

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAFAEL DANTAS SARAIVA

**CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O PACIENTE EM
CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2024

RAFAEL DANTAS SARAIVA

**CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O PACIENTE EM
CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2024

RAFAEL DANTAS SARAIVA

**CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O PACIENTE EM
CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 26/06/2024

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Me. INDIRA FEITOSA SIEBRA DE HOLANDA

Membro: Dr. FRANCISCO FRANCINETE LEITE JUNIOR

Membro: Dr. RAUL MAX LUCAS DA COSTA

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2024

CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rafael Dantas Saraiva¹
Indira Feitosa Siebra de Holanda²

RESUMO

Objetiva-se identificar, por meio da literatura científica, as principais contribuições da Psicanálise e da clínica psicanalítica para o paciente adulto em cuidados paliativos. O estudo em questão se trata de uma revisão integrativa, de caráter descritivo, sem metanálise, desenvolvida para analisar e sintetizar estudos a respeito da temática. As bases selecionadas para a busca dos artigos foram: Science Citation Index Expanded; Scientific Eletronic Library Online; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) via Pubmed e Science Direct. Foram utilizados os descritores Medical Subject Headings (MeSH) com o uso do operador booleano "AND" e "OR" entre eles. Na base de dados SCIELO foi utilizado o cruzamento "Psychoanalysis AND palliative care". Os dados também foram analisados pela óptica do método de redução de dados de Whittemore que se refere a identificação dos dados, técnicas de extração e comparação dos achados, síntese e fechamento de ideias. Foram identificados 614 estudos após o cruzamento dos descritores, sendo incluídos 04 artigos na versão final que responderam a pergunta de pesquisa. Os estudos publicados em inglês foram submetidos a um processo de tradução, para posterior análise. As dificuldades e os fatores limitantes dos estudos analisados encontrados no percurso da revisão consistiram, principalmente, no número reduzido de artigos resultante da seleção final, bem como a inconsistência dos achados primários ao relacionar a clínica psicanalítica e a Psicanálise com os cuidados paliativos. Conforme análise criteriosa e inserção dos estudos incluídos na amostra final da revisão, esta pesquisa traz contribuições significativas para o cuidado paliativo sobre a ótica da Psicanálise e reafirma a importância de publicações científicas sobre a temática em prol de clarificar conceitos e trazer subsídios para a prática clínica.

Palavras-Chaves: Adulto. Cuidados Paliativos. Psicanálise. Terapia psicanalítica.

ABSTRACT

The objective is to identify, through scientific literature, the main contributions of Psychoanalysis and the psychoanalytic clinic for adult patients in palliative care. The study in question is an integrative review, of a descriptive nature, without meta-analysis, developed to analyze and synthesize studies about the topic. The databases selected for the research were: Science Citation Index Expanded; Scientific Electronic Library Online; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) by Pubmed and Science Direct. The Medical Subject Headings (MeSH) descriptors were combined with the Boolean operators "AND" and "OR" between them. Another research was conducted through the SCIELO database, using the descriptors "Psychoanalysis AND palliative care". The data were also analyzed from the perspective of Whittemore's data reduction method, which refers to data identification, extraction techniques and comparison of findings, synthesis and closure of ideas. A total of 614

¹ Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: saraivards@hotmail.com

² Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: indira@leaosampaio.edu.br

studies were identified after crossing the descriptors, with 04 articles being included in the final version that answered the research question. Studies published in English were submitted to a translation process for subsequent analysis. The difficulties and limiting factors of the analyzed studies found during the review consisted, mainly, of the reduced number of articles resulting from the final selection, as well as the inconsistency of the primary findings when relating the psychoanalytic clinic and Psychoanalysis with palliative care. According to a careful analysis and selection of studies included in the final sample of the review, this research makes significant contributions to palliative care from the perspective of Psychoanalysis and reaffirms the importance of scientific publications on the subject, in order to clarify concepts and provide support for clinical practice.

Keywords: Adult. Palliative care. Psychoanalysis. Psychoanalytic therapy.

1 INTRODUÇÃO

Os indivíduos com doenças avançadas enfrentam uma jornada difícil e complexa, repleta de desafios físicos, emocionais e psicológicos. Deste modo, no sentido de promover qualidade de vida e alívio dos sinais e sintomas, a inserção dos Cuidados Paliativos (CP) torna-se essencial no processo de cuidado, em prol de garantir conforto, de modo a não acelerar a eutanásia ou retardar o ato de morrer, prolongando o sofrimento (WHO, 2014).

Os cuidados paliativos desempenham um papel essencial no tratamento do paciente, visando o alívio dos sintomas e o suporte emocional durante o processo de fim de vida. Nesse contexto, a integração do cuidado psicológico por meio da clínica psicanalítica pode proporcionar uma abordagem mais holística e humanizada, considerando não apenas os aspectos físicos da doença, mas também os aspectos emocionais e psíquicos do indivíduo (Edington; Aguiar; Silva, 2021).

A inserção da Psicanálise é de grande importância no cuidado paliativo visto que muitas pessoas não sabem lidar com a morte e o luto. Freud (1915/2010) aponta que a sociedade ignora a morte e deseja de maneira inconsciente a infinitude. Com isso, a clínica psicanalítica tem potencial relevante no auxílio ao paciente em cuidados paliativos. Por meio de um olhar mais profundo sobre as questões emocionais e psíquicas que permeiam o processo de enfrentamento da doença, essa abordagem terapêutica contribui significativamente para a melhora da qualidade de vida e bem-estar do paciente, além do entendimento da morte (Fuks, 2022).

A Psicanálise, desenvolvida por Sigmund Freud, propõe-se a investigar o inconsciente, buscando compreender os processos mentais e emocionais que influenciam o comportamento humano. Ao aplicar esses princípios ao contexto dos cuidados paliativos é possível identificar e trabalhar as questões psicológicas que surgem durante o tratamento da doença, como medo, ansiedade, culpa e tristeza. Diante disso, é fundamental reconhecer as contribuições da clínica psicanalítica para o paciente em cuidados paliativos. Essa abordagem terapêutica oferece um

suporte emocional significativo, promovendo a reflexão e a compreensão das questões emocionais que surgem durante o decorrer do tratamento. Dessa forma, é possível potencializar a qualidade de vida e o bem-estar do paciente, proporcionando um acompanhamento mais integral e humanizado no enfrentamento da doença, bem como uma compreensão da finitude que integra toda e qualquer forma de vida (Laia, 2003).

A terapia psicanalítica, por sua vez, proporciona um espaço seguro e acolhedor para o paciente expressar seus sentimentos e emoções, facilitando a elaboração do diagnóstico e do prognóstico da doença. Além disso, ao explorar os mecanismos de defesa e os conflitos inconscientes, o paciente é capaz de compreender melhor suas reações emocionais diante da doença e desenvolver estratégias de enfrentamento mais saudáveis. Com isso, fica claro o eixo de diálogo entre a Psicanálise e a medicina, visto que a primeira vem para dar voz ao paciente que muitas vezes é silenciado pela segunda. (Darriba *et al.*, 2019).

O psicólogo tem um papel significativo no auxílio ao paciente em cuidado paliativo, responsável por proporcionar um espaço seguro para que o enfermo possa expressar seus medos, angústias e sentimentos diante do diagnóstico e do tratamento da doença. Além disso, o psicólogo ajuda a desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com a dor, o estresse e a ansiedade, promovendo um equilíbrio emocional durante todo o processo. A atuação do psicólogo junto ao paciente em cuidados paliativos também abrange a família e os cuidadores, que também enfrentam um desafio diante da doença. O psicólogo colabora com a equipe multidisciplinar no planejamento do tratamento, na avaliação da adesão do paciente às orientações médicas e na promoção de estratégias para o alívio dos sintomas físicos e psíquicos. Ele também é responsável por realizar avaliações psicológicas periódicas, identificando possíveis complicações emocionais que possam surgir ao longo do processo (Swinerd, 2022).

Diante o exposto, este estudo se justifica por evidenciar a importância do profissional psicólogo e da clínica psicanalítica nas instituições hospitalares, como componentes essenciais para a promoção de uma abordagem integrada e humanizada, garantindo o suporte emocional necessário para enfrentar os desafios que a doença em estágio avançado impõe.

Para fortalecer essa afirmativa Moretto (2019) cita que a inclusão de psicólogos no cenário hospitalar se deu em virtude da ampliação do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), compreendendo o indivíduo além da esfera biológica, com valorização de suas singularidades.

Com isso, reafirmando a proposta dita acima Elia (2016, p. 1.141) cita:

Depois de todo o titânico empreendimento laciano, ou fazemos psicanálise ou fazemos psicanálise, seja aonde for: consultório, ambulatório, enfermaria de hospital,

presídio, serviço de saúde mental etc., e seja em que nível for: clínica, pesquisa, transmissão, formação. O rigor terá que ser buscado e garantido de outro modo, pelas exigências do discurso que norteia qualquer práxis que responda pelo nome de psicanálise.

Deste modo, estudos que abordam a práxis psicanalítica direcionada para o paciente em cuidados paliativos são de fundamental importância para a compreensão e atuação e desenvolvimento do processo de cuidado, uma vez que a Psicanálise se apresenta enquanto abordagem com potencial para auxiliar o paciente nessa condição.

A Psicanálise, por sua vez, traz uma contribuição valiosa ao oferecer um espaço para a reflexão e a elaboração dos sentimentos vivenciados pelo paciente diante do diagnóstico e do tratamento. Através da escuta atenta do analista, o enfermo pode elaborar seus medos, angústias e sofrimentos, possibilitando um processo terapêutico que favorece a ressignificação de sua experiência.

Portanto, de acordo com o exposto, objetiva-se identificar por meio da literatura científica as principais contribuições da clínica psicanalítica e da Psicanálise para o paciente em cuidados paliativos com pacientes adultos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História do movimento paliativista

O conceito de princípios das práticas paliativas foi definido pela primeira vez em 1990 pela Organização Mundial da Saúde e, em seguida, em 2002. A publicação mais recente, define cuidados paliativos como:

...assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

No Brasil, os primeiros passos para a organização dos cuidados paliativos iniciaram em 1990, apresentando aprofundamento da temática desde então. Em 1997 e 2005, data importante para a palição, foram fundadas a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), regulamentando a utilização de cuidados paliativos no Brasil. Em 2011, por meio da Resolução n. 1.973 o cuidado paliativo foi incluído como área de atuação (Brasil, 2011; Edington; Aguiar; Silva, 2021).

Os resultados do Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil do ano de 2022 evidenciaram a evolução, desde 2018, do aumento no número de serviços assistenciais de cuidados paliativos; onde em 2018 foram registrados 177 novos serviços, em 2019 101 novos serviços e 90 atualizações e em 2022 contaram com o registro de 128 serviços novos (54,7%) e 106 atualizações de cadastro (45,3%), refletindo assim o fortalecimento e expansão da rede de cuidados paliativos no Brasil. Analisando de forma regional, o sudeste conta com o maior número de serviços (41,8%) e em seguida a região nordeste com (25,7%). O índice menor é registrado no norte com apenas (3,4%) dos serviços. Das modalidades de atendimento oferecidas (35,3%) são em serviços domiciliares; (58,1%) em serviços ambulatoriais e (81,1%) atuam na modalidade de interconsulta (Guirro *et al.*, 2023).

Diante o exposto, nota-se que muitos foram os avanços dos serviços assistenciais de cuidados paliativos no Brasil. A mais importante e recente conquista foi a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, ocorrida em maio de 2024, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Os princípios da política versam sobre a valorização da vida e consideração da morte como um processo natural; início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença; oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida; prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar; promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social; dentre outros (Brasil, 2024).

2.2 Cuidados paliativos e psicanálise

A necessidade de dispor de acompanhamento multiprofissional e de contar com um aparato técnico-farmacológico com algum grau de complexidade acaba, geralmente, inserindo o sujeito em palição na dinâmica hospitalar, ainda que por breves períodos. A esse respeito, Foucault (1989) reconhece o hospital enquanto local central de aquisição e sistematização da experiência clínica, que pela disciplinarização do espaço médico acaba isolando cada indivíduo num leito. Logo, uma vez inserido nessa instituição, o sujeito enfrenta um progressivo processo de despersonalização, especialmente por meio da utilização de ambientes compartilhados e vestimentas idênticas que reduzem a percepção de individualidade. Ademais, também há o enfraquecimento dos vínculos sociais do sujeito que, além de isolado, é cuidado por uma equipe que, em regra, atua de forma rotativa. Destaca-se, ainda, o fato de o ambiente hospitalar ser demasiadamente revelador, uma vez que ali estão à vista inúmeros pacientes e seus sofrimentos,

fisiológicos e psíquicos, o que pode se tornar uma fonte adicional de angústia para quem ali adentra em busca de cura (Simonetti, 2004).

Angústia essa que, frequentemente, acompanha o paciente em cuidados paliativos ao confrontar-lhe com uma ideia considerada psiquicamente inconcebível: a finitude. A esse respeito, esclarece Freud (1915/2020, p. 297) que “no fundo, ninguém acredita em sua própria morte ou o que vem a ser o mesmo; no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade.” Nesse sentido, o inconsciente além de não obedecer ao ritmo cronológico do fluxo temporal, parece ainda não considerar a finitude, “se conduzindo como se fosse imortal”. Com a queda desse ideal, se inaugura um campo de angústia subjetiva que não consegue ser plenamente abarcado pelo aparato biomédico, uma vez que, segundo Lacan (1962-1963/2005), não se trata da manifestação de um sintoma e sim de um afeto, permanentemente a deriva, para o qual não há uma compreensão completa, visto que “compreender é sempre avançar capengando para o mal-entendido.” Lacan (1962-1963/2005, p. 90). Assim, na impossibilidade de manejar tal angústia a partir de um aparato puramente técnico-médico, se desvela um vasto território para o qual a Psicanálise prontamente se apresenta enquanto instrumental capaz de alcançar esse sujeito angustiado.

Nesse sentido, ao pensar sobre a clínica psicanalítica com o paciente em palição, três questões parecem se apresentar de maneira proeminente, a saber: a transferência, o luto e o desejo. A respeito da primeira, a transferência, esclarece Quinet (2002) ser o fenômeno pelo qual o paciente transfere para analista uma repetição de conteúdo inconsciente, a partir de um referencial simbólico, imaginário ou real. Tal fenômeno, além de muito comum, pode se manifestar de forma positiva ou negativa no que diz respeito ao progresso no tratamento. Esse mecanismo foi percebido por Freud ao começar a tratar seus primeiros pacientes neuróticos, acerca do qual relata:

[...] após pequeno lapso de tempo, não podemos deixar de constatar que esses pacientes se comportam de maneira muito peculiar com relação a nós. Acreditávamos, para dizer a verdade, que havíamos colocado em termos racionais, completamente, a situação existente entre nós e os pacientes, de modo que esta pudesse ser visualizada de imediato como se fora uma soma aritmética; não obstante, a despeito de tudo isso, algo parece infiltrar-se furtivamente, algo que não foi levado em conta em nossa soma. Essa novidade inesperada assume muitas formas (...) Constatamos, pois, que o paciente, que deveria não desejar outra coisa senão encontrar uma saída para seus penosos conflitos, desenvolve especial interesse pela pessoa do médico." (Freud, 1916-1917/1990, p.512).

Essa relação transferencial é o centro do trabalho da clínica psicanalítica, tendo maior relevância que o próprio *setting*. Assim, esteja o paciente em palição inserido ou não no contexto hospitalar, o que de fato fornecerá sustentação ao trabalho analítico é a transferência.

No que diz respeito ao luto, o psicanalista Christian Dunker (2019, p. 28) o define enquanto “um processo que tem um início e um deslace ligado a integração do objeto perdido no Eu.” Tal processo, quando não bem iniciado, elaborado e concluído, pode originar alguns tipos de lutos patológicos, tais como melancolia e depressão. De maneira mais direta, Freud (1917, p.46) afirma que o luto é “a reação à perda de um ente querido, a perda de alguma abstração que ocupou lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém”. Nesse sentido, cabe à clínica psicanalítica investigar a natureza das perdas, reais ou simbólicas, e os afetos relacionados às perdas vivenciadas pelo paciente em palição, tendo em mente que “o luto normal supera a perda de objeto e enquanto persiste, absorve todas as energias do ego. Por que, então, depois de seguir seu curso, não há, em seu caso, qualquer indício da condição econômica necessária para uma fase de triunfo?” (Freud, 1917/2013, p. 76). Com isso, vemos que essa investigação só será bem-sucedida se feita respeitando o tempo não cronológico, mas subjetivo, uma vez que para o enlutado o tempo parece passar de forma diferente.

Finalmente, quanto à questão do desejo, que talvez seja uma das mais complexas dentro da clínica psicanalítica com o paciente em cuidados paliativos, é necessário partir do seguinte questionamento ético feito por Lacan (1991, p.376): “agiste conforme o desejo que te habita?” A esse respeito, o mesmo autor afirma que:

[...] ao longo desse período histórico, o desejo do homem, longamente apalpado, anestesiado, adormecido pelos moralistas, domesticado por educadores, traído pelas academias, muito simplesmente refugiou-se, recalcou-se na paixão mais sutil, e também a mais cega, como nos mostra a história de Édipo, a paixão do saber. Lacan (1991, p.388-389).

A essa construção sócio-histórica-cultural, que Lacan indica como fator de apagamento do desejo, adiciona-se no caso do paciente em cuidados paliativos o real da finitude que, por vezes, o arrasta para um estado tal no qual lhe parece não haver nada mais a desejar. Diante disso, é fundamental que a clínica psicanalítica se apresente enquanto instrumental para que a condição desejanse do sujeito possa ser restabelecida, na proporção de suas possibilidades.

Além dessas três questões, a transferência, o luto e o desejo, é também necessário considerar, de maneira breve, outra tríade: o real, simbólico e imaginário. Esses três registros foram introduzidos por Lacan, em 1953, na conferência de abertura das atividades da Sociedade

Francesca de Psicanálise. A esse respeito, afirma Garcia-Roza (2005) que Lacan, se apropriando de fundamentos já lançados por Freud, demarca o entendimento do real enquanto aquilo que é barrado, cuja simbolização não é possível. Já o simbólico é aquilo que funda o inconsciente, distinguindo o homem das demais criaturas, estruturado a partir da linguagem. Finalmente, o imaginário relaciona-se ao campo da alienação, das identificações e das projeções.

A importância da compreensão desses três registros, para a clínica com o paciente em palição é fundamental. Segundo Rasia (2006), é necessidade do paciente gravemente enfermo de simbolizar tanto a doença quanto seus feitos, de maneira a sair do campo imaginário para efetivamente conseguir simbolizar a angústia e os lutos decorrentes do curso da doença. Em termos práticos, ao se deparar com o real da finitude, o sujeito pode lançar mão de um recuo ao registro do imaginário e das ilusões egóicas para criar e sustentar fantasias que deem algum sentido ao que não tem sentido, ao real da morte que se aproxima. Nesse ponto, segundo Castro-Arantes (2016, p. 647), cabe ao analista o trabalho de encontrar, junto do paciente, recursos que o ajudem a suportar a vida e a finitude, estando ciente de que tal percurso tem um custo - o da transferência - visto que “a incidência do real que surge na palavra corta dos dois lados, do paciente e do analista.”

Há, ainda, muito mais da teoria psicanalítica que perpassa o cuidado a pacientes em palição. Todavia, dada a natureza do presente trabalho, que busca investigar a práxis psicanalítica dentro de um recorte previamente delimitado, a discussão apresentada até aqui parece suficiente para se prosseguir para as próximas etapas do trabalho proposto.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), de caráter descritivo, sem metanálise, desenvolvida para analisar e sintetizar estudos a respeito da temática. Os estudos de revisão possibilitam ao leitor uma síntese de diversas pesquisas já publicadas sobre uma temática específica, por meio da definição de critérios claros e concisos (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para a condução do estudo, foram percorridas as seguintes etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008):

- I) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- II) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura;

- III) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- IV) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- V) interpretação dos resultados;
- VI) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A busca foi realizada de forma pareada em junho de 2024, por dois pesquisadores de forma independente, por meio do Portal de Periódicos da CAPES, nas bases de dados do Science Citation Index Expanded (Web of Science); Scientific Eletronic Library Online (Scielo/PubMed); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) via Pubmed e Science Direct.

Utilizou-se a estratégia PICO [P (População): adulto; I (Interesse): clínica psicanalítica e psicanálise; CO (Contexto): cuidados paliativos] para identificar os descritores contidos no Medical Subject Headings (MeSH) e formular a seguinte questão de pesquisa: o que tem sido publicado na literatura científica em relação às contribuições da clínica psicanalítica e psicanálise para o paciente adulto em cuidados paliativos?

Diante disso, foi elaborado um quadro teórico com o acrônimo PICO, variáveis da pergunta de pesquisa e descritores MeSH, conforme disposto a seguir:

Quadro 1 - Descritores de assunto localizados no MeSH com base no acrônimo PICO, Juazeiro do Norte - CE, 2024.

Acrônimo	Variáveis da pergunta de pesquisa	MESH
P - População	Adulto	<i>Adult</i>
I - Interesse	Clínica psicanalítica e psicanálise	<i>Psychoanalytic Therapy</i> <i>Psychoanalysis</i>
Co - Contexto	Cuidados paliativos	<i>Palliative Care</i>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria, 2024.

Foram utilizadas diferentes combinações para realização das buscas avançadas através dos cruzamentos dos descritores controlados com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Na

base de dados Scielo, a estratégia de busca adotada foi: “*Psychoanalysis AND Palliative Care*”. Nas demais bases de dados (MEDLINE/Pubmed, Web of Science e Science Direct) a estratégia adotada foi: “*Adult AND Psychoanalytic Therapy OR Psychoanalysis AND Palliative Care*”.

Utilizou-se o gerenciador de referências *EndNote* versão 20.6 para remoção das duplicatas dos artigos exportados das quatro bases de dados.

Feito isso, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura dos artigos na íntegra após a aplicação dos critérios de elegibilidade, o que subsidiou a extração dos dados para preenchimento de um formulário de coleta de informações, adaptado do instrumento elaborado e validado por Ursi e Galvão (2006), composto pelos seguintes elementos: título do estudo/ano, base de dados, idioma, objetivo do estudo e nível de evidência.

Foram considerados como critérios de inclusão no estudo: estudos originais, sem restrição de idiomas, completos e disponíveis na íntegra que versassem sobre a temática em questão. Foram excluídos artigos reflexivos e de revisão, editoriais sem caráter científico, teses, dissertações, monografias e artigos que não responderam à pergunta norteadora elaborada para este fim.

Os estudos foram organizados e categorizados em termos de Níveis de Evidência (NE) com base na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América (Galvão, 2006). Para tal, foi utilizada uma tabela produzida pelo pesquisador, contendo dados importantes, como: ano, título do estudo, base de dados, objetivo do estudo e nível de evidência (Tabela 1).

A qualidade metodológica dos estudos foi analisada com base nos seguintes níveis de evidência: nível I: metanálise de múltiplos estudos controlados; nível II: estudo individual com delineamento experimental; nível III: estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós teste, séries temporais ou caso-controle; nível IV: estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível V: relatórios de caso, ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível VI: opiniões de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas (Galvão, 2006).

Os dados foram analisados com base nos procedimentos preconizados pelo método de redução de dados de Whitemore (2005), o qual envolveu técnicas de classificação e criação de subgrupos conforme as características dos estudos primários, extração e comparação dos achados, síntese e fechamento das ideias.

Em relação aos aspectos éticos, enfatiza-se que o estudo respeitou os preceitos da Lei 9.610/1988, que dispõe sobre os direitos autorais dando o devido crédito aos autores das publicações inseridas na presente revisão integrativa (Brasil, 1998). Por se tratar de uma revisão integrativa, esta pesquisa não se encontrará cadastrada no Internacional Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), assim como não será necessário o envio para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

4 RESULTADOS

Dos 677 estudos identificados a partir do cruzamento dos descritores no Portal de Periódicos da CAPES, todos foram incluídos para análise de leitura do título/resumo, sendo excluídos desta etapa 622 estudos por fuga do tema proposto. Após análise do assunto 55 estudos foram avaliados, sendo excluídos desta etapa 17 estudos repetidos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 38 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais 04 foram incluídos na revisão.

Utilizou-se uma adaptação do fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) para descrever o processo de busca e seleção dos estudos, conforme apresentado no quadro 2 a seguir.

Quadro 2– Processo de busca e seleção dos artigos. Juazeiro do Norte, CE, Brasil, 2024.

Identificação	Estudos identificados nas bases de dados após aplicação dos filtros (n = 677)			
	MEDLINE/Pubmed	Web of Science	Science Direct	Scielo
	365	201	109	02
Triagem	Estudos incluídos após análise do assunto (título/resumo) (n = 55)			
	36	09	08	02
	Estudos removidos por duplicidade (n = 00)			
	00	09	08	00
	Estudos selecionados para leitura na íntegra (n = 38)			
	36	00	00	02

Elegibilidade	Estudos excluídos com motivos* (n =34)			
	34	00	00	00
Inclusão	Estudos incluídos na revisão (n = 4)			
	02	00	00	02
Motivos*: não responderam à pergunta norteadora elaborada para este fim.				

Fonte: Elaboração própria. Dados da pesquisa, 2024.

A análise da amostra permitiu observar que o Brasil se destacou como um dos países com maior número de publicações, respondendo por 50% dos artigos incluídos nesta revisão. Quanto ao método, observa-se que há uma predominância de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa, o que por sua vez enquadrou 100% dos estudos no nível 5 de evidência científica.

Os estudos publicados em inglês foram submetidos a um processo de tradução, para posterior análise. No que tange ao delineamento metodológico abrangeram: relato de caso com abordagem descritiva, análise e discussão teórica.

Os dados contidos na Tabela 01 apresentam uma síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Tabela 01 - Extração das principais informações dos estudos incluídos na amostra final da revisão. Juazeiro do Norte- CE, Brasil, 2024.

N^o	Título do estudo/ Ano	Base de dados	Idioma	Objetivo do estudo	Nível de Evidência
1 ^o	Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida (2016)	SciELO	Português	Discutir a problemática posta em jogo na intervenção do psicólogo em uma unidade de cuidados paliativos, em um trabalho orientado pela psicanálise.	V

2°	Objects of safety and imprisonment: Breathless patients' use of medical objects in a palliative setting (2021)	Medline/PubMed	Inglês	Analisar a relação entre pessoas usando uma abordagem interdisciplinar, empregando a teoria psicanalítica.	V
3°	Psychoanalytic understanding of the request for assisted suicide (2022).	Medline/PubMed	Inglês	Analisar a compreensão psicanalítica da demanda de suicídio assistido em cuidados paliativos.	V
4°	A carta reavida: o lugar do analista e a prática em cuidados paliativos (2022).	Scielo	Português	Refletir sobre o lugar que o analista pode vir a ocupar nos casos de pacientes em cuidados de fim de vida no hospital.	V

Fonte: Elaboração própria. Dados da pesquisa, 2024.

Os principais resultados pressupostos dos estudos acerca da contribuição da Psicanálise e clínica psicanalítica para o paciente adulto em cuidados paliativos, estão expostos pelo método de redução de dados, conforme disposto no Quadro 3.

Quadro 03 - Contribuição da psicanálise e clínica psicanalítica para o paciente adulto em cuidados paliativos.

Contribuição da psicanálise e clínica psicanalítica com os cuidados paliativos.	Discussão	Estudo
Enfrentamento da finitude	O estudo discute a problemática do psicólogo em uma unidade de cuidados paliativos e o trabalho orientado pela Psicanálise. Vários casos foram analisados, com importantes considerações sobre a finitude da vida. A morte não é encarada abertamente por mais que seja inerente ao ser	Arantes, J. C. (19)

	<p>humano o fim da vida desde o seu nascimento. A negação em relação à morte é o "reconhecimento do inconsciente por parte do seu eu se expressar de uma forma negativa" (Freud, 1925/2011, p. 255). Conforme apontado, a direção do tratamento psicológico marcado pela psicanálise está aliada ao conceito de "boa morte", proporcionando um lugar de escuta e suporte ativo.</p>	
<p>Uso do objeto e objetos transacionais</p>	<p>O artigo aborda a relação do consciente e inconsciente para lidar com doenças em estágio avançado e o potencial de objetos de saúde como facilitadores e aprisionadores, dentro de um referencial teórico psicanalítico. O uso de objetos transacionais é visto como crucial pela Psicanálise no desenvolvimento emocional e humano associado ao objeto de saúde. Para Bollas (1987), os objetos que usamos no decorrer da vida produzem “texturas de experiência” que trazem o significado da existência, ao invés do aspecto cognitivo com experiências pré-verbais iniciais. Estas experiências fazem o indivíduo sentir o mundo de forma real e segura.</p>	<p>Binnie, K.; McGuire, C.; Carel, H. ^(2º)</p>
<p>Ambivalência em relação ao viver e ao morrer</p>	<p>O debate sobre a morte assistida é tema importante no mundo, dado seu significativo aumento. Isso ocorre pelo desejo da autonomia de forma inconsciente que molda a necessidade de aliviar a tensão provocada pelo sofrimento físico e mental. A terapia psicanalítica objetiva a compreensão das experiências emocionais, psicológicas e de desenvolvimento no enfrentamento da morte. A análise dos fatores inconscientes pelos psicanalistas é fundamental para o entendimento do pedido de suicídio assistido.</p>	<p>Briggs, S. et al. (2022).^(3º)</p>
<p>Realidade da morte e os princípios da cura.</p>	<p>O estudo relaciona a importância da clínica psicanalítica com a palição. No caso em questão, foi realizada intervenção com uma mulher de 37 anos que não tinha mais proposta curativa. A equipe multidisciplinar apresentou dificuldades em se comunicar com a paciente ao identificar o limite do saber médico sobre o não saber diante da morte. Com isso, a transferência de trabalho, conforme apontado por Lacan (1964/2003, p. 242) é um dispositivo</p>	<p>Moraes, L. F.; Darriba, V. A. ^(4º)</p>

	analítico essencial no cuidado hospitalar, ao estabelecer a importância do trabalho do analista e não apenas o saber próprio isolado. Por meio da inserção do psicanalista foi possível promover a despedida da paciente com sua família por meio de videochamadas, cartas e apaziguamentos.	
--	--	--

Fonte: Elaboração própria. Dados da pesquisa, 2024.

5 DISCUSSÃO

Os resultados dos estudos apontaram a relevância da Psicanálise no suporte ao indivíduo em cuidados paliativos. Ficou posto o "reconhecimento do inconsciente por parte do seu eu se expressar de uma forma negativa" (Freud, 1925/2011, p. 257) diante da morte e a relação do consciente e inconsciente para lidar com doenças em estágio avançado.

Conforme apontado no estudo de Moraes *et al.* (2022) a equipe de saúde demonstrou inabilidade no processo de comunicação com sujeito em palição, sendo necessária a figura do psicólogo na mediação do diálogo, que é da ordem da subjetividade. Ressalta-se a importância da capacitação da equipe para lidar com a morte, visto que os cursos de graduação em sua grande maioria não ofertam preparação para atuação em cuidados paliativos. Essa abordagem é corroborada por Lorenzoni, Vilela e Rodrigues (2019), ao afirmar a frustração da equipe multiprofissional diante da morte, do sofrimento humano e da insuficiência do não saber. Essa afirmação, leva a discussão desse trecho: “se o paciente demanda um outro que o escute enquanto morre, é porque a questão da morte precisa ser falada” (Moretto, 2001, p. 103).

No contexto hospitalar, cabe aquele que ocupa o lugar de analista a articulação entre o saber médico e o saber sobre a psicanálise, valorizando os discursos dos sujeitos e experienciando a fala do outro, produzindo interlocução com a equipe multiprofissional para que o paciente expresse seus afetos (Netto, 2022). A extensão da Psicanálise para os hospitais viabiliza o discurso psicanalítico, a construção de um vínculo de cuidado e a produção de um saber singular nas instituições de saúde (Netto, 2022).

Pela ótica do psicanalista Barros (2015) é crucial compreender a angústia do sujeito em seu processo de morte, a partir da perspectiva do impossível, do real, valorizando suas subjetividades. “No fundo, ninguém acredita em sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo, no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade”, em outras palavras, ela não existe para o inconsciente e ele “se conduz como se fosse imortal” (Freud, 1915/2010, p. 297).

O indivíduo, ao se deparar com o real da iminente finitude, lança mão da negação, uma vez que é “a negação é um modo de tomar notícia do recalco”, quer dizer, cancela-se o recalco, embora não se aceite o recalco. Isso significa que é através da marca da negação que “o pensar libera-se das restrições do recalco” (Freud, 1925/2011, p.254).

Neste contexto de enfrentamento da morte, mediado por sucessivas experiências de lutos, o próprio indivíduo tem dificuldades em aceitar que é chegado o fim. Estudos publicados analisam a relação do suicídio em pacientes em cuidados paliativos e a importância da Psicanálise para a sua compreensão. A terapia psicanalítica objetiva a aproximação das experiências emocionais, psicológicas e de desenvolvimento diante da morte. Assim, a compreensão psicanalítica do suicídio propõe a ambivalência em relação ao viver e ao morrer, como resposta a um conflito relacional interno. “O suicídio é o assassinato psíquico de uma representação objetal no sujeito, matando-se na realidade” (Götze1995, p. 215).

Diante do exposto, a figura do psicólogo em cuidados paliativos é de extrema importância no tratamento integral do paciente adulto que enfrenta uma doença terminal, sendo a Psicanálise um valioso instrumental do qual se pode lançar mão. O psicólogo especializado em cuidados paliativos utiliza diversas técnicas para ajudar o paciente a lidar com aspectos emocionais, existenciais e espirituais que surgem durante o processo de enfrentamento da doença. Através da escuta ativa e do acolhimento, fornece suporte ao paciente a expressar suas preocupações, medos, angústias e sentimentos relacionados à finitude da vida (Fonseca *et al.*, 2016; Ribeiro, 2018).

Além disso, o psicólogo trabalha em conjunto com a equipe multiprofissional para promover o bem-estar do paciente, ajudando a minimizar o sofrimento físico, emocional e social. Ele também auxilia na comunicação de más notícias, na tomada de decisões compartilhadas e no planejamento do cuidado ao longo do processo de doença. É importante ressaltar que a atuação do psicólogo em cuidados paliativos não se restringe ao paciente, mas se estende aos familiares e cuidadores, que também enfrentam desafios emocionais e psicológicos durante o processo de acompanhamento do paciente. O psicólogo oferece suporte, orientação e espaço para que esses familiares possam lidar com suas próprias questões e emoções, promovendo a qualidade de vida de todos os envolvidos (Barros *et al.*, 2022).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades e os fatores limitantes dos estudos analisados encontrados no percurso da revisão consistiram, principalmente, no número reduzido de artigos resultante da seleção

final, bem como a inconsistência dos achados primários ao relacionar a clínica psicanalítica e a Psicanálise com os cuidados paliativos. Deste modo, conforme análise criteriosa e inserção dos estudos incluídos na amostra final da revisão, esta pesquisa traz contribuições significativas para o cuidado paliativo sobre a ótica da Psicanálise e reafirma a importância de publicações científicas sobre a temática em prol de clarificar conceitos e trazer subsídios para a prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, J. C. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Ágora** (Rio de Janeiro), v.19, n. 3, P.637-648, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/agora/a/v8rcKkMhFGbZM3wvcSnqZbq/?format=pdf>.

BARONI, C. S. F.; KAHHALE, E. M. P.O. Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 2. São Paulo, jul. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004.

BARROS, H.; FARIA, A. A atuação do psicólogo na comunicação de más notícias em cuidados paliativos. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v.4, n.8, p.247-266, jul./dez.2022.

BRASIL. **Lei no 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação autorais e dá outras providências. Diário Oficial da União 1998; 19 fev.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm.

_____. **Resolução n. 1.973, de 1 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/2008, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

_____. **PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>.

BRIGGS, S.; LINDNER, R.; GOLDBLATT, M. J.; KAPUSTA, N.; TEISING, M. Psychoanalytic understanding of the request for assisted suicide. **INT J PSICOANAL.** v.103, n.1, p.71-88, 2022.

BINNIE, K.; MCGUIRE, C.; CAREL, H. Objects of safety and imprisonment: Breathless patients' use of medical objects in a palliative setting. **Revista de Cultura Material.** v.26, n. 2, p.122- 141, 2021. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359183520931900>.

CASTRO-ARANTES, J. M.; BIANCO, A. C. L. Corpo e finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 18, p. 2515-2522, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a05.pdf>

CASTRO-ARANTES, J. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 19, n. 3, p. 637-662 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016003013>. Acesso em 04 jun. 2024.

DARRIBA, V. A.; SILVA, A. C. **Perspectivas da relação entre a psicanálise e a ciência em Lacan**. In: *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 51, n.1, p.11-37, 2019.

DUNKER, C. I. L. Teoria do Luto em Psicanálise. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 28-42, dez. 2019. ISSN 2447-1798. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/226/154>. Acesso em: 30 maio 2024.

EDINGTON, R. N.; AGUIAR, C. V. N.; SILVA, E. E. C. A Psicóloga no Contexto dos Cuidados Paliativos: Principais Desafios. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.10, n.3, p.398-406, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i3.3835>.

ELIA, L. F. A lógica da diferença irreduzível: a formação do psicanalista não é tarefa da universidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1138-1152, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16nspe/n16a05.pdf>.

FREUD, S. (1923-1925). O EU e o ID, “autobiografia” e outros textos. In: **FREUD, S. Obras completas, vol. 16**. São Paulo: Cia das Letras, 2011

FREUD, Sigmund. (1915) **Considerações atuais sobre a guerra e a morte**. In: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Tradução de Paulo César de Souza. **Obras Completas**, v. 12, p.157-185. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1916-1917). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In: **FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FREUD, S. (1917). **Luto e Melancolia**. São Paulo: CosacNaify, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FONSECA, R.; CASTRO, M. M. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A PACIENTES COM CÂNCER: uma abordagem psico-oncológica. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 2, n. Ed. Esp. 1, p. 54–72, 2016. DOI: 10.22289/2446-922X.V2EEA5. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/46>.

FUKS, B. B. **A clínica, noções e conceitos psicanalíticos**. Trivium: Estudos Interdisciplinares. Ano XIV, n. 2, p. 1-2, 2022.

GALVÃO, C. M. Níveis de Evidência. **Acta Paul Enferm**. v.19, n. 2. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.

GARCÍA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GARCIA-ROZA, L. A. **Pulsão e representação**. *In: Freud e o inconsciente*. 24. ed. Zahar, 2005.

GÖTZE, P. **Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei der Behandlung Suizidgefährdeter**. In *Suizidalität – Die biologische Dimension*, edited by M. Wolfersdorf and W. P. Kaschka, 213–224. 1995. Berlin: Springer.

GUIRRO, U. B. P.; CASTILHO, R. K.; CRISPIM, D.; LUCENA, N. C. **Atlas de cuidados paliativos no Brasil**. 1 ed, São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2023. 64p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>.

LACAN, J. (1959-1960) **Livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

LACAN, J. (1962-1963) **O seminário, livro 10: A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAIA, S. **A prática analítica nas instituições**. In: CALDAS, H (Org.) *Os usos da psicanálise: primeiro encontro do campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2023.

LORENZZONI, A. M.; VILELA, A. F. B.; RODRIGUES, F. S. S. Equipe multiprofissional nos cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa. **Rev. esp. ciên. & saúd.** v. 7, n. 1, p. 34-48, jul./2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201044/001103959.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Context - Enferm**, v.17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt.

MORAES, L. F.; DARRIBA, V. A. A carta reavida: o lugar do analista e a prática em cuidados paliativos. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** v.25, n.3, p. 560-577, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/cW7DghZZLpbGkZGFS3vkCfg/?lang=pt>

NETTO, M. V. R. F. **Psicanálise e cuidados paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde**. 2022. 133f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17012023-124724/publico/netto_corrigida.pdf.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. 9 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

RASIA, J. M. Imaginário e simbólico em pacientes com câncer: análise de suas narrativas. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, v. 11, n. 2, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2006v11n2p65>. Acesso em: 04 de jun. de 2024.

RIBEIRO, CYNTHIA GABRIELA DOS SANTOS. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Rev. Cien. Mult. Núc. do Conhec.** v.8, p. 80-87, 2018. ISSN:2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/atuacao-do-psicologo>

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.

SWINERD, MONICA MARCHESE. **Do ato médico ao ato analítico: sobre o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico**. Tese (Programa de Pós Graduação em Psicanálise)- Rio de Janeiro, 2022. 158 f. Disponível em: <https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/18470/5/Tese%20-%20Monica%20Marchese%20Swinerd%20-%202022%20-%20Completa.pdf>.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.14, n.1, p.124-131, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Geneve: WHO; 2014. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. v.52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>.