de atuação, e isso não é uma surpresa para ninguém que convive comigo, então, cada fala de Ayla sobre as potências ou dificuldades enfrentadas na atuação como Psico-Oncologista afetava a mim, minhas convicções e minhas fragilidades.

Por isso, para além de um Trabalho de Conclusão de Curso, essa pesquisa e escrita se tornaram uma válvula de escape para mim. Escape da vida corrida e de ter que lidar com o trabalho e com a faculdade ao mesmo tempo, escape das dúvidas que a graduação acabava por colocar na minha cabeça e acabou se tornando uma oportunidade de ter um contato maior e mais próximo daquilo que acredito ser a psicologia no âmbito do cuidado a paciente oncológica e da profissional que um dia eu almejo ser.

Por fim, sinto que esse problema de pesquisa e a própria pesquisa em si me transformaram, não em outra pessoa que descaracterizasse completamente quem eu era, ou me tornasse alguém semelhante a Ayla, ao invés disso, me transformou em uma nova versão de mim mesma, e, sendo sincera com você, considero essa é a melhor versão de mim até o momento presente. Digo isso, porque sei que muitas outras versões de mim ainda irão surgir através de outras experiências que irei vivenciar ao longo da minha vida e carreira e, como pontuado por Ayla em diversas falas, sei que elas irão repercutir em quem eu sou como pessoa e na minha prática enquanto Psico-Oncologista num futuro não tão distante.

5 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M.J.; SOARES, J. R.; MACHADO, V.C. Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. São Paulo: **Cad. Pesqui.** 45 (155),2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053142818>

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 mar. 2022.

ALMEIDA, R. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**, v. 13, n. 1, p. 94-106, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 mar. 2022.

AMARAL, M. Dimensão Subjetiva da Desigualdade Social: Vivências, Afetos e Significações da Formação em Psicologia da Prounista da PUCSP. São Paulo: **Pontífica Universidade Católica de São Paulo**, 2016.

AZEVEDO, A.V.S.; CREPALDI, M.A. A psicologia no hospital geral: Aspectos históricos, conceituais e práticos. Campinas: **Estudos de psicologia**, 2016.

BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M. G. M. Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: **Cortez**, 2015, 6 ed.

CARNEIRO, L.; ALCIRA, S. Psicodiagnóstico. In.:MELO E SOUZA, L. **Preparatório para residência em Psicologia 2019**, Salvador: Sanar, 2019

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. São Paulo: **Psicologia USP**, 2002, vol 13.

CARVALHO e VEIT. Psico-oncologia: definições e áreas de atuação. In em: **Temas em Psico- oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In. ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) **Psicologia da saúde** - um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000.

DOESCHER, A. M. L.; HENRIQUES, W. M. Plantão psicológico: Um encontro com o outro na urgência. Maringá: **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 4 p. 717-723, out./dez. 2012.

HUPSEL, T. M.; SCHNITMAN, L. V. Cap. 1 - Psicologia da Saúde: Constituindo um novo campo de saber. In.: TAKEI, R. F. (org). **Psicologia da saúde**: da atenção primária à atenção hospitalar. Salvador: **Sanar**, 2017.

HUPSEL, T. M.; SCHNITMAN, L. V. Cap. 6 - A psicologia na atenção terciária em Saúde: Hospitais. In.: TAKEI, R. F. (org). **Psicologia da saúde**: da atenção primária à atenção hospitalar. Salvador: **Sanar**, 2017.

HUPSEL, T. M.; SCHNITMAN, L. V. Cap. 7 - Temas específicos em Psicologia da Saúde: Oncologia. In.: TAKEI, R. F. (org). **Psicologia da saúde**: da atenção primária à atenção hospitalar. Salvador: **Sanar**, 2017.

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P.C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. Rio de Janeiro: **Ciênc. e Saúde coletiva**, 2013.

MONDARDO, A. H.; PIOVESAN, L.; MANTOVANI, P. C.. A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. Canoas: **Aletheia**, n. 30, p. 158-171, dez.2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 02 fev. 2022.

NERI, M. Psicologia hospitalar. In.: MELO E SOUZA, L. **Preparatório para residência em Psicologia 2019**, Salvador: Sanar, 2019.

PENNA, T, L. M. Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In. MELLO FILHO, J.; BURD, M. (org.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. p. 377-387.

SCANNAVINO, C. S. S. et al. Psico-oncologia: Atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. São Paulo: **Psicologia USP**, 2013, 24 (1), 35-53.

SEGRE, Marco, O conceito de saúde. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997.

SILVA, T. L. G. et al. Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. Porto alegre: **Revista Brasileira de Psicoterapia**, 2013;15(1):93-104

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. 8 ed - São Paulo: Casa do psicólogo, 2016. 200p.

STRAUB, R.O. **Psicologia da saúde**: Uma abordagem biopsicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2014. 400p.

TEIXEIRA, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica** [online], 3 (XXII), 441-448.

YANAMOTO, O.H.; TRINDADE, L.C.B.; e OLIVEIRA, I. F. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. São Paulo: **Psicologia USP**, 2002.

ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E. B. e BASTOS, A. V. B. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

6. ANEXOS

Anexo 1

Roteiro da Conversação

Trajetória como psicóloga:

Como você se tornou uma psicóloga hospitalar?

Como foi seu processo de formação para atuar nesse campo, considerando a graduação e formações posteriores?

Qual o momento que mais te marcou na sua trajetória como psicóloga hospitalar?

Afetações junto ao campo/Potencialidades e desafios

Como é um dia comum de trabalho no hospital? O que você faz?

O que você considera ser mais importante durante um atendimento?

Como é para você vivenciar uma situação sem possibilidade curativa e lidar com as perdas? Qual o caso que mais te mobilizou? Como você lidou com isso?

Quais seus principais desafios e potencialidades no trabalho como psicóloga hospitalar?

Técnicas e estratégias:

Qual referencial teórico orienta suas práticas?

Quais autoras/es apoiam sua formação como psicóloga hospitalar?

Quais as técnicas da Psicologia você mais utiliza na sua atuação?

Como você acolhe situações de óbito de um paciente? Quais técnicas você utiliza?

Como ocorre o trabalho em equipe na sua atuação como psicóloga hospitalar? Quais os desafios dessa relação? Quais os recursos?

Anexo 2**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu, _____, CPF _____, RG _____, declaro, através deste termo, que concordo em participar da pesquisa de campo para o trabalho de conclusão de curso intitulado “O que pode uma Psico-Oncologista no hospital?” desenvolvido pela discente Tainá Santos Oliveira do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo (UFRB). Afirmo estar ciente de que o presente trabalho tem como orientadora a professora Dra. Luane Neves Santos, a quem poderei recorrer, caso julgue necessário, através do contato _____ - Curso de Psicologia da UFRB - BA.

Declaro também que aceitei participar por livre e espontânea vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou bonificação e com o único objetivo de colaborar com os resultados e sucesso deste trabalho de conclusão de curso. Fui informada sobre o objetivo estritamente acadêmico desta pesquisa, a qual busca analisar e compreender quais as possibilidades e desafios do trabalho de uma Psico-Oncologista no âmbito hospitalar, as estratégias e técnicas para intervenção nesse campo.

Contudo, também estou ciente que posso interromper a realização da conversação a qualquer tempo, caso me sinta desconfortável com algum questionamento ou situação. Estou ciente que a comunicação com a discente ou orientadora pode se referir às dúvidas relacionadas à realização da pesquisa e/ou agendamento de outros encontros, caso haja necessidade.

Além disso, fui informada também que as informações construídas dialogicamente ao longo de nossos encontros estão subordinadas às normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos. Toda a minha participação e colaboração se fará anônima, sendo permitida a gravação e, posteriormente, transcrição da conversação desenvolvida com a finalidade única deste estudo. Terei também acesso livre às transcrições e gravações de nossa conversação. E, caso surjam dúvidas ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora e sua orientadora. A pesquisadora deste trabalho me ofereceu uma cópia assinada deste termo de consentimento. Por fim, fui informada que posso retirar minha participação neste estudo a qualquer momento, sem que isso provoque qualquer prejuízo a mim ou a minha imagem.

Santo Antônio de Jesus, 29 de abril de 2022.

Participante

Pesquisadora

Orientadora