



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JÉSSICA FEITOSA BACURAU

**A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

Juazeiro do Norte
2020

JÉSSICA FEITOSA BACURAU

**A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte
2020

JÉSSICA FEITOSA BACURAU

**A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

JOEL LIMA JUNIOR

Orientador(a)

INDIRA FEITOSA SIEBRA DE HOLANDA

Avaliador(a)

JOAQUIM IARLEY BRITO ROQUE

Avaliador(a)

A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Jéssica Feitosa Bacurau¹
Joel Lima Júnior²

RESUMO

Os Cuidados Paliativos teve sua origem a partir do movimento *hospice*, partindo de uma filosofia do cuidar sobretudo, a partir de dois elementos essenciais, que são o controle da dor e de outros sintomas presentes em fases avançadas de doenças crônico-degenerativas, e o cuidado com as várias dimensões que permeiam o ser humano, por exemplo, a dimensão espiritual, psicológica e social do indivíduo acometido por determinada patologia, bem como o cuidado de sua família. Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo a compreensão de como se dá o trabalho da Psicologia com pessoas em processo de cuidados paliativos, para que assim possa haver um trabalho mais qualificado por parte dessa categoria de profissionais para com os pacientes. O artigo foi realizado por meio de uma metodologia qualitativa exploratória e obteve como resultados a escassez de referenciais teóricos a respeito da atuação do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos, o que acarretou na implicação do objetivo geral deste, se tornando evidente que são necessárias mais pesquisas de cunho prático para que haja a compreensão de como se dá a atuação desse profissional diante da equipe desses cuidados.

Palavras-chave: Psicologia. Cuidados Paliativos. Más notícias.

ABSTRACT

Palliative Care originated from the hospice movement, starting from a philosophy of caring above all, from two essential elements, which are the control of pain and other symptoms present in advanced stages of chronic-degenerative diseases, and care with the various dimensions that permeate the human being, for example, the spiritual, psychological and social dimension of the individual affected by a certain pathology, as well as the care of his family. Therefore, the present research aims to understand how Psychology works with people in the process of palliative care, so that there may be a more qualified work by this category of professionals towards patients. The article was carried out using an exploratory qualitative methodology and obtained as a result the scarcity of theoretical references regarding the psychologist's performance in the Palliative Care team, which led to the implication of its general objective, making it evident that more research is needed of a practical nature so that there is an understanding of how this professional works before the care team.

Keywords: Psychology. Palliative Care. Bad news.

1 INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto de que a Psicologia é uma ciência que abrange a área da saúde, é necessário destacar a importância do papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos,

¹Discente do curso de Psicologia da UNILEÃO. Email: bacuraujessik@outlook.com

²Docente do curso de Psicologia da UNILEÃO. Mestrado em Ciências da Saúde UFRN. Email: joellima@leãosampaio.edu.br

sendo que esta equipe é multiprofissional. A compreensão do que seria “cuidados paliativos” é vasta e discutida por muitos autores, sendo que nesta produção serão citados alguns desses. Segundo Pessini e Bertachini (2006), a maioria desses autores concordam que no processo de cuidados paliativos, a equipe busca oferecer dentro das limitações do paciente submetido a este processo, uma qualidade de vida englobando todas as dimensões do ser, levando em questão que os acontecimentos durante todo o processo do adoecimento podem acarretar em um sofrimento intenso para o paciente, bem como para sua família.

Desta forma, o presente estudo pode ser justificado pela importância de destacar e valorizar as contribuições de autores que discorrem sobre o processo de cuidados paliativos frente ao exercício da Psicologia com o seu trabalho voltado para o público que faz uso desse serviço, tendo em vista, que hipoteticamente, várias pessoas irão passar por esse processo ao longo do desenvolvimento humano, portanto, é algo que deve ser estudado pela academia, visto a sua relevância social que também pode ser identificada a partir da presunção de que seja importante que o profissional de psicologia possa ter outros tipos de visões que possibilite ao mesmo, trabalhar em Cuidados Paliativos. Ressalta-se ainda, que o desejo pelo o presente tema surge após a pesquisadora cursar uma formação em Psicologia Hospitalar.

Este artigo teve como objetivo geral compreender como se dá o trabalho da Psicologia com pessoas em processo de cuidados paliativos, para que assim possa haver um trabalho mais qualificado por parte dessa categoria de profissionais para com os pacientes.

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo exploratório que de acordo com Flick (2009), é um método de pesquisa que visa à importância das relações sociais, a qual possui aspectos essenciais que se consolidam na escolha apropriada de métodos e teorias, na aprovação e na análise de diversas perspectivas, bem como a visão dos autores e o seu modo de produzir conhecimento. Tendo como descritores: “cuidados paliativos”, “psicologia hospitalar”, “hospital”, “hospital e interdisciplinaridade” e entre outros. As obras analisadas foram encontradas em bases de dados físicas e virtuais, como na biblioteca eletrônica científica online Scielo e Google Acadêmico.

Assumindo papel acadêmico, no que tange o aumento do arcabouço teórico sobre o tema, visto que este assunto é pouco falado ao longo da formação em psicologia. A partir desse estudo se potencializará a relação profissional-paciente, pensando na conduta ética do profissional inserido aquela equipe. Pensando nesse contexto, é justamente aí onde entra a implicação enquanto pesquisadora, sendo um assunto que sempre foi mobilizador, e que ao mesmo tempo que causa angústia pela escassez de produções, gera vontade de conhecer e compreender os fenômenos nos quais o tema permeia.

2 BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Etimologicamente falando, a palavra hospital tem em sua origem o termo latino *hospes* que quer dizer hospedeiro ou até mesmo hospede, segundo o Ministério da Saúde em seu departamento nacional de saúde, onde é discorrido sobre a história e evoluções dos hospitais. De acordo com Campos (2010), a busca por atendimento em uma instituição hospitalar é algo que se tornou comum e almeja-se que ao procurar esse serviço tenha uma equipe diversificada, isto é, multiprofissional, para que quem procura possa encontrar recursos que lhe favoreça com eficiência. Cada localidade busca ter seu próprio hospital e deseja que essa organização venha fazer parte da rotina da população, quando esta vier a precisar do serviço, mas historicamente percebe-se que nem sempre a Instituição Hospitalar existiu da maneira que se encontra atualmente, portanto se faz necessário abordar seu histórico evolutivo ressaltando além de seus aspectos históricos, os aspectos sociais, econômicos e políticos.

Lima Gonçalves e Borba (1983 e 1985 *apud* CAMPOS, 2010) tratam dos aspectos sociais, o que já pode ser entendido também como parte dos aspectos históricos. Eles exprimem que o hospital era um ambiente onde, além de pessoas doentes, se hospedavam viajantes e peregrinos, e logo mais tarde essa instituição se torna abrigo de pessoas insanas, a qual passa a se chamar de *hospitium*, isto é, hospício. Esses ainda afirmam que o hospital tinha em sua função servir como depósito, no qual havia aglomerados de pessoas doentes sem recursos financeiros, sendo que a finalidade desse espaço possuía um cunho mais social do que terapêutico. Desse modo, é possível verificar que o Hospital surgiu no ano de 360 d.C. Ou seja, o percurso do hospital é contado a partir de Cristo recebendo intervenções diretas da religião cristã, visto que um dos dez mandamentos cristãos é “Amar ao próximo como a si mesmo”, foi a partir daí que o indivíduo passou a compreender a pessoa enferma como alguém que precisava de ajuda, deixando de lado o que antes lhe predominava que seria a necessidade de afastar-se de pessoas enfermas e deficientes.

Nesse mesmo período, em concordância com o documento fornecido pelo o Ministério da Saúde, o qual foi citado anteriormente, nasceu em Óstia, cidade italiana, a primeira organização assistencial denominada hospital, tendo em sua função à tarefa básica de reestabelecer a saúde por meio de tratamentos, os quais eram limitados de acordo com as condições tecnológicas do referido tempo. Nesse primeiro momento da história do hospital, os profissionais que ali atuavam, tinham mais conhecimento sobre os pacientes do que a própria enfermidade que lhes acometia.

Adentrando nos aspectos econômicos e políticos que acompanharam este processo de evolução, é possível perceber que longos anos depois, o hospital deixa de ser instituição de assistência calcada no Cristianismo e passa a ser responsabilidade e obrigação social do Estado, que fundou e manteve espaços como esses após o estabelecimento da política democrática. A partir disso, a administração pública tomou o cargo de assistência médica em contextos hospitalares públicos, mas os espaços privados ainda se faziam presentes, Brasil (1965).

Na atualidade, Feuerwerker e Cecilio (2007), apontam que o hospital é um equipamento de saúde, mas não somente isso, é uma organização onde se pode entender como complexa devido a esta ser atravessada por interesses que ocupam um lugar crítico no que concerne a prestação de serviços de saúde, lugar este onde os profissionais atuantes constroem uma identidade de reconhecimento social prestigiado. Não bastando a isso, ainda afirmam que a Instituição Hospitalar atravessa um processo de redirecionamento pelo o fato do âmbito privado e público se encontrarem em discussão sobre o seu lugar na produção de cuidado envolvendo qualidade no serviço e controle de custos.

Atualmente, o hospital faz parte de níveis da formação em saúde, onde além das especialidades médicas e afins, traz um conjunto de possibilidades que saem do modelo médico (como por exemplo, pensar em gestão e educação aplicada a esse contexto), todo um ambiente e uma preparação que dita muito mais sobre qualidade de vida, do que eliminação de um sintoma (VERAS, 2001).

Por isso, tendo em vista essa condição contemporânea, e construção daquilo que seria saúde mental dentro do hospital, se recorre a Foucault (1961), já que sua intenção foi de entender como a loucura passou a ser objeto de um discurso, o que tornou possível a existência deste objeto particular e dos conceitos e métodos específicos da psiquiatria moderna, o que nesse sentido dá vazão para pensar e questionar se a formação hospitalar contemporânea teria condições de romper com abuso do corpo do outro, e nesse caso se tratando de cuidados paliativos e saúde mental, esta condição pode ainda ser melhor detalhada.

3 OS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com Ferreira *et all* (2014), é possível entender saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não somente a ausência de doenças, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, tal conceito vem sendo debatido entre

alguns autores como sendo uma utopia. Outra visão do conceito de saúde pode ser tratada a partir da conceituação do autor francês C. Dejours (1986) que também faz crítica ao conceito dado pela OMS. Este relata que há dois motivos para uma crítica a esse conceito, a primeira razão seria a impossibilidade de definição do que viria a ser esse “bem-estar completo” deixando o conceito vago. A segunda crítica que ele faz a respeito de determinado conceito se refere a não existência desse “bem-estar pleno”. Então Dejours (1986 p.03) refere-se à saúde como sendo:

Tenderíamos a dizer que a saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido. Não se trata de um estado de bem-estar, mas de um estado do qual procuramos nos aproximar: não é o que parece indicar a definição internacional, como se o estado de bem-estar social, psíquico fosse um estado estável, que, uma vez atingido, pudesse ser mantido. Cremos que isso é uma ilusão e que simplesmente é preciso, e já é muito, fixar-se ao objetivo de se chegar a esse estado.

De acordo com Canguilhem (2009), o processo de doença não pode ser reduzido apenas por condições fisiopatológicas alteradas, pois o estado de doença pode ser estabelecido pelo o sofrimento subjetivo do corpo que padece, ou seja, que adocece fazendo com que a pessoa doente não consiga atingir as expectativas do que é considerado normal.

Para compreender melhor o processo de adoecimento se faz necessário citar Reis *et al* (2018), esses autores ressaltam que este processo é circundado por ideias errôneas, ou seja, por estereótipos, e que também é comum que esse processo seja sempre associado a ideia de dor e sofrimento. Complementar a isso, é possível citar Canguilhem (2009), o mesmo aponta reflexões acerca do processo de “estar doente”, indicando uma desvalorização do ser adoecido, onde há uma perda do próprio valor apontando para uma questão nociva no que concerne ao individual e ao social.

Logo que se pensa no adoecer, é imprescindível mencionar o cuidar, Roselló (2009) discute sobre o cuidar e os seus significados a partir de diversas perspectivas, no entanto, a pesquisa em questão irá se ater somente ao termo em seu sentido referente a saúde, em que este tem um significado fundamentalmente pessoal, remetendo a ação de cuidar estritamente aos seres humanos deduzindo que o cuidar do indivíduo é extremamente complexo e se difere do cuidar das coisas, dos objetos. Mais ainda, ele menciona que o cuidado deve ser de acordo com as necessidades da pessoa que precisa, sendo de maneira singular, integral, livre, para além do físico e pluridimensional.

Posterior a discussão sobre o que seria saúde, o adoecer, na perspectiva do processo de adoecimento e sobre o cuidar, torna-se mais confortável dissertar sobre a história e conceitos

segundo alguns autores no tocante aos Cuidados Paliativos. E para melhor entendimento sobre a história dos Cuidados Paliativos, é essencial mencionar o termo *hospice*, que segundo Pessini e Bertachini (2005), se define como sendo mais que um lugar do cuidado, tratando então de uma filosofia e movimento de cuidados a pacientes que se encontram em situação de baixas expectativas de vida.

De acordo com os autores citados a cima, desde o início do século XIX houve significativos avanços no que diz respeito aos cuidados com pacientes que hoje se denominam como pacientes com prognóstico desfavorável, e esses avanços se deram basicamente pela liderança de algumas mulheres que merecem ser mencionadas, Jeanne Gariener, na França, Mary Aikenhead, na Irlanda e Rose Hawthorne, nos EUA. Desse modo, elas podem ser consideradas como pioneiras no que concerne ao movimento de *hospice*. Todas seguindo um objetivo em comum, que era de cuidar de pessoas que estavam morrendo, mais especificamente de pessoas menos favorecidas.

O primeiro marco que diz respeito à história dos Cuidados Paliativos de modo estruturado e alinhado a pesquisa e formação, foi por meio de Cicely Saunders no séc. XX, ela foi médica, enfermeira, assistente social e escritora, que dedicou parte de sua vida aos Cuidados Paliativos. Ela teve um paciente que se encontrava com câncer em seu estágio terminal, em Londres em meados dos anos 1950. Ela teve o objetivo de conduzir o processo de controle da dor e de outros sintomas do referido paciente. Sendo assim, Saunders, após algumas experiências, pôde observar que a finitude da vida estava sendo ofuscada do prognóstico, além da maneira de lidar com a morte, que desde então era negada pela sociedade. A partir disso Saunders criou o programa de Cuidados Paliativos domiciliários, originando-se o primeiro *hospice* na cidade que passou a chamar-se Christopher's Hospice, de acordo com Rodrigues (2018).

Diante da discussão anterior, é possível perceber que o conceito de Cuidados Paliativos teve sua origem a partir do movimento *hospice*, assim como dizem Pimenta, Mota e Cruz (2006), partindo de uma filosofia do cuidar sobretudo, a partir de dois elementos essenciais, que são o controle da dor e de outros sintomas presentes em fases avançadas de algumas doenças, e o cuidado com as várias dimensões que permeiam o ser humano, por exemplo, a dimensão espiritual, psicológica e social do indivíduo acometido por determinada patologia, bem como de sua família. Passando então de uma ênfase do curar para o cuidar com o objetivo de atender as necessidades da pessoa doente até o final de sua vida.

Etimologicamente falando, o termo cuidados paliativos pode ser entendido a partir da compreensão da palavra *pallium* que é um termo em latim que significa cobrir, amparar e

manto, desse modo abrindo uma perspectiva para a essência dos Cuidados Paliativos que conforme os autores Pessini e Bertachini (2006), pode ser entendida a partir de:

(...) aliviar os sintomas, a dor e sofrimento em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final, objetivando o paciente em sua globalidade de ser e aprimorar sua qualidade de vida. Etimologicamente significa promover um manto para aquecer “aqueles que passam frio”, uma vez que não podem ser mais ajudados pela medicina curativa.(PESSINI; BERTACHINI, 2006 p. 13).

Vale ressaltar que esses mesmos autores apontam que o conceito de Cuidados Paliativos foi evoluindo com o passar do tempo e atualmente são oferecidos logo no início de uma determinada doença que pode ser entendida como incurável.

Citado o conceito de Cuidados Paliativos, é imprescindível mencionar o que a OMS diz a respeito desses, de acordo com Pessini e Bertachini (2006), a OMS em 1990 definiu como sendo cuidados paliativos o cuidado integral e ativo a pacientes acometidos por doenças as quais já não respondem mais ao tratamento curativo, de modo que esse cuidado possa controlar a dor e os demais sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual de forma prioritária, sendo que estes cuidados tem como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos familiares que o acompanham no processo de adoecimento.

Carvalho *et al* (2018) relatam que em 2002 a OMS definiu alguns princípios fundamentais dos Cuidados Paliativos, em suma, foram 10 princípios de atuação os quais serão relatados resumidamente a seguir: promoção do alívio e manutenção do nível de dor e de sintomas que causam sofrimento; afirmação da vida e enfrentamento da morte como um processo do desenvolvimento humano, ou seja, como algo natural, não a prolongando ou adiando ou até mesmo abreviando tal evento; nos cuidados envolver de modo integral os aspectos psicológicos e espirituais do paciente; ofertar apoio com o objetivo de ajudar o paciente a viver o mais ativamente possível até o dia e momento de sua morte; durante o processo de doença e após a morte, manter uma rede de apoio à família enlutada; atuar de maneira multidisciplinar para que haja uma abordagem integral ao sujeito que padece e a sua família, englobando a assistência ao luto caso seja necessário; buscar aprimorar a qualidade de vida conforme a evolução da patologia, bem como incluir os cuidados paliativos no início da doença e terapias que possam prolongar a vida e por fim, inserir investigações diagnósticas para melhor atuação profissional no que se refere as complicações que possam vir a gerar sofrimento.

No presente estudo, foram encontrados dados de 2014 citados por Rodrigues (2018), onde a mesma relata que após a 67ª Assembleia da OMS ocorreu à elaboração de um documento no qual se amplia a compreensão sobre os princípios dos Cuidados Paliativos, que consiste em compreender o cuidado ao paciente desde o diagnóstico até o pós-morte, passando a dar igual atenção durante esse processo compreendendo o cuidado ao longo da vida, a autora ainda afirma que há uma integralidade no cuidado voltando-se para a pessoa em si e não somente para a patologia em questão.

Em virtude dos fatos citados, é possível compreender que é necessária uma discussão sobre saúde, cuidado e adoecimento antes de adentrar no que se denomina como Cuidados Paliativos para que assim seja possível a compreensão deste. É importante mencionar também que o processo de adoecimento como citaram Reis *et al* (2018) é permeado por pré-conceitos que necessitam ser desmistificados. E que Cuidados Paliativos é uma área do conhecimento bastante vasta e importante para aqueles que padecem nos últimos momentos de vida.

Desse modo, fica clara a notabilidade do que são os Cuidados Paliativos e de que são necessárias outras discussões a respeito do tema, com a finalidade de abordá-lo de modo que possa haver uma compreensão melhor do assunto, mas não um esgotamento. Para isso, posteriormente, serão tratados nessa pesquisa os entrelaçamentos que os Cuidados Paliativos têm no que diz respeito à interdisciplinaridade.

4 CUIDADOS PALIATIVOS E INTERDISCIPLINARIDADE

A partir da conceituação sobre o que são os Cuidados Paliativos, pode-se perceber que o cuidado oferecido ao paciente que precisa desse serviço por ter a sua vida ameaçada, precisa ser de forma que abranja seus aspectos sociais, psicológicos e espirituais, portanto, depreende-se que o cuidado deve ser de modo integral. Diante disso, é necessária a compreensão de que apenas uma especialidade profissional não abarcaria esse cuidado, sendo assim é preciso que o cuidado seja oferecido por meio de uma abordagem interdisciplinar que favoreça um elo entre uma especialidade e outra, para que haja uma boa comunicação.

Desse modo, citar Matos, Pires e Campos (2009) se faz necessário. Eles fizeram um estudo de cunho qualitativo para investigar as relações de trabalhos em equipes interdisciplinares, no qual o foco desses foram duas equipes de saúde em dois hospitais públicos da região Sul do Brasil, uma equipe de Cuidados Paliativos e outra de cuidados ao idoso.

Os autores supracitados apontam que devido à grande divisão existente do conhecimento é possível perceber que houve um avanço, mas também certo isolamento das disciplinas, o que faz com que a interdisciplinaridade fique no topo das discussões no que diz respeito ao desenvolvimento da ciência e das práticas sanitárias e na área da saúde não é diferente, esse debate tem aberto uma discussão vasta tanto no tocante a produção acadêmica quanto na prestação de serviços a saúde. Segundo os mesmos autores, embora essa discussão seja bastante presente, há muitas dificuldades em relação a prática da interdisciplinaridade nos serviços de saúde, presumindo-se que o trabalho em equipe interdisciplinar se constitui através de uma nova forma de se relacionar no que concerne a hierarquia institucional, a relação entre um profissional e outro e a relação do profissional para com os usuários do serviço.

A respeito disso, Matos, Pires e Gelbcke (2012) apontam que a abordagem interdisciplinar faz com que haja um diálogo articulado entre as disciplinas e os profissionais que compõem tal equipe, favorecendo um acompanhamento diferenciado a quem faz uso de determinado serviço, além de aproximar-se de uma proposta de integralidade, desse modo há uma facilidade nas trocas de conhecimentos e uma maior possibilidade de diálogo de maneira horizontal entre os profissionais, distanciando-se assim do modelo tradicional hierárquico em saúde.

A partir disso, Sousa e Carpigiani (2010) relatam que os Cuidados Paliativos têm como um de seus principais atributos a desmistificação e desconstrução do que seria a morte, e na atuação da equipe do serviço citado o trabalho em equipe interdisciplinar também pode ser um aspecto ressaltado ao mesmo tempo em que o paciente deve ser atendido de modo que haja uma compreensão de todos os seus aspectos e para que isso seja possível é necessária uma gama de profissionais.

Para enfatizar melhor essa questão, Hermes e Lamarca (2013), exprimem que a equipe de Cuidados Paliativos é multiprofissional, pois o cuidado deve abranger todos os aspectos da pessoa doente e isso pede que os profissionais complementem seus saberes e conhecimentos entre si, não somente o conhecimento, mas também a responsabilidade para que os eventuais problemas sejam solucionados em conjunto. Esses autores também mencionam que os saberes e conhecimentos técnicos dos profissionais, nunca são completos e inacabados carecendo serem complementados e isso se dá a partir do entendimento de que o paciente é multifacetado, possuindo suas esferas psicológicas, sociais, biológicas e espirituais, devendo então ser acolhido em todas elas.

Neste sentido, Silveira, Ciamponi e Gutierrez (2014), declaram que para haver um atendimento satisfatório no que diz respeito aos Cuidados Paliativos é preciso que haja uma equipe interdisciplinar e interprofissional para atender as necessidades de quem padece com a doença em si e da família que o acompanha, de modo que haja uma complementação e junção de saberes afim de promover excelência no atendimento. Para a obtenção do sucesso da equipe na prestação desse serviço, é primordial que a saúde mental de cada componente esteja preservada, de forma que possa resultar em benefícios para esses profissionais, bem como a qualidade dos serviços em questão para o paciente e sua família.

5 A COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Para o êxito do trabalho em equipe, um ponto de extrema importância, é a qualidade da comunicação entre os membros da equipe. De acordo com Pessini e Bertachini (2006), a comunicação pode ser entendida a partir de um processo onde se implicam muitos sujeitos e não pode ser entendido como um mero “passar de informações”. No processo de comunicação é necessário haver uma percepção recíproca com a finalidade de apoiar quem por muitas vezes pode receber uma informação dolorosas, esse apoio pode ser primordial até mesmo para o enfrentamento do estresse causado por fatores que permeiam o espaço onde o serviço funciona.

Esses mesmos autores falam a respeito da comunicação entre pacientes e familiares que por muitas vezes pode ser permeada por conflitos devido à ausência desta, o que pode ocasionar em ressentimentos e até mesmo em complicações do processo de Cuidados Paliativos. No que tange a comunicação, é passível de percepção que esse processo pode envolver vários aspectos que vão para além da fala, como por exemplo, olhares, gestos, afetos e até o silêncio, diante disso Rodrigues (2018 p.86), menciona:

Comunicação efetiva, harmoniosa e centrada nas necessidades do doente auxilia no controle dos desconfortos físicos, permite o acolhimento emocional e da angústia espiritual, minimiza o sofrimento e auxilia o doente e os familiares a percorrerem o processo de se desligarem uns dos outros, e de desligar o doente da vida. Boa comunicação não se resume a aprender algumas técnicas ou gestos. É um processo de reflexão e amadurecimento pessoal. Aprender a escutar e a falar, a dar más notícias e manter-se parceiro, compreender que cuidadores e doentes podem cuidar um do outro, podem autocuidar-se e serem cuidados e reconhecer e aprender a lidar com a angústia que a fase final da vida traz são aspectos básicos para a boa comunicação em cuidados paliativos.

Para corroborar com essas palavras tem-se as implicações de Carvalho *et al* (2018) que citam que a habilidade de se comunicar pode ser de maneira verbal e não verbal, e que os profissionais que compõem a equipe de Cuidados Paliativos, necessitam de aperfeiçoamento frente a essa tal habilidade para a realização de um bom trabalho. Ainda citam que feita uma programação no que tange a assistência prestada a pessoa doente, vem sendo vista com relação a resultados promissores para ele e sua família. No entanto, alegam que há limitações entre a comunicação de profissionais para o paciente, podendo ocorrer discussões acerca do prognóstico da pessoa doente, sem a participação do processo comunicativo e a partir disso tomam decisões sem o conhecimento dos desejos da pessoa acometida por determinada doença.

A partir dos argumentos acima, é notório que a comunicação é algo primordial dentro da equipe de Cuidados Paliativos, sendo que esta pode ser entendida como base de uma relação de ajuda, de acordo com Rogers (2009). Diante do que citaram os autores, foi possível visualizar em suas obras que há déficits no que se refere à comunicação em Cuidados Paliativos, seja por dificuldades comunicativas entre profissionais e pacientes, como apontam Carvalho *et al* (2018), seja entre o paciente e a família, de acordo com Pessini e Bertachini (2006).

De acordo com as implicações de Silverio (2011), é preciso dar espaço para se pensar na comunicação de más notícias, para isso é necessário a explicação do termo, que por sua vez diz respeito à interlocução entre o profissional de saúde e o paciente e seus familiares, com a finalidade de repassar uma notícia difícil, que por muitas vezes pode estar associada a um diagnóstico de doença crônica ou até mesmo a comunicação de impossibilidade de cura de determinada doença, o que pode vir a ameaçar a vida da pessoa em questão. É necessário que a comunicação esteja atrelada junto à informação, esta pode orientar ao paciente e a sua família como lidar com o novo que vai para além do diagnóstico ruim, mas que perpassa a linha do cuidado.

É pertinente considerar que em algum momento o profissional de saúde irá se deparar com essa situação complexa e delicada e para isso foi sistematizado e organizado um protocolo com a finalidade de esclarecer como o profissional (mais especificamente o médico) deve agir nos casos de comunicação de más notícias, esse protocolo foi nomeado Spikes e foi construído por Baile *et al* (2000), esse consiste em seis etapas descritivas de como dar uma notícia desfavorável.

Em linhas gerais, a **primeira etapa** se refere ao preparo do profissional para o encontro com o paciente. Nesse primeiro momento, é importante que o profissional se

mantenha calmo, busque um lugar com privacidade, solicite o acompanhamento de pessoas importantes para o paciente, sente-se, tente se conectar ao sujeito que padece e saiba lidar com as interrupções que possam surgir naquele momento. A **segunda etapa** pode ser entendida a partir da avaliação da percepção do paciente, isto é, buscar fazer perguntas claras e objetivas com a finalidade de saber até onde o paciente está informado sobre o seu quadro. Já a **terceira etapa** diz respeito ao convite de diálogo feito ao paciente e a identificação sobre se aquele paciente quer estar a par dos detalhes do seu diagnóstico e prognóstico ou se prefere que algum familiar seja informado e tome as decisões a respeito. (BAILE *et al*, 2000).

A **quarta etapa** se refere à transmissão de informações, é necessário que nesse momento o profissional utilize de palavras claras e sem teor técnico para a absoluta compreensão dos que recebem a notícia, é preciso também que durante isso o profissional faça com que o paciente possa visualizar as possibilidades de tratamento e cuidado que possa haver. Após isso, se tem a **quinta etapa** que concerne na abordagem das emoções emitidas pelo o paciente naquele momento, essas podem variar desde a raiva até a negação, desse modo cabe ao profissional oferecer apoio ao paciente. Por último há **sexta etapa**, essa está ligada ao estabelecimento de estratégias e é importante questionar o paciente sobre se aquele momento é o melhor para o desenvolvimento de estratégias. Essas estratégias dizem respeito ao plano de tratamento ou cuidado e como isso pode se proceder. (BAILE *et al* 2000).

Após a compreensão do Protocolo Spikes é preciso adentrar e discutir sobre as dificuldades dos profissionais em transmitir más notícias, dessa forma, Silva (2012) faz provocações sobre se essas notícias são para os profissionais algo que se remete aos próprios desafios desses acerca da morte, da finitude em si. Logo mais ela aponta que nesse processo de transmissão de notícias indesejáveis é necessária a compreensão de que não há uma técnica rígida a ser seguida, pois cada situação é única e o modo de transmitir essa notícia pode variar em função da idade, sexo e vários contextos que permeiam a pessoa que irá receber o comunicado, devendo ser também uma maneira única. Portanto, é exigido do profissional uma flexibilidade no que concerne a utilização de métodos, tendo como finalidade a adaptação desses com o quadro geral do paciente doente.

Diante disso, é possível visualizar que a comunicação de más notícias é um processo permeado por aspectos que exigem do profissional uma comunicação para além da verbal, desse modo cabe citar as implicações de Bifulco e Caponero (2016), onde esses relatam que o cuidar pode abranger aspectos opostos e que pode vir acompanhado pelo o estresse do profissional de saúde, sendo que este pode ser percebido de modo que não seja demonstrado através da fala, mas por comportamentos.

Complementar a isso, é preciso citar Silva (2012) que por sua vez trata de relatar sobre a dificuldade em perceber a dor e o sofrimento e que é menos complexo o profissional ser objetivo, no entanto, na referida circunstância das más notícias, são os sentimentos que podem designar se a transmissão em si da má notícia é boa ou não. Dessa maneira exigindo do profissional a demonstração de sentimentos de amparo, consideração, empatia e solidariedade. A autora também afirma que essa comunicação não verbal, pode ser aprendida ao mesmo tempo em que pode ser também ensinada.

6 PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS

Como dissertado anteriormente, a equipe de Cuidados Paliativos é composta por profissionais de várias especialidades, devido a esse programa tratar do ser humano de modo integral, logo, cabe citar as implicações que a Psicologia tem perante a essa área, bem como para os que usufruem dos Cuidados Paliativos.

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) na sua última atualização em 2019, a prática do Psicólogo na equipe interdisciplinar pode se dá a partir da articulação entre teoria e prática de acordo com a abordagem teórica deste, é a partir disso que irá se concretizar e definir a identidade do psicólogo inserido neste programa.

Nesse mesmo manual é possível compreender que o fazer do profissional de Psicologia vai além do cuidado com a pessoa que é acometida pela condição de impossibilidades de estratégias curativas e perpassa para a família deste, bem como para a equipe interdisciplinar, onde nesta última citada, o trabalho precisa ser harmônico para que assim seja favorável a troca de conhecimentos com os outros profissionais que compõem essa mesma equipe, dessa forma é necessário que o psicólogo tenha ciência das limitações do seu fazer e saiba das possibilidades que este mesmo possui, mantendo-se afastado do modelo médico. Também é citado que para a ampliação do conhecimento desse profissional a respeito dos Cuidados Paliativos, é necessária uma formação nessa área, essa pode possibilitar e contribuir para que haja uma sintonia no trabalho em equipe.

Gonçalves e Araújo (2016) relatam que a prática a qual a Psicologia exerce, denota promoção a saúde e propõe a qualidade de vida, tendo o ser humano como objeto de estudo, aceitando este de maneira incondicional com a finalidade de promover junto ao mesmo a sua autonomia. Deste modo, os autores citados, apontam que a realidade atual exige que haja uma amplitude maior no que se refere às práticas que buscam cuidar do indivíduo no

final de sua vida com o objetivo de qualificar mais ainda esse cuidado, desta maneira, os mesmos afirmam que o profissional de Psicologia é um agente ativo que pode atuar no que concerne à amenização do sofrimento, podendo ser apontado que esse profissional pode contribuir de forma significativa no processo do morrer.

Ainda sobre a prática psicológica, os autores salientam que para que esta possa se concretizar de fato, é necessário que antes o profissional de Psicologia possa criar e estabelecer um vínculo com o paciente que se encontra com o prognóstico desfavorável, com o objetivo de desmistificar o que é o morrer e também para trabalhar o possível desejo de imortalidade para que assim possa haver a resignificação sobre o final do desenvolvimento humano que é a morte, sendo este último ponto, um fator imprescindível para o trabalho do psicólogo. Desse modo, o fazer do profissional em questão, inserido na equipe de Cuidados Paliativos, precisa de um olhar mais atento para a linguagem simbólica e para o que não é dito, mas expressado por meio de gestos, por exemplo.

A fim de contribuir a respeito do exercício do psicólogo nesse contexto, os autores Rezende, Gomes e Machado (2014), exprimem que essa especialidade denominada como Cuidados Paliativos, demanda do psicólogo um fazer voltado para a amplitude e facilitação do entendimento da pessoa que está fora de alcance de possibilidades de cura a respeito do estado em que ela se encontra que é o estado final do desenvolvimento humano, além disso cabe a esse profissional, favorecer conforto para a pessoa doente que pode expressar suas angústias, assim, o psicólogo deve respeitar o período temporal que a compreensão do final da vida exige daquele que padece.

Sobre a ação do psicólogo, ainda de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos disponibilizado pela ANCP (2019), essa é reconhecida de modo que este programa estabelece que seja preciso um cuidado com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do indivíduo, pois estes estão diretamente ligados a dor, não somente a dor física, mas também a dores que vão além da noção do corpo. Sendo assim, o acompanhamento desse profissional no tocante ao serviço paliativo se faz necessário desde o início do diagnóstico.

A partir do que fora mencionado a respeito do papel da Psicologia, como também da prática do psicólogo no que se refere aos Cuidados Paliativos, é preciso ser citado também às limitações e os desafios que esse profissional pode se deparar na sua atuação diante dessa área. Logo, é necessário citar que durante a pesquisa sobre esse assunto, foram encontrados poucos materiais a respeito, o que pode ser considerado como um dos desafios dessa prática, ou seja, poucos estudos voltados para a Psicologia quanto ciência atuante nos Cuidados Paliativos.

Como mencionam Bertan e Castro (2009), a causa desse déficit pode ser relacionada ao fato de que na Inglaterra, onde se tem Londres como sua capital que por sua vez é o berço da filosofia dos Cuidados Paliativos, a participação do psicólogo é inexistente na equipe que fornece esse serviço, o que pode acarretar em um descompasso no que tange a inserção do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos pelo o restante do mundo, assim como a escassez de arcabouço teórico referente a esse assunto como citado anteriormente.

No entanto, o que pode ser considerado um desafio para o exercício do psicólogo atuante no contexto dos Cuidados Paliativos é encarar a dificuldade dos outros profissionais da equipe de comunicar o diagnóstico a família ou ao paciente, desse modo, segundo Domingues *et al* (2013), cabe ao profissional de Psicologia atuar de forma que possa mediar a relação dos profissionais com o paciente e a família deste, uma vez que o médico pode não saber conduzir a situação por questões de insegurança, diante disso, o psicólogo pode agir de forma decisiva auxiliando esse profissional na comunicação evitando possíveis conflitos que possam surgir perante a essa condição que a finitude impõe ao ser humano.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos elementos encontrados no presente estudo, é possível visualizar que para chegar a um conceito a respeito dos Cuidados Paliativos, antes foi necessário que a instituição hospitalar se estabelecesse quanto local do cuidado passando por transformações históricas que foram e são permeadas por contextos sociais, políticos e econômicos. Logo, foi preciso entender em qual sentido de saúde poderia se encaixar o que se tem como Cuidados Paliativos, sendo perceptível que este deve abarcar os aspectos sociais, espirituais e psicológicos daquele que se encontra sem perspectiva de possibilidades de cura, assim como o cuidado para com a família deste.

Logo, se percebe que há uma preocupação em mencionar o trabalho da equipe de Cuidados Paliativos que por sua vez acontece de modo interdisciplinar e conseqüentemente se dá por meio do empenho de uma gama de profissionais, sendo que estes precisam ter uma comunicação harmoniosa entre si para que assim possam auxiliar no momento em que for preciso a comunicação de más notícias para quem se encontra nos cuidados desse programa, visto que a terminalidade pode ser angustiante e encarar essa pode levar a um processo doloroso para o paciente como para sua família. A partir disso, entram em questão as contribuições do profissional de Psicologia que atua auxiliando ao paciente e a sua família a lidar e a elaborar o processo de morrer e entender que este adeus pode ser de forma elegante e

digna. Este profissional atua também mediando à relação dos outros profissionais com o paciente.

Diante do exposto, cabe citar que durante a construção do artigo, notou-se que são poucos os referenciais teóricos a respeito da atuação do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos, o que acarreta na implicação do objetivo geral desta, se tornando evidente que são necessárias mais pesquisas de cunho prático para que haja a compreensão de como se dá a atuação desse profissional diante da equipe desses cuidados. Desse modo, percebe-se que o intuito desta não é o de esgotar os assuntos a respeito da prática do psicólogo na equipe que cuida das pessoas que são diagnosticadas com doenças crônico-degenerativas, mas de explicar mais sobre isso.

Também se percebeu que foram encontrados mais referenciais teóricos envolvendo os Cuidados Paliativos no que diz respeito ao seu exercício com pacientes oncológicos, sendo essas pesquisas articuladas ao profissional de enfermagem, o que faz com que a ideia de se ter mais pesquisas em outros contextos, seja reforçada. Outra inquietação que surgiu durante a realização do presente estudo, foi a falta de uma política pública que regule os Cuidados Paliativos aqui no Brasil.

REFERÊNCIAS

BAILE, F. Walter: *et al.* Spikes - Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. **Oncologist**, EUA, v.5, n. 4, p. 302-311, 2020.

BERNO, F. Cruz; CASTRO, E. Kern: Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Rev. Psico**, São Leopoldo, v. 40, n. 3, p. 366 – 372, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5550/4805>. Acessado em 20 jun. 2020.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 20, n. 29, 2007.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?**. 1ª ed. São Paulo: Paulo: Paulus, 2006.

BIFULCO, A. Vera; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados paliativos: conversando sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri: Minha Editora, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf . Acesso em 9 mai. 2020.

CAMPOS, Terezinha CailPadis. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. 5. Ed. São Paulo: E.P.U, 2010.

CARVALHO, T. Ricardo, et all. **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2018.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, 1986.

DOMINGUES, Glauca Regina et al . A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 21 jun. 2020.

FERREIRA, D. Carvalho, et all. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. **Rev. Brasileira de educação médica**, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 21 jun. 2020.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso. Acessado em 09 mai. 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GANGUILHEM, George. **O normal e o Patológico**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2009.

GONÇALVES, J. Edimar. **O psicólogo e o morrer: como integrar a Psicologia na equipe de Cuidados Paliativos numa perspectiva fenomenológica existencial**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, Ceará, 2016.

HERMES, H. Ribeiro; LAMARCA, I. C. Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2577-2588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso. Acessado em 29 Mai 2020.

LANGE, Eliane Soares Neves. **Contribuições a Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas**. São Paulo: Vetor, 2008.

MATOS, Eliane; PIRES, D. E. Pires; CAMPOS, G. W. Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010&lng=en&nrm=iso. Acessado em 21 Jun 2020.

NUNES, V. Luana. O papel do Psicólogo na Equipe. In: Carvalho, T. Ricardo; Parsons, A. Henrique (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Academia de Cuidados Paliativos, 2019, p. 337 – 340. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>. Acessado em 25 Jun. 2020.

PIMENTA, C. A. M. Cibele, Mota, D. D. C. Dálete. CRUZ, A. L. M. Diná. **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. São Paulo: Manole, 2006.

REIS, C. G. Costa et al. Repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento em pacientes do sexo masculino com câncer avançado. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 1-2. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198212472018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 21 jun. 2020.

REZENDE, L. C. Silva; GOMES, C. Sansone; MACHADO, M. E. Costa: A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Rev. Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6. n. 1, p. 28-36, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf>. Acessado em 20 jun. 2020.

RODRIGUES, K. Mendonça. **Princípios dos cuidados Paliativos**. SAGAH, 2018.

ROGERS, R. Carl. **Tornar-se pessoa**. 5. Ed. São Paulo: Martins Fonte, 1997.

ROSELLÓ, T. Francesc. **Antropologia do Cuidar**. São Paulo: Vozes, 2009.

SILVA, Maria Julia Paes da. Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/05.pdf. Acessado em 10 jun. 2020.

SILVA, Rosanna Rita. Percursos na história da Psicologia Hospitalar no Brasil: : a produção em programas de doutorado em Psicologia no período de 2003 a 2004 no Banco de Teses da Capes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 69-79, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200007&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 09 mai. 2020.

SILVEIRA, M. Helena; GUITIERREZ, B. A. Ozello; CIAMPONE, M. H. Trench: Percepção da equipe multiprofissional de cuidados paliativos. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00007>. Acessado em 02 jun. 2020.

SILVERIO, R. C. Ferreira: A complexidade da Comunicação de Más Notícias. In: Aroldo Escudeiro. (Org). **Tanatologia Temas Impertinentes**. 1ed. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011, v. 1, p. 11-243.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 6. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SOUSA, K. Caroline; CARPIGIANI, Berenice: Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em Cuidados Paliativos. **Rev. Psicologia: teoria e prática**. São Paulo, v. 12, n. 1. 2010.

Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2466>. Acessado em 02 jun. 2020.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado a saúde. **REVISTA USP**, São Paulo, n.51, p. 72-85, setembro/novembro 2001. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35100>. Acessado em: 26 Jun. 2020.