



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

A PERSPETIVA DOS PSICÓLOGOS ACERCA DO SEU PAPEL NAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Maria Madalena Lagoá dos Santos Pereira Iglésias

Porto, julho de 2019



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

A PERSPETIVA DOS PSICÓLOGOS ACERCA DO SEU PAPEL NAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Maria Madalena Lagoá dos Santos Pereira Iglésias

Trabalho efetuado sob orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, julho de 2019

Agradecimentos

Quero agradecer à minha supervisora, professora Doutora Elisa Veiga, por todo o profissionalismo, dedicação e carinho que demonstrou comigo durante estes meses. Sinto-me bastante grata pelo acompanhamento proporcionado.

Quero agradecer à Doutora Joana Soares e ao Doutor Eduardo Carqueja por me terem proporcionado um período de estágio enriquecedor a nível pessoal e profissional.

Quero agradecer a todos os participantes do estudo pela simpatia e disponibilidade que demonstraram ao longo do estudo. As entrevistas foram sem dúvida momentos de enorme aprendizagem.

Quero agradecer aos meus pais e ao meu irmão por me apoiarem diariamente, me incentivarem e acreditarem nas minhas capacidades. Ao meu cão, Boss, pela companhia que me fez durante todo este processo.

Resumo

De acordo com a lei Portaria n.º 66/2018 de 6 de março, os Cuidados Paliativos consideram-se essenciais a um SNS de qualidade, devendo ser prestados em continuidade, a todas as pessoas, com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, onde quer que se encontrem, nos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados integrados (Diário da República, n.º 46/2018, Série I de 2018-03-06).

O objetivo geral deste estudo é compreender a perspetiva dos psicólogos acerca do seu papel nas equipas multidisciplinares de Cuidados Paliativos.

Foi utilizado o método qualitativo que permitiu a realização de entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 4 psicólogos clínicos da saúde que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos no Porto e na Área Metropolitana do Porto, há mais de 3 anos. O tratamento de dados orientou-se de acordo com os princípios da grounded theory e a sua análise realizou-se a partir do software N-VIVO.

Como resultados salientam-se as necessidades específicas dos doentes e familiares, a existência de obstáculos culturais e organizacionais, e mudanças necessárias na equipa multidisciplinar.

Concluindo, a realização deste tipo de estudo é fundamental, pois permite a compreensão aprofundada do papel do psicólogo nos CP, o aperfeiçoamento das práticas profissionais e qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Papel do Psicólogo; Cuidadores informais; Equipa multidisciplinar; Necessidades doentes

Abstract

According to the Law no. 66/2018 of March 6, Palliative Care (PC) is essential for the SNS, and it should be provided in continuity to all people, with very serious and/or advanced and progressive diseases, whether they are in primary, hospital or integrated continuous care (Diário da República, no. 46/2018, Series I of 2018-03-06).

The aim of this study is to understand psychologists' perspective and their role in multidisciplinary Palliative Care teams.

By using the qualitative method, semi-structured interviews were conducted. Four clinical health psychologists working in Palliative Care Units in Oporto and Oporto Metropolitan Area for more than 3 years were interviewed. The data processing was guided according to the principles of grounded theory and its analysis was carried through N-VIVO software.

The main results are the specific needs of patients and their families, the existence of cultural and organizational obstacles, and the changes needed within the multidisciplinary team.

In conclusion, this type of study is crucial, as it allows a deep understanding of the role of the psychologist in PC, the improvement of professional practices and, therefore, the quality of care.

Key words: Palliative care; Role of the Psychologist; Informal caregivers; Multidisciplinary team; Patient needs

Índice

Introdução.....	7
Enquadramento teórico (Estado da arte)	8
Papel do Psicólogo em Cuidados Paliativos	10
Necessidades do doente em Cuidados Paliativos e papel do Psicólogo.....	11
Necessidades da família em Cuidados Paliativos e papel do Psicólogo	12
Necessidades dos elementos da equipa e papel do Psicólogo junto dos profissionais.....	14
Método	16
Objetivos do estudo.....	16
Amostra	17
Instrumentos	17
Procedimentos de recolha de dados	17
Tratamento e Análise de Dados	17
Resultados e Discussão	19
Conclusão	32
Anexos.....	33
Bibliografia.....	64

Introdução

O objetivo geral deste estudo é compreender a perspectiva dos Psicólogos acerca do seu papel nas equipas de Cuidados Paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) define Cuidados Paliativos (CP) como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos como a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais.

A prática dos CP está a tornar-se cada vez mais essencial, pois quando não existe possibilidade de cura, os doentes continuam a necessitar de receber cuidados para amenizar o seu sofrimento e o da sua família. Esta ação não irá possibilitar a cura para o doente, mas vai proporcionar-lhe uma maior qualidade de vida. Pessini e Bertachini (2006) afirmam que se não é possível aumentar os dias de vida para estes doentes, deve-se dar vida aos dias que estes doentes ainda têm.

É verdadeiramente reconhecido que o psicólogo se constitui como um membro indispensável numa equipa de CP. Os psicólogos têm muito para oferecer nos CP em termos de avaliações psicológicas e intervenções com o doente e com a família e em contribuições ao nível do desenvolvimento profissional, especialmente em relação às habilidades de aconselhamento e de melhoria de comunicação (Payne, S., & Haines, R, 2002).

Enquadramento teórico (Estado da arte)

A Organização Mundial de Saúde (2002) define Cuidados Paliativos (CP) como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos como a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais. Neste contexto, a OMS (2010) reconhece e recomenda os CP como a modalidade de atendimento e assistência indicada para os portadores de doenças incuráveis e em fase avançada de evolução, para as quais todos os recursos de possibilidade de cura foram esgotados, destacando que o foco do tratamento é a pessoa, não a doença (Moritz, 2011).

Segundo a Associação de CP, existe um conjunto de valores que garantem a qualidade dos CP tais como:

1. Autonomia, em que a pessoa é única, autónoma, pelo que os CP só devem ser prestados quando o doente e/ou família estiverem preparados para tal; o doente deve manter a sua autodeterminação com vista à tomada de decisão, nomeadamente, o local de prestação de cuidados e as opções terapêuticas;
2. Dignidade, em que é desejável que os CP sejam prestados de uma forma sensível, respeitada e aberta, sensível aos valores, crenças, cultura, religião, práticas e leis de cada área, região ou país;
3. Relacionamento doente-profissional, onde os profissionais de saúde devem manter uma relação colaborativa com os doentes e com a sua família, pois estes são fundamentais durante todo o processo;
4. Qualidade de vida, como objetivo central dos CP, visando alcançar o melhor padrão possível, e promover a sua manutenção;
5. Posição face à vida e à morte, os CP não antecipam nem adiam a morte;
6. Comunicação, as boas capacidades de comunicação são pré-requisitos essenciais para CP de qualidade; a comunicação refere-se à interação entre o doente e os profissionais de saúde mas também entre os doentes e os seus familiares, assim como a comunicação entre os diversos profissionais e entre os diversos serviços implicados (Capelas, Silva, Alvarenga, & Coelho 2016).

Em 2001, nos EUA os líderes dos CP organizaram-se para discutir a standardização dos CP, com o objetivo de aumentar a sua qualidade. O resultado foi a formação National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) com a representação dos cinco maiores hospitais e organizações dos CP nessa altura (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013). Em 2003, Portugal identificou a importância dos Cuidados Paliativos no contexto de saúde pública (Direcção Geral de Saúde, 2004). Em 2004, O Programa Nacional de Cuidados Paliativos de Portugal, destaca que a complexidade do sofrimento pode ser medicamente assistida e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, impõem a que a sua abordagem seja uma tarefa multidisciplinar, que engloba, além do doente, a sua família, os profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade (Direcção Geral de Saúde, 2004). Em 2013, é de salientar o National Consensus Project for Quality Palliative Care que tem como missão criar um conjunto de diretrizes de prática clínica para orientar o crescimento e a expansão dos CP nos EUA. A atual 3ª edição Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (2013) foi produzida através de um processo de consenso entre as principais organizações profissionais de CP. As diretrizes estão em processo de atualização para melhorar o acesso a CP de qualidade para todas as pessoas com doenças graves, independentemente da situação, do diagnóstico, do prognóstico ou da idade (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013).

De acordo com a Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, em Portugal, no que diz respeito à garantia de qualidade, 1. Os modelos de promoção e gestão da qualidade são de aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da Rede Nacional Cuidados Paliativos, sendo fixados pelo Ministério da Saúde, sob proposta da Comissão Nacional. 2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, os indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados paliativos devem contemplar o uso de opioides, a avaliação e monitorização da dor e outros sintomas, bem como o nível de formação e experiência profissional dos diferentes elementos que constituem a equipa. A presente lei entende por multidisciplinaridade, a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais (Diário da República, 1.ª série – N.º 172 – 5 de setembro de 2012).

Papel do Psicólogo em Cuidados Paliativos

O papel do psicólogo não se limita ao doente na fase final de vida. As suas ações devem incluir a família, mesmo que esta tenha que ser observada na sua especificidade (Porto, Gláucia, & Lustosa, 2010). Além desta unidade de cuidados, a psicologia também se dispõe a atuar próximo da equipa multidisciplinar, uma vez que necessita manter a integridade nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes. Verificou-se que o papel dos psicólogos nos CP, parece oportuno. Segundo Payne & Haines (2002), embora o atendimento psicológico tenha sido considerado integral aos Cuidados Paliativos desde o início, os psicólogos só recentemente é que começaram a estar envolvidos em atividades de Cuidados Paliativos multidisciplinares. Constatou-se que os desenvolvimentos políticos ao longo dos últimos 15 anos, apoiam um papel para os psicólogos na entrega e potencial liderança de CP (Payne & Haines, 2002). É verdadeiramente reconhecido que o psicólogo se constitui como um membro indispensável numa equipa de CP (Carqueja & Costa, 2014; Beloff, 2008). Os psicólogos têm muito para oferecer nos CP em termos de avaliações psicológicas e intervenções com o doente e com a família e em contribuições ao nível do desenvolvimento profissional, especialmente em relação às habilidades de aconselhamento e de melhoria de comunicação (Payne & Haines, 2002).

No que diz respeito à intervenção do psicólogo em CP, verifica-se que estes trazem uma perspetiva única para a avaliação e tratamento de doentes. Baseiam-se no conhecimento de uma ampla gama de teorias psicológicas para explicar e entender a área cognitiva, emocional, e os aspetos comportamentais das respostas às questões relacionadas com a doença (Payne & Haines, 2002). Os seus objetivos de intervenção consistem em: 1. favorecer a adaptação perante a irreversibilidade da doença; 2. promover a adaptação/antecipação de consequências da doença; 3. facilitar a adaptação/aceitação à morte como realidade; 4. promover a adaptação à realidade da situação clínica, e por último, 5. facilitar a reorganização de objetivos de vida (Gum & Snyder, 2002; Arranz et al, 2003; Watson et al, 2009). Relativamente às competências de intervenção, o psicólogo atua sobre a regulação emocional dos indivíduos e tem uma formação mais abrangente no desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida. O seu apoio caracteriza-se essencialmente pela expressão de pensamentos individuais, sentimentos e preocupações sobre a relação do doente com a doença, auxiliando no desenvolvimento de estratégias de coping, podendo ajudar os doentes e as suas famílias a encontrarem as suas próprias soluções para as suas preocupações (Payne & Haines, 2002).

Relativamente ao papel do psicólogo com o doente, com os familiares e com os profissionais, verifica-se que as suas contribuições nos CP, podem ser distribuídas em três níveis: após o diagnóstico, o psicólogo fornece apoio aos doentes e às suas famílias, facilitando a comunicação entre o doente e profissional. Durante a doença avançada progressiva, o psicólogo desenvolve um trabalho psicossocial com o doente e com a sua família. Durante as intervenções aborda o luto antecipatório e as reações de ajuste, as questões existenciais e espirituais, os transtornos mentais, a desordem mental, a dor e a gestão de sintomas físicos, o planeamento antecipado de cuidados e as preocupações de vida não resolvidas. Por fim, o psicólogo desenvolve a terapia do luto (Golijani-Moghaddam, 2014).

Necessidades do doente em Cuidados Paliativos e papel do Psicólogo

No que diz respeito às necessidades do doente em Cuidados Paliativos, salienta-se as necessidades psicológicas e espirituais como a ansiedade e preocupação dos seus familiares e amigos, a ansiedade ou preocupação em relação à doença e tratamento, a necessidade de se sentirem em paz, a necessidade de partilharem emoções e as necessidades físicas como a dor (Azevedo, 2018).

O papel do psicólogo destaca-se pela oferta de condições ao doente para lidar com a situação e redescobrir o sentido da vida (Figueiredo & Bifulco, 2008), facilitando a adaptação à doença, salientando o que o doente já viveu até ao momento, nomeadamente conquistas e bons momentos (da Silva Júnior & Resende, 2017) e proporcionando que viva, independentemente do tempo que ainda lhe resta, uma vida com dignidade, autonomia e entendendo a morte como uma fase natural da vida (Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015). Como profissional de saúde, o psicólogo deve observar e ouvir cuidadosamente as palavras e os silêncios, uma vez que é ele quem mais pode oferecer, no campo da terapia humana, a possibilidade de confronto do doente com a sua angústia e sofrimento na fase da doença, procurando ultrapassar os períodos de crise como a morte (Porto, Gláucia, & Lustosa, 2010). O psicólogo procura compreender o que o doente deseja, fornecendo estratégias para que possa lidar com a sua condição como uma pessoa que pensa e sente, mantendo ativas as suas opiniões, decisões e o sentido de autonomia, o que repercute diretamente no seu bem-estar físico e emocional (da Silva Júnior & Resende, 2017). Para além destas contribuições, o psicólogo apoia o doente na tomada de decisões complexas, na resolução de problemas, nas questões pendentes; na identificação de possíveis fontes de stress, fornecendo técnicas para

gerir os sintomas, tratamentos ou situações; aprimorando os próprios recursos e implementando novos; apoia na reestruturação de crenças erradas, estabelecendo objetivos realistas e concretizáveis, e por fim, ajuda o doente a recuperar a sua autoestima e segurança (Haley, et al., 2003; Reverte, et al., 2008). Desta forma, verifica-se que o vínculo entre o psicólogo e o doente é crucial para que a abordagem seja eficaz, pois o psicólogo 1. auxilia na compreensão da relação entre o doente e a doença, 2. possibilita a percepção dos sentimentos que surgem simultaneamente às dúvidas e às incertezas ao longo do tratamento (da Silva Júnior & Resende, 2017), 3. minimiza o sofrimento inerente a esta fase da vida, e 4. facilita as relações entre a equipa e o doente e o doente e a família (Melo, Valero, & Menezes, 2013).

Relativamente ao papel do psicólogo com o doente e com os familiares, este encontra-se particularmente preparado para compreender a experiência idiossincrática de morrer e para intervir junto dos indivíduos com doença avançada progressiva e dos seus familiares (Bayés, 2006; Beloff et al. 2008). O trabalho do psicólogo simboliza o apoio emocional aos familiares, a escuta qualificada, o suporte para a tomada de decisões e o acompanhamento dos processos de luto (Inácio, Vollmann, Langaro, & Silva, 2015).

Necessidades da família em Cuidados Paliativos e papel do Psicólogo

No que diz respeito às necessidades da família, é de salientar que o papel do prestador de cuidados no contexto de CP, está associado a exigências físicas e emocionais extremamente elevadas, (Lloyd-Williams, Dennis & Taylor, 2004) assumindo um papel social multidimensional, que se altera ao longo do percurso da doença do familiar, em que as exigências e necessidades variam da mesma forma que os recursos (Payne, 2007). Segundo Arranz et al (2003), destaca-se: esgotamento físico e mental, labilidade emocional, sintomatologia e ou perturbações depressivas, sintomatologia e/ou perturbações de ansiedade, abuso de substâncias, perturbações do sono e alterações do apetite. Pode ainda verificar-se alterações na dinâmica de organização e funcionamento familiar (ex: reajustamento da estrutura familiar, redistribuição de papéis); alterações nos padrões de comunicação (ex: conspiração do silêncio); alterações na relação com a rede (ex: isolamento); e luto antecipatório (Cobos, Almendro, Stempel, & Molina, 2002).

Relativamente à vivência familiar, independentemente do contexto de prestação de cuidados, a doença, o morrer e a morte não são acontecimentos meramente individuais, mas de significado e impacto coletivo (Osswald, 2013). A fase terminal da doença e, por

consequente, a eminência da morte de um dos membros da família assume-se como uma das crises mais difíceis que o sistema deve enfrentar, com impactos no sistema no seu todo, nos seus elementos e nas relações (Monroe & Oliviere, 2009; Rolland, 1984, 1987, 2005).

No que diz respeito ao papel do psicólogo com os familiares, a sua intervenção depende das necessidades de cada pessoa em particular. De acordo com as necessidades identificadas, o papel do psicólogo consistirá em facilitar o processo de adaptação à realidade da situação clínica do familiar, potenciando os seus recursos e diminuindo a sua vulnerabilidade (Arranz et al 2003).

Na intervenção de luto do psicólogo com a família, é de extrema importância ter em consideração que existem determinados fatores que podem alterar a forma como as pessoas vivenciam o luto, fatores estes que, de acordo com Worden (1983) se podem dividir em seis categorias: características da pessoa que morreu; natureza da relação de vinculação; circunstâncias da perda; história pessoal; personalidade e variáveis sociais. O luto antecipatório caracteriza-se pela absorção da realidade da perda de uma forma gradual, ao longo do tempo (Franco, 2008). Nesta fase, o familiar irá resolver questões pendentes com a pessoa doente, nomeadamente, expressar sentimentos, perdoar e ser perdoado, iniciará mudanças de conceção sobre a vida e a sua identidade e irá realizar planos para o futuro de forma a que não seja sentido como traição por parte da pessoa doente (Franco, 2008). Durante a intervenção é fundamental ter em consideração que o processo de luto, pode ocorrer de forma adaptativa ou de forma desadaptativa. Franco (2008) define como luto adaptativo, a aceitação da realidade da perda, a confrontação das emoções relacionadas com a perda, a adaptação à vida sem o ente querido, o encontro de formas adequadas para lembrar a pessoa que morreu e a reconstrução da identidade e da vida, por parte do familiar. Arizmendi e O'Connor (2015) acrescentam que este tipo de luto engloba respostas de coping positivas, por parte do familiar, um ajustamento à perda de forma saudável, a recordação com carinho da pessoa que morreu e a capacidade de experienciar e expressar emoções positivas. Em contrapartida, relativamente ao luto desadaptativo, Boerner e Shulz (2009) nomeiam alguns aspetos que podem originar o desenvolvimento de um luto desadaptativo, nomeadamente a existência de uma grande saudade pela pessoa que morreu, a ocorrência de sentimentos intrusivos e recorrentes acerca da ausência dessa mesma pessoa, impossibilitando a construção de novas relações interpessoais e a participação em atividades do quotidiano. A dor emocional significativa relacionada com a perda e o sentimento de anseio contínuo para com o ente querido, são fatores que podem levar a este tipo de luto (Arizmendi & O'Connor,

2015).

Relativamente aos modelos de luto destaca-se a Teoria da Vinculação, desenvolvida por Bowlby (1982), que refere que os tipos de vinculação, principalmente a segura e a insegura, associam-se a várias formas e resultados de reação à perda. O processo de luto pode ser compreendido com base em diversas fases, que estão relacionadas com este processo e passam pelo entorpecimento, a procura e saudade, a desorganização e desespero e, por último, a reorganização (Bowlby, 1982). De acordo com Worden, o psicólogo tem um papel essencial no processo de luto intervindo no sentido de promover 1. a aceitação da realidade da perda, 2. o processamento das emoções e sofrimento da perda, 3. a adaptação a um novo mundo sem a pessoa perdida, 4. construindo com a mesma uma ligação duradoura prosseguindo com a sua nova vida (Worden, 2009).

No processo de luto o psicólogo assume-se como essencial na facilitação de um processo de reconstrução de significado da perda ajudando o enlutado a construir um sentido na experiência da perda e encontrar benefícios (Janoff – Bulman, 2004), (Calhoun & Tedeschi, 2010), integrando uma nova realidade (O'Connor, 2002). Segundo Gillies e Neimeyer (2006), a reconstrução de significado da perda leva o indivíduo a perceber o mundo de uma forma diferente, reavaliando prioridades, permitindo o crescimento pessoal, novas relações, uma nova visão do mundo e novas perspetivas.

As estratégias de intervenção como a reestruturação cognitiva (Cherny, 2009), são eficazes na medida em que atuam nos familiares, no sentido de modificarem a avaliação que fazem da sua situação atual, diminuindo a intensidade do seu sofrimento e potenciando um sentido de maior confiança e dignidade (Chochinov, Hack, Hassard & Kristjanson, 2005).

Necessidades dos elementos da equipa e papel do Psicólogo junto dos profissionais

No que diz respeito ao papel do psicólogo com os profissionais, de acordo com Beloff et al (2008), a intensidade emocional decorrente do tipo de trabalho realizado em CP pode exercer uma influência nas dinâmicas de uma equipa, afetando as relações entre profissionais. O trabalho desenvolvido em CP afeta os profissionais de saúde, devido ao contacto permanente que têm com a morte (Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011). As perdas repetitivas, o ambiente intenso (Abiven, 2001), a comunicação de más notícias, (Twycross, 2001) as poucas condições de trabalho (ex: recursos inadequados, falta de profissionais na área e falta de organização nos sistemas de saúde) são algumas problemáticas que conduzem ao desgaste

dos profissionais (Cole & Carlin, 2009). Desta forma, alguns profissionais revelam ansiedade e depressão (Cole & Carlin, 2009). A percepção de stress continuada e prolongada no tempo poderá levar ao burnout do indivíduo (Beloff et al., 2008). De acordo com os autores, a síndrome de burnout pode ter repercussões importantes nos profissionais de saúde e respetivamente nas suas equipas, especialmente nos profissionais que trabalham em CP. Os autores explicam que a maior parte dos profissionais de saúde não obtiveram formação ou preparação adequada para o impacto emocional que a sua função acarreta. Neste sentido, o psicólogo, através da sua formação e competências específicas, é o profissional mais competente e melhor colocado para intervir no sentido da construção de significado de situações complexas e para ajudar outros profissionais a reconhecerem e identificarem estas questões (Beloff et al., 2008). De acordo com Payne & Haines (2002), os psicólogos têm competências para atuar junto da equipa no sentido de atenuar o stress associado à perda contínua de pessoas acompanhadas pela equipa de Cuidados Paliativos. Uma forma através da qual os psicólogos podem atuar a este nível é através da realização de sessões de reflexão direcionadas para a partilha livre de experiências, facilitando o suporte emocional e reduzindo eventuais sentimentos de culpa.

Concluindo, a intervenção psicológica e psicoterapêutica é particularmente pertinente no contexto dos CP e na promoção de bem-estar e/ou diminuição do sofrimento, repercutindo-se inequivocamente numa melhor qualidade de vida das pessoas com doença e dos seus familiares (Carqueja & Costa, 2014).

Método

Objetivos do estudo

Com a realização deste estudo pretende-se compreender/caracterizar o papel dos Psicólogos nas Unidades de Cuidados Paliativos em relação ao doente, à família e à equipa.

Pretendeu-se explorar especificamente:

Objetivo 1: Explorar a perceção do psicólogo acerca do seu papel junto dos doentes: necessidades, objetivos, obstáculos e facilitadores.

Objetivo 2: Explorar a perceção do psicólogo acerca do seu papel junto dos familiares: necessidades, objetivos, obstáculos e facilitadores.

Objetivo 3: Explorar a perceção do psicólogo acerca do seu papel com a equipa multidisciplinar: necessidades, obstáculos e facilitadores.

Objetivo 4: Compreender a perceção do psicólogo acerca da intervenção psicológica no contexto dos cuidados paliativos: necessidades, obstáculos e facilitadores.

O estudo irá seguir uma metodologia qualitativa de carácter exploratório. Segundo Creswell (2007), esta metodologia possibilita uma visão mais abrangente e permite observar os fenómenos sociais de uma forma mais holística. É uma abordagem que se interessa pela compreensão dos significados que são atribuídos aos fenómenos no que diz respeito ao mundo social. Ao privilegiar o testemunho de cada participante obtido através de uma entrevista irá permitir explorar as suas perceções, vivências e o seu enquadramento contextual (Marecek, 2003).

De acordo com os objetivos do nosso estudo, será utilizado o método qualitativo, uma vez que a partir deste conseguimos entender e compreender, de uma forma mais precisa e aprofundada, toda a pessoa num contexto mais subjetivo (Ritchie & Lewis, 2003).

Neste sentido, a entrevista semiestruturada constitui-se o método de recolha mais ajustado (Ritchie & Lewis, 2003).

Amostra

A amostra utilizada é de conveniência e intencional. Os participantes, dois homens e duas mulheres, são psicólogos clínicos da saúde que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos no Porto e na Área Metropolitana Do Porto, há mais de 3 anos.

P1: E; P2: J; P3: F; P4: S.

Instrumentos

A entrevista semiestruturada foi guiada por um conjunto de tópicos que constituem o guião da entrevista. Este procura explorar a perceção dos psicólogos relativamente ao papel que desempenham no contexto de Cuidados Paliativos, nomeadamente junto do doente, da família e da equipa multidisciplinar, incluindo a sua perceção sobre necessidades, obstáculos e facilitadores.

Procedimentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através da entrevista semiestruturada, agendada no momento e no local que fosse mais conveniente para o participante. Depois de clarificarmos, mais uma vez, o objetivo do estudo, e garantidas as condições de anonimato e confidencialidade dos dados, os participantes assinaram o consentimento informado. Em todas as entrevistas foi realizada a gravação em áudio, com uma duração de aproximadamente 60 minutos.

Tratamento e Análise de Dados

Todos os dados foram tratados de forma anónima de forma a assegurar todas as questões éticas e de confidencialidade. Procedeu-se à transcrição das entrevistas e realizou-se uma leitura flutuante das mesmas.

O tratamento dos dados realizou-se de acordo com os princípios da *grounded theory*, que têm como principal objetivo gerar teoria que é construída com base na recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados e na orientação dos investigadores através de um processo indutivo de produção de conhecimento (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). A *grounded theory* preocupa-se em recolher interpretações objetivas, fiéis e válidas, refletindo um esforço de controlar o ponto de vista individual e compreendendo a experiência e

construção de significados (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). Esta abordagem proporciona o desenvolvimento da sensibilidade teórica, de modo a criar abertura para desafiar os próprios pressupostos, aprofundar a experiência e olhar para além da literatura (Corbin & Strauss, 1990; Fernandes & Maia, 2001). Estes princípios parecem-nos coerentes com a natureza exploratória do nosso estudo.

Posteriormente, e a partir do envolvimento dos dois investigadores, desenvolveu-se o processo de codificação, através da criação de categorias, onde se estabeleceu as relações de similaridade entre conceitos que parecem associar-se ao mesmo fenómeno (Fernandes & Maia, 2001; Elo & Kyngäs, 2007; Saldaña, 2015).

A análise de dados foi suportada pelo software N-VIVO11.

Resultados e Discussão

A apresentação e discussão dos resultados considerou os objetivos do estudo. Para uma melhor compreensão, o sistema de categorias encontra-se na íntegra em anexo, sendo que, por si só, já se constitui como um resultado. É de salientar que a negrito são apresentadas as categorias geradas a partir da análise dos dados. Ao longo da apresentação procederemos igualmente à análise dos nossos resultados integrando dados da literatura.

Vivência psicológica do doente e suas necessidades

Na perceção do psicólogo, relativamente ao **estado emocional** do doente (15 REF^a), dois participantes (P3|P4 / 2 REF^a) descrevem o **sofrimento existencial** (“*A equipa normalmente sinaliza ou seja, quando consegue perceber que os utentes estão num sofrimento existencial muito grande*”; (...) *os doentes já estão numa fase de declínio, quase em agonia, ou pré agonia ou uma fase já de agitação terminal em que os doentes têm sofrimento existencial*”); onde está presente a **tristeza**, referido por um participante (P1/ 1 REF^a) (“*E é muito interessante vermos nos doentes que a tristeza e temos vindo a constatar que quer a tristeza quer o sofrimento têm uma prevalência muito maior do que o próprio quadro depressivo*”). Um dos participantes reporta que os doentes apresentam dificuldades na **compreensão da vivência**, (P1/ 1 REF^a) (“(...) *quando o doente diz “mas isto eu sei Dr. isto tá para terminar e a mulher diz “oh não fales isso, tu és doido, não vais estar a falar disso, não vais morrer nada, isto não vai acontecer, tu ainda vais ficar bem.” Ou seja, temos aqui 2 níveis de compreensão da vivência*”); e estão **magoados com percurso** (P1/ 1 REF^a) (“*Porque as palavras são palavras e naturalmente estas pessoas tão muito feridas e que estão muito magoadas com o (seu) percurso*”). Os nossos dados são coerentes com os encontrados por Cassell (1991), o sofrimento caracteriza-se como um estado de desconforto severo, provocado por uma ameaça atual ou percebida como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo. O intenso sofrimento psicológico experienciado ao longo da trajetória do doente encontra-se associado a uma prevalência significativa de sintomas de ansiedade e depressão (Trancas, et al., 2010). Azevedo (2018), refere que o doente apresenta ansiedade ou preocupação em relação à doença e tratamento.

Relativamente às **necessidades do doente** (17 REF^a), três participantes (P4|P1|P3 / 17 REF^a) descreveram **necessidades emocionais**, nomeadamente: **alívio sofrimento** (P4 / 1

REF^a); face às **perdas relacionadas com a doença** (P4 / 1 REF^a); que ameaçam o **equilíbrio e o bem estar psicológico** (P1/ 1 REF^a) (“*é a possibilidade de se encontrar um equilíbrio no bem-estar psicológico, que é transcrito muita das vezes(...)*”). A estas necessidades emocionais está associado o **receio de falar** (P3/ 1 REF^a) (“*(...) há determinadas situações que eles querem partilhar e têm (...), algum receio, não falam com a equipa*”); o **receio de falar com a família** (P3/ 1 REF^a) (“*(...) “ai não vou falar porque ao falar daquilo que sinto, se calhar vou preocupá-los”*”); e de a **preocupar** (P3/ 1 REF^a). De acordo com Azevedo (2018), as necessidades do doente em CP, caracterizam-se em necessidades psicológicas e espirituais como a ansiedade e preocupação dos seus familiares e amigos, a ansiedade ou preocupação em relação à doença e tratamento, a necessidade de se sentirem em paz, a necessidade de partilharem emoções e por fim as necessidades físicas como a dor.

As **necessidades de processamento de informação** (P3| P4 / 6 REF^as), são também apontadas: **falta de consciência da etapa de doença** (P3 / 1 REF^a) e **o que faz sentido neste momento** (P4 / 2 REF^a). Surgem igualmente necessidades de natureza prática de **apoio à resolução problemas** (P3 / 1 REF^a) (“*e às vezes são coisas muito importantes, e é uma cama, uma presença, um partilhar de algumas situações, de algumas coisas que ainda não estão resolvidas*”); e a **incompreensão** (P1 / 1 REF^a). Estas necessidades são asseguradas pelo psicólogo, pois este fornece apoio ao doente na tomada de decisões complexas, na resolução de problemas e nas questões pendentes (Haley, et al., 2003; Reverte, et al., 2008).

Vivência psicológica dos familiares e suas necessidades

Relativamente ao **estado emocional dos familiares** (12 REF^a), dois participantes descrevem **exaustão** (P2 | P4 / 5 REF^as) (“*Com o doente em vida, (...) aquilo que nós vemos sempre ou com muita frequência acontecer é o cuidador que está hipervigilante(...) Que não dorme, que tem medo que o marido ou que a mulher deixem de respirar ou que possa precisar de alguma coisa, (...) que deixa de cuidar de si próprio (...) situações de grande desgaste físico e psicológico são muito frequentes; (...) estão numa fase de muito exaustão, que também às vezes me permite que a família não seja tão capaz*”) e dois participantes descreveram **sofrimento** (P1|P4 / 2 REF^a) (“*há cuidadores que sofrem muito porque o outro está a sofrer e pelo amor que têm, pela dificuldade que têm, até muita das vezes da impotência que sentem em poder ajudar mais. (...)há outros cuidadores que sofrem porque estão a sofrer e então o sofrimento deles é porque não queriam estar a sofrer*”); (comunique

com o doente de uma forma eficaz, (...).. às vezes as famílias não conseguem porque já têm muito sofrimento, porque não conseguem, porque elas próprias estão esgotadas. Segundo Arranz et al (2003), os familiares podem apresentar esgotamento físico e mental, labilidade emocional, sintomatologia, perturbações depressivas, sintomatologia e/ou perturbações de ansiedade, abuso de substâncias, perturbações do sono, alterações do apetite e perturbações de somatização. Pode ainda verificar-se alterações na dinâmica de organização e funcionamento familiar (ex: reajustamento da estrutura familiar, redistribuição de papéis); alterações nos padrões de comunicação (ex: conspiração do silêncio); alterações na relação com a rede (ex: isolamento); e luto antecipatório (Cobos, Almendro, Stempel, & Molina, 2002).

Quanto às **necessidades dos familiares**, todos os participantes (21 REF^{as}) descreveram necessidades emocionais, que incluem **impreparação** (P3 / 1 REF^a) (“(...) *estas famílias (...) não foram preparadas, ninguém tá preparado para estes momentos*”), que leva à **impotência** (P1 / 1 REF^a) (“(...) *há cuidadores que sofrem muito porque o outro está a sofrer e pelo amor que têm, pela dificuldade que têm, até muita das vezes da impotência que sentem em poder ajudar mais*”); a necessidade de **partilha e comunicação** (P3 / 1 REF^a) (“*porque até não temos esta oportunidade de nos sentarmos todos*”) e de **validarem o seu papel** (P2|P4 / 2 REF^a) (“(...) *perguntam muitas vezes se é normal, (...), porque é que eu ainda estou assim. (...) questões das vozes que se ouve e da sensação da presença, dos sonhos, (...) toda essa gama de experiências que podem ser mais ou menos estranhas para as pessoas; (...) estas famílias muitas vezes necessitam de apoio psicológico também para validar o tipo de trabalho ou intervenção*”). A literatura realça que a fase terminal da doença e, por conseguinte, a eminência da morte de um dos membros da família assume-se como uma das crises mais difíceis que o sistema deve enfrentar, com impactos no sistema no seu todo, nos seus elementos e relações (Monroe & Oliviere, 2009; Rolland, 1984, 1987, 2005). Arranz et al (2003) referem que o papel do psicólogo consistirá em facilitar o processo de adaptação à realidade da situação clínica do familiar, potenciando os seus recursos e diminuindo a sua vulnerabilidade.

Intervenção psicológica junto do doente e familiares

No que diz respeito aos **objetivos da intervenção psicológica junto do doente** (41 REF^a), todos os participantes descreveram que o **psicólogo tem como objetivos ir de encontro ao doente** (P4 / 1 REF^a), **colocá-lo perante a evidência humana** (P1 / 1 REF^a)

“Esta abordagem visa sobretudo podermos colocar a pessoa naquilo que é uma evidência humana que é o nascer e o morrer”); **ajudar a identificar necessidades** (P2|P3 / 5 REF^a) (“(...) sinto que a nossa mais valia é mesmo na compreensão da forma como a pessoa expressa o seu sofrimento, as suas dúvidas, os seus pensamentos”); **cuidar do self** (P2 / 2 REF^a) (“eu costumo ver muito a nossa atuação como: nós nao cuidamos diretamente do corpo, cuidamos do self”); Relativamente a esta categoria, a literatura refere que o doente deve manter a sua autodeterminação com vista à tomada de decisão e a dignidade em que é desejável que os CP sejam prestados de uma forma sensível e respeitada; perceber **como vivencia doença** (P4 / 1 REF^a); e o **seu impacto** (P4 / 1 REF^a). É também referida a necessidade **valorizar sofrimento** (P2 / 1 REF^a) (“Portanto acho que é uma questão de eu não sei se esta palavra existe assim.. o valorar ou dar o devido valor ao sofrimento daquela pessoa”); e **de que forma o pode aliviar** (P4 / 1 REF^a). O psicólogo fornece a sua **presença** (P2 / 1 REF^a) (“sabemos que há outras pessoas que são mais circunspectas que não dizem nada, que tão num sofrimento e que nós temos que quase que arranjar maneiras de impor de uma forma simpática a nossa presença até não se justificar, mas na esperança que se consiga chegar a algum lado”); **restituindo a perceção de controlo** (P1 / 2 REF^a) (“(...) o controlo da própria vida e estes doentes, (...) o grande problema deles para além da dependência, é não ter controlo. foram apanhados na esquina por uma doença que os vai levar à morte. E então aqui o controlo, porque eles não controlam a quimioterapia (...) não consigo fazer quimioterapia por exemplo. “eu até fiz tudo direitinho, eu não percebo o que é que está a acontecer” - então é aqui, nas nossas intervenções, é fundamental, é essencial e é nuclear restituir ao outro a perceção de controlo sobre as coisas”); proporcionando **aceitação, validação, normalização** (P2 / 1 REF^a) (“(...) é uma coisa muito relacional, muito de aceitação, muito de validação, de expressão de coisas ainda não expressas e se calhar com menos frequência se entra na modificação de cognições”). De acordo com Martínez & Barreto (2002), o psicólogo centra-se no alívio do sofrimento do doente e da família, facilitando o processo de adaptação à doença e à morte (estratégias de coping adaptativas), respondendo às necessidades emocionais através de técnicas de intervenção psicológica. Para isto o psicólogo precisa de **compreender a organização do doente com família** (P1 / 2 REF^a) (“é muito importante para nós, a maior parte das vezes, a 1^a consulta do doente ser feita em conjunto. percebermos sobretudo como é que a organização num contexto de 2 com mais 1 funciona”); **abordar as incompetências comunicacionais** (P1 / 1 REF^a) e **facilitar a comunicação com doente e família** (P3 | P4 / 3 REF^a). É também objetivo da intervenção do psicólogo **facilitar comunicação com doente e equipa** (P3|P4 / 2 REF^a) (“Às vezes também

*temos que ser nós a mediar um bocadinho as questões doente-família-equipa. Também é o nosso papel, não é só intervir diretamente com a família, só com o doente, mas também com a equipa nesse sentido. Muitas vezes a gestão de comunicação que às vezes ajudam a melhorar a qualidade de vida do doente e que ele esteja mais tranquilo”); O psicólogo procura também manter a **acessibilidade** (P2 / 1 REF^a), sem nunca olvidar a **compreensão dos próprios limites** (P2 / 1 REF^a) (“E também me parece que perceber os nossos limites, não é. Saber que há um certo ponto que nós, uma coisa é que sabemos que ela pessoa tá realmente em sofrimento e outra coisa é percebermos se aquele sofrimento pode ser objeto da nossa intervenção ou não”).*

No que diz respeito à **intervenção psicológica junto dos familiares** (38 REF^a), todos os participantes descreveram que **o psicólogo tem como objetivos**: responder às necessidades emocionais ex: **reduzir ansiedade** (P2 / 1 REF^a); **compreender o seu papel** (P1 / 1 REF^a) (“*Quem é o cuidador, que papel tem? Papel ativo, evidente, sufocante? Tem papel que se anula, que dá privilégio ao doente? É capaz de escutar, não é? (...)De que forma é que eu tenho este cuidador como um parceiro de ajuda ao doente ou tenho um doente que é parceiro na ajuda ao cuidador?*”); **identificar as suas preocupações** (P3 / 1 REF^a); responder à mediação doente/famíliaes, **respeitando relação família doente** (P4 / 1 REF^a); compreender se existe **conspiração do silêncio** (P1 P3 / 2 REF^a) (“*(...)De que forma falam abertamente da situação. Falam da vivência? Não falam? Que nomes dão ao que está a acontecer? Que nomes dão à doença?*”) para posterior **resolução e compreensão das coisas** (P1 / 1 REF^a) e integrar a família no sistema, **informando a família que apoio existe** (P4 / 2 REF^a); **explicar as decisões e os objetivos do plano de cuidados** (P3 / 1 REF^a); **compreender organização do sistema** (P1 P4 / 3 REF^a) (“*(...) na 1ª consulta ajuda imenso estarem os dois ou os 3 dependendo de quem vem*”). Na preparação para o processo de perda **perceber como família estava antes da doença** (P4 / 1 REF^a); **avaliar a sua personalidade** (P1 / 1 REF^a); fazer com que se **centre no presente** (P4 / 1 REF^a) (“*(...) ele quando estiver vivo está vivo e é importante que as pessoas sintam isso, sintam a presença do doente como vivo naqueles momentos*”); **ajudar a integrar possibilidade de sofrer** (P1 / 1 REF^a) (“*(...) colocarmos isto num processo natural da própria vida e do próprio decorrer da vida de cada um de nós*”); fazer com que **família comunique com doente de forma eficaz** (P3 | P4 / 2 REF^a); **preparar familiares para que luto não seja doloroso** (P1 / 1 REF^a) (“*(...) quando as pessoas dizem que querem que as cinzas sejam lançadas ao mar. O que é que significa para si depois não ter sítio, para ir junto de partes, seja em cinzas, seja de outra forma do seu marido ou da sua*

esposa, já pensou sobre isso? E isto são situações muito objetivas, muito reais de como nós podemos ir preparando aqui para que o luto não seja uma coisa mais dolorosa do que ela já é naturalmente.”); **ajudar a lidar com a perda** (P4 / 1 REF^a). Segundo Golijani-Moghaddam (2014), durante as intervenções o psicólogo aborda o luto antecipatório e as reações de ajuste, as questões existenciais e espirituais, os transtornos mentais, a desordem mental, a dor e a gestão de sintomas físicos, o planeamento antecipado de cuidados e as preocupações de vida não resolvidas. No pós perda, o psicólogo estabelece **contacto família** (P4 / 1 REF^a), **normaliza e valida** (P2 / 3 REF^a) (“*grande parte das intervenções é a normalizar e a validar processos que são normais*”); faz com que as **famílias tenham noção que a sua perda é adaptativa** (P4 / 1 REF^a) e acima de tudo, o psicólogo demonstra que existe **porta aberta para quando necessário** (P4 / 1 REF^a) (“*eu costumo dizer que é a porta aberta. estamos ali, dizemos (...) que este apoio existe, esta intervenção psicológica existe nesta fase, não só na fase da doença mas também posteriormente no luto, mas as pessoas saberem que no momento podem não necessitar mas no outro momento estamos lá para ajudar*”). De acordo com Worden (2009), o psicólogo tem um papel essencial no processo de luto intervindo no sentido de promover 1. a aceitação da realidade da perda, 2. o processamento das emoções e sofrimento da perda, 3. a adaptação a um novo mundo sem a pessoa perdida, 4. construindo com a mesma uma ligação duradoura prosseguindo com a sua nova vida.

Obstáculos e facilitadores à intervenção psicológica junto dos doentes e familiares

Relativamente aos **obstáculos** da intervenção psicológica com os doentes (31 REF^a), todos os participantes descrevem **condição dos doentes** (P1 / 1 REF^a); **cuidados paliativos como derrota** (P1 / 1 REF^a) (“*Muito da narrativa que os doentes nos fazem chegar (...) eles dizerem “pois, este acompanhamento psicológico é importante, mas devia ter acontecido muito mais cedo” porque agora eu de facto sei que isto é irreversível, O que é que leva? Leva depois a chegada aos cuidados paliativos seja quase como uma derrota*”); **dificuldade interpretação** (P2 / 1 REF^a); **doente não entender papel do psicólogo** (P4 / 1 REF^a); **dominância de sentimentos negativos** (P3 / 1 REF^a) (“*Quando ainda estão na fase do curativo, na parte da procura do curativo é um bocadinho difícil porque tem um conjunto de emoções e de sentimentos ligados às vezes com a frustração, com a raiva, com a revolta, e aí olham para aquele técnico como “o que é que tu me vens cá fazer”*”); **estigma associado a Cuidados Paliativos** (P3 / 1 REF^a) (“*(...) já não há nada a fazer*”); **falta de espaços** (P3 / 1 REF^a). **tempo** (P2 e P3 / 3 REF^a).

Relativamente aos **obstáculos** da intervenção psicológica com a família (31 REF^a), todos os participantes referiram **conspiração do silêncio** (P4 / 1 REF^a); **estigma associado ao psicólogo** (P4 / 2 REF^a); **procura de outras possibilidades** (P3 / 2 REF^a); **questões disfuncionais família** (P4 / 2 REF^a) (“(...) quando a família não quer falar com o doente sobre isso, (...) família também tenta-nos dizer “não quero que fale com o meu familiar porque não quero que lhe diga nada.””); **solidão** (P1 / 2 REF^a) (“Por outro lado, muita das vezes também muita solidão de quem fica sozinho e tem medo (...)”); **consulta de luto – impacto local** (P4 / 2 REF^a) (“As pessoas normalmente quando vêm à consulta de luto referem que de facto vir cá novamente a um espaço onde o familiar esteve internado e onde o familiar morreu é um fator que é uma barreira”); **falta de espaços** (P3 / 2 REF^a); **falta de psicólogos** (P3 / 1 REF^a); **referenciação tardia** (P3 / 1 REF^a) (“A referenciação tardia, (...) os nossos utentes e famílias serem referenciados muito tarde, que é um ponto fraco”); **tempo** (P3 / 2 REF^a). Em contrapartida, a Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, em Portugal, no que diz respeito à garantia de qualidade, 1. Os modelos de promoção e gestão da qualidade são de aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da Rede Nacional Cuidados Paliativos, sendo fixados pelo Ministério da Saúde, sob proposta da Comissão Nacional (Diário da República, 1.ª série – N.º 172 – 5 de setembro de 2012).

No que diz respeito aos **facilitadores** da intervenção com o doente (8 REF^a), um participante (P1 / 2 REF^a) referiu **não ter pressão de horas**.

Relativamente aos **facilitadores** da intervenção com os familiares (9 REF^a), um participante referiu **família funcional** (P4 / 1 REF^a) (“(...) se temos uma família funcional por de trás de um doente é importante porque é um fator facilitador, vai-nos ajudar muitas vezes (...) na questão da comunicação com o próprio doente, se há situações para resolver, se a família funcione de uma forma normativa, pode nos ajudar a ser um fator facilitador para chegarmos até ao doente”); **pós morte intervenção facilitada com família** (P2 / 4 REF^a) (“(...) num período de luto o processo pelo menos para nós fica mais fácil, é muito mais fácil de gerir porque não há idas à urgência, (...) não há aquela instabilidade, aquela angústia toda; É um trabalho muito mais fácil de estruturar e portanto conseguimos dar respostas mais rapidamente, (...)”).

A equipa multidisciplinar: necessidades e competências

Relativamente à perceção do psicólogo sobre a equipa, nomeadamente as suas necessidades (18 REF^a) três participantes descreveram **burnout** (P1, P2, P3 / 4 REF^a) (*“Muitos vão porque são obrigados e esses sim entram em burnout porque 1º são obrigados, 2º não têm formação interna sobre o desenvolvimento pessoal (...)”*). Um participante referiu **supervisão e reflexão** (P3 / 2 REF^a) (*“saber que haveria ali uma disponibilidade ou momento de e sim, quando nós tivéssemos em alturas que tivéssemos assim mais cansados, mais exaustos emocionalmente, com situações que de facto nos tocassem, difíceis de gerir e até de nos distanciar, nas nossas vidas pessoais, seria uma mais valia (...)”*).

Na perceção do psicólogo, relativamente às **características da equipa** (19 REF^a), todos os participantes referiram **equipa bem formada e informada** (P2 e P3 / 2 REF^a) (*“(...) é uma equipa muito atenta e muito peculiar a nossa, (...) é uma equipa muito bem formada e informada (...)”*); **bem apetrechada** (P4 / 3 REF^a) (*“(...) estas equipas tão bem apetrechadas, de facto têm todos os profissionais que necessitam para intervir com os doentes e com as famílias em paliativos, portanto, nós falamos de médicos, de enfermeiros, de auxiliares, de nutricionistas, de psicólogos, de até padres ou freires que dão apoio espiritual”*); com competências de **comunicação** (P2 e P4 / 3 REF^a). De acordo com a literatura, as boas capacidades de comunicação são pré-requisitos essenciais para CP de qualidade; a comunicação refere-se à interação entre o doente e os profissionais de saúde mas também entre os doentes e os seus familiares, assim como a comunicação entre os diversos profissionais e entre os diversos serviços implicados (Capelas, Silva, Alvarenga, & Coelho 2016). Equipa **atenta à dimensão psicológica** (P4 / 1 REF^a), **reconhecendo a importância da intervenção** (P1 e P4 / 3 REF^a) (*“(...) (...) há um maior reconhecimento do que nós fazemos. Há situações que nunca nos pederiam há 15 anos atrás e agora pedem”*).

Todos os participantes identificaram obstáculos ao envolvimento do psicólogo na intervenção multidisciplinar (20 REF^a), reportando: **ilusão dos doentes** (P1 / 2 REF^a) (*“aqui é ilusão de eu ficar bem e muita das vezes isto é induzido pelos profissionais de saúde muito vincada e muito intensa, sempre aqui com cariz de bondade de quem diz, (...) ”*); **achar a intervenção psicológica de todos** (P1 / 1 REF^a), e **difficuldade de delimitação** (P1 / 3 REF^a) (*“A intervenção médica é só do médico, a intervenção dos enfermeiros é só dos enfermeiros, a psicológica toda a gente sabe e até o apoio psicossocial portanto tudo isto dá aqui aso a que haja uma interpretações erradas daquilo que é a nossa intervenção e dos limites dos*

outros. (...) *uma das barreiras grandes é esta dificuldade da limitação até onde ir*”); **expectativas que criam sobre o psicólogo** (P4 / 2 REF^a) (“(...) *esperar que nós resolvemos tudo rapidamente, que às vezes não é possível porque estes processos psicoterapêuticos demoram de facto tempo (...)*”). São igualmente obstáculos ao envolvimento do psicólogo na intervenção multidisciplinar as **condições de trabalho** (P2 / 2 REF^a), incluindo o **número horas insuficientes** (P3 / 1 REF^a), os **elementos insuficientes** (P4 / 2 REF^a), a **falha da comunicação** (P4 / 1 REF^a) que compromete a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais (Diário da República, 1.^a série – N.º 172 – 5 de setembro de 2012); a **falta linguagem de saúde** (P1 / 2 REF^a); os **juízos de valor aos familiares** (P1 / 1 REF^a) (“*Aquela ideia que não se quer cuidar e que não quer e que abandona, juízos de valor ainda é, ainda está muito impregnada nalguns profissionais de saúde e o julgamento sai muito rápido, mais depressa que a atitude*”).

Neste sentido os participantes identificaram mudanças a operar na equipa (14 REF^a), dois participantes descreveram mudanças ao **nível organizacional** (P2 / 1 REF^a); incluindo a **expansão da equipa** (P4 / 1 REF^a); **integração de psicólogo** (P2 / 1 REF^a); a necessidade de **profissionais com formação** (P4 / 5 REF^a) (“(...) *a formação é fundamental. Não só a formação teórica mas também prática. Que também de facto as equipas estejam cada vez mais bem apetrechadas não só no número de profissionais mas também na valorização dos próprios profissionais*”); e melhorar a **referenciação** (P4 / 2 REF^a).

Obstáculos e facilitadores à intervenção psicológica em Cuidados Paliativos

Na perceção do psicólogo relativamente à intervenção psicológica em CP, todos os participantes (P2|P3|P4|P1 / 9 REF^a) apontam necessidades de carácter organizacional como: **agenda** (P2 / 1 REF^a); **melhoria referenciação tardia** (P4 / 2 REF^a) (“*Se calhar a avaliação do distress psicológico do próprio doente. (...)a partir do momento em que o doente é referenciado para CP ou está, é um doente paliativo, há uma coisa muito simples que é o termómetro de distress – fazer uma avaliação*”); **necessidade de mais psicólogos** (P3 / 1 REF^a); **reconhecimento** (P1 / 1 REF^a) (“*Naturalmente, não são reconhecimentos como nós gostaríamos, ainda muito aquém daquilo que é efetivamente um reconhecimento genuíno, penso que isso não haverá*”); necessidades de carácter emocional como: **investir emocionalmente** (P2 / 1 REF^a), *esse senhor tem 1 semana de vida “o que é que tu vais lá fazer?”.. Vou estar ali a investir emocionalmente neste doente e ele mais dias menos dia vai*

falecer e portanto nós jogamos à defesa. Ter consciência dessas defesas é importante mas fazemos o nosso trabalho sem dúvida.”); desejando **salvar vida doente** (P2 / 2 REF^a) (“*lá no Hospital que parece uma coisa que não faz sentido nenhum, mas eu acho que para nós psicólogos faz, que é nos podemos ter a motivação não consciente de a pessoa, salvar a vida da pessoa, quer dizer nós se nos perguntarem o que é que nós temos a fazer não temos a salvar a vida de ninguém mas tudo em nós vai nesse sentido*”); que pode naturalmente pode provocar **angústia pessoal** (P2 / 4 REF^a) (“*É aquele turbilhão do fim de vida, a nossa própria angústia à mistura, não é. (...) controlo muito menos o processo do que num caso de luto*”), **burnout** (P2 / 1 REF^a) e **frustração** (P2 / 1 REF^a) (“*percebermos se aquele sofrimento pode ser objeto da nossa intervenção ou não. Porque pode ser frustrante para nós e sobretudo para nós pode ser uma espécie de uma batata quente: o que é que eu faço com todo este sofrimento*”). Segundo Beloff et al (2008), a maior parte dos profissionais de saúde não obtiveram formação ou preparação adequada para o impacto emocional que a sua função acarreta.

Os obstáculos descritos pelos participantes (36 REF^a) incluem: a **falta de recursos de psicólogos** (P3 / 1 REF^a); a falta de **acessibilidade** (P1 / 1 REF^a) que leva **ao trabalho não específico do psicólogo** (P2 / 4 REF^a) (“*(...)sinto que estou a fazer um trabalho que não é específico do psicólogo; Às vezes até a fazer outro trabalho que é de outro profissional, da enfermagem, ou da medicina, por constrangimentos, pela organização do próprio trabalho*”) e ao **pouco tempo alocado aos psicólogos** (P1 / 1 REF^a) (“*(...) o pouco tempo alocado para os psicólogos poderem se dedicar a estes doentes, e a este cuidar em fim de vida quer doente quer família e ao mesmo tempo*”); a falta de **tempo** (P1| P2| P3 / 4 REF^a); a **intervenção tardia** (P1 / 1 REF^a) (“*(...) os doentes (...) dizerem “pois, este acompanhamento psicológico é importante, mas devia ter acontecido muito mais cedo” porque agora eu de facto sei que isto é irreversível, faz-me sofrer* e o **tempo de espera das consultas** (P1 / 2 REF^a) são também obstáculos. Quando exploramos as razões para a referenciação tardia, problema identificado por todos os participantes, esta acontece devido à **desvalorização de sintomas psicológicos** (P4 / 2 REF^a) (“*(...) há desvalorização de alguns sintomas psicológicos*”); ao **doente** (“*(...) o doente que acha que cada vez mais está assim mais autónomo, ele próprio ser capaz de..*) ao **estigma de ir ao psicólogo** (P4 / 1 REF^a). Todos estes obstáculos despoletam **burnout** (P2 / 2 REF^a) (“*(...) nós podemos ter a motivação não consciente (...), salvar a vida da pessoa, quer dizer nós se nos perguntarem o que é que nós temos a fazer não temos a salvar a vida de*

ninguém mas tudo em nós vai sesse sentido. Quer dizer os nossos objetivos completamente irrealistas chegam e aí voltamos à questão do burnout porque aí num instante.”).

De acordo com Beloff et al (2008), a maior parte dos profissionais de saúde não obteve formação ou preparação adequada para o impacto emocional que a sua função acarreta. Segundo, Pereira, Fonseca & Carvalho (2011), o trabalho desenvolvido em CP afeta os profissionais de saúde, devido ao contacto permanente que têm com a morte. As perdas repetitivas, o ambiente deprimente (Abiven, 2001), a comunicação de más notícias, (Twycross, 2001) as poucas condições de trabalho (ex: recursos inadequados, falta de profissionais na área e falta de organização nos sistemas de saúde) são algumas problemáticas que conduzem ao desgaste dos profissionais (Cole & Carlin, 2009). Desta forma, alguns profissionais revelam ansiedade e depressão (Cole & Carlin, 2009). A perceção de stress continuada e prolongada no tempo poderá levar ao burnout do indivíduo (Beloff et al., 2008).

Por outro lado, existe por parte dos profissionais da equipa um **caminhar pouco realista** (P1 / 2 REF^a) (“(...) *um caminhar pouco realista nas ofertas que se fazem aos doentes e isto eleva para patamares muito altos de concretização do bem-estar das pessoas que depois se desmorona e é o caos (...)*”), baseado no **modelo biomédico** (P3 / 1 REF^a) (“(...) *modelo biomédico que é, (...) muito centrado ainda nesta questão do curar*”), com **lacunas de formação** (P1 / 1 REF^a) (“(...) *colegas que têm muitos deles cursos básicos ainda e que são recursos que já estão no sistema e as administrações vão buscá-los para eles exercerem estas áreas*”). Os profissionais **desvalorizam o trabalho do psicólogo** (P1 2 REF^a) (“*e aqui há uns tempos atrás assisti alguém com responsabilidades dizer que é importante que as pessoas se lembrem que a equipa base é médico e o enfermeiro, quem diz isto é a marcar o terreno..*”); considerando que **o doente é de todos** (P1 / 1 REF^a) (“*é exigido que a psicóloga da equipa de apoio psicossocial veja determinado doente, e a colega diz “não, mas eu não vou ver este doente porque amanhã está cá a colega que está a seguir a doente” e alguém lhe impor que tem que ver porque na equipa não há doentes de ninguém, portanto os doentes são de todos*”).

Quanto aos facilitadores da intervenção psicológica (1 REF^a), um participante referiu **liberdade de gestão de tempo** (P1 / 1 REF^a).

Perfil de competências do Psicólogo em Cuidados Paliativos

Relativamente às **especificidades do perfil do psicólogo** (13 REF^a) dois participantes descreveram: o **trabalho único e muito próprio** (P3 / 1 REF^a) (“(...) *conseguir, contactar as famílias de longe, de perto, agilizar as necessidades fundamentais e ir de encontro com aquilo que os nossos utentes pedem e precisam e vejo um momento de dignidade*”); o **conhecimento especializado** (P3 / 1 REF^a) (“(...) *aquilo que me parece o nosso conhecimento mais diferenciado, mais especializado, mais qualificado, permite um trabalho mais eficaz, naquilo que é pressuposto em equipa fazer no âmbito dos Cuidados Paliativos, ou seja, aquilo que me é transmitido pelos colegas de equipa é: quando fala, fala pouco, mas quando fala tem um saber diferenciado, pronto.*”). De acordo com Payne & Haines (2002), os psicólogos trazem uma perspetiva única para a avaliação e tratamento de doentes. Baseiam-se no conhecimento de uma ampla gama de teorias psicológicas para explicar e entender a área cognitiva, emocional, e os aspetos comportamentais das respostas às questões relacionadas com a doença. Foi também referido pelos participantes o **cuidar do self do doente** (P2 / 1 REF^a) (“(...) *costumo ver muito a nossa atuação como: nós não cuidamos diretamente do corpo, cuidamos do self*”); **enquadrar o seu sofrimento** (P2 / 1 REF^a); e realizar a **leitura da personalidade** (P2 / 2 REF^a). Salienta-se a **atenção e o olhar específico do psicólogo** (P3 / 1 REF^a) (“*conseguimos identificar necessidades que por vezes a equipa não consegue fazê-lo, ou seja, estamos mais atentos, ou temos um outro olhar, temos um outro saber e de facto sabemos identificar outras necessidades*”) **que permite mediar** (P3 / 1 REF^a) (“(...) *funcionamos muito bem como mediadores, e pelo facto de estarmos mais recetivos, mais disponíveis para os compreender*”); e **preservar a identidade do doente** (P2 / 1 REF^a); **facilitando a comunicação com familiares** (P3 / 1 REF^a). Segundo Payne & Haines (2002), os psicólogos têm muito para oferecer nos CP em termos de avaliações psicológicas e intervenções com o doente e com a família e em contribuições ao nível do desenvolvimento profissional, especialmente em relação às habilidades de aconselhamento e de melhoria de comunicação. Segundo Beloff et al (2008) o psicólogo opera sobre a regulação emocional dos indivíduos, possui uma formação mais abrangente no desenvolvimento humano, e é o profissional mais competente para intervir no sentido da construção de significado de situações complexas.

No que diz respeito aos **requisitos da intervenção psicológica** (23 REF^a), todos os participantes descrevem realizar uma abordagem **muito centrada na existência da pessoa** (P4 / 1 REF^a) (“(...) *lidar com doentes em fim de vida, sobretudo temos que lidar com uma situação, com uma intervenção muito humanista, muito centrada na existência da pessoa*”),

no sofrimento existencial (P4 / 1 REF^a); **permitindo o equilíbrio do doente** (P1 / 1 REF^a). Torna-se essencial o **desenvolvimento pessoal** (P1 / 1 REF^a), a **compreensão do próprio trabalho** (P2 / 1 REF^a) (“*nós vamos com a palavra, no limite é aquilo com que vamos e portanto acho que é muito importante nós percebermos o que é que estamos a fazer, percebermos os limites do que é que estamos a fazer pelo doente e por nós próprios*”); a existência de **disponibilidade** (P3 / 1 REF^a); **empatia** (P2 / 1 REF^a) (“*a nossa prática tá muito ancorada em aspetos relacionais e de empatia.(...) essa capacidade para nos ligarmos ao outro, para sintonizarmos, para empatizarmos acho que não se aprende na faculdade e portanto parece-me uma condição extremamente importante*”); **perfil** (P3 / 1 REF^a); **interrogação** (P2 / 1 REF^a); e **formação** (P1 / 1 REF^a). Acima de tudo a existência de um **trabalho individual sobre o adoecer e morrer** (P1 / 2 REF^a) (“*(...) um trabalho individual sobre o meu adoecer e sobre o meu morrer, este crescimento, este desenvolvimento pessoal que é desenvolvimental nestas áreas*”). Tais requisitos encontram-se evidenciados na Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, em Portugal, uma vez que esta refere que os indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados paliativos devem contemplar o nível de formação e experiência profissional dos diferentes elementos que constituem a equipa (Diário da República, 1.ª série – N.º 172 – 5 de setembro de 2012). Segundo Payne & Haines (2002), os psicólogos clínicos possuem uma perspetiva única para a avaliação e tratamento de doentes. Baseiam-se no conhecimento de uma vasta gama de teorias psicológicas para explicar a área cognitiva, emocional, e aspetos comportamentais das questões relacionadas com a doença.

Conclusão

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2012), na nova Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, alegam que a pertinência da intervenção psicológica e o papel dos Psicólogos nos Cuidados Paliativos se foca em: facilitar o apoio psicológico aos cuidadores profissionais, numa lógica de prevenção do esgotamento e de diminuição dos riscos psicossociais; facilitar o processo de luto nos doentes e familiares.

A partir da realização deste estudo conclui-se a necessidade de diferenciar a abordagem consoante as necessidades específicas dos doentes e familiares; a existência de obstáculos de natureza cultural, nomeadamente os doentes estarem centrados na cura e pouco conscientes do seu estado de saúde, as mudanças ao nível da referenciação, valorização do sofrimento existencial, delimitação da intervenção psicológica, necessidade de formação e supervisão para atuar nestas áreas.

As implicações práticas para os CP referem-se a questões relacionadas com o que acontece antes do doente e dos familiares chegarem aos CP; nomeadamente no que diz respeito à consciência dos doentes relativamente ao estado de evolução da sua doença; à estigmatização dos CP e a possibilidade dos doentes encararem os CP como o fim de linha; a saliência da impossibilidade da cura do corpo mas a possibilidade de cuidar o self e a valorização do papel do psicólogo. Salienta-se obstáculos de natureza organizacional, nomeadamente, a referenciação tardia, a falta de tempo, de espaços, a intervenção (multidisciplinar) e a especialização no perfil dos psicólogos.

As forças do estudo relacionam-se com os participantes serem profissionais que trabalham na área há mais de 3 anos e em Hospitais reconhecidos no Porto e na área metropolitana do Porto.

As limitações do estudo prendem-se com o tamanho da amostra, nomeadamente a delimitação da área geográfica.

Para investigações futuras, seria interessante a realização de um *focus group*, com diversos psicólogos, pois seria uma possibilidade enriquecedora de debate, observação e análise das diferentes perspetivas do papel do psicólogo.

Anexos

DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

1. DOENTE

Categories e Subcategorias	Nº de fontes	Nª de referências	Exemplos dos dados
1.1 Estado emocional (codifica os excertos que referem a perspetiva do psicólogo sobre o estado emocional do doente)	4	15	
Positivo	2	2	
1.1.1 felicidade nesta fase	1	1	<i>“noutro dia ainda um doente me disse que nunca foi tão feliz como numa fase destas”</i>
1.1.2 mais confiança no enfermeiro	1	1	<i>“portanto às vezes pode haver aqui uma componente de facto de terem mais confiança no enfermeiro do que no marido ou na mulher”</i>
Negativo	4	13	
1.1.3 tristeza	1	1	<i>“E é muito interessante vermos nos doentes que a tristeza e temos vindo a constatar que quer a tristeza quer o sofrimento têm uma prevalência muito maior do que o próprio quadro depressivo”</i>
1.1.4 sofrimento sem outra especificação	2	3	<i>“E é muito interessante vermos nos doentes que a tristeza e temos vindo a constatar que quer a tristeza quer o sofrimento têm uma prevalência muito maior do que o próprio quadro depressivo, com avaliação instrumental e que mesmo muita das vezes o pedido é feito com uma dimensão de doente deprimido e o que se verifica é doente em sofrimento”</i>
1.1.5 sofrimento psicológico	1	2	<i>“há sofrimento psicológico que nós podemos ajudar a aliviar relativamente ao doente, à família, mas depois não vamos conseguir trabalhar muitas questões porque já não, o doente já não tem capacidade para nós intervirmos juntamente com ele”</i>
1.1.6 sofrimento existencial	2	2	<i>“A equipa normalmente finaliza, ou seja, quando consegue perceber que os utentes estão num sofrimento existencial muito grande”; Às vezes temos situações que referenciam tarde, os doentes não digo agonia mas fazem que os doentes já estão numa fase de delcinio, quase em agonia, ou pré agonia ou uma fase já de agitação terminal em que os doentes têm sofrimento existencial”</i>
1.1.7 magoadas com percurso	1	1	<i>“Porque as palavras são palavras e naturalmente estas pessoas tão muito feridas e que estão muito magoadas com o percurso”</i>
1.1.8 frustração, raiva, revolta	1	1	<i>“Quando ainda estão na fase do curativo, na parte da procura do curativo é um bocadinho difícil porque tem um conjunto de emoções e de sentimentos ligados às vezes com a frustração, com a raiva, com a revolta, e aí olham pa aquele técnico como “o que</i>

			<i>é que tu me vens cá fazer”, à semelhança do serviço social, o que é que tu me podes ajudar neste momento”</i>
1.1.9 culpabilização	1	1	<i>“às vezes aparece as questões da culpa, porque tem um canro porque tou a ser castigado”</i>
1.1.10 compreensão da vivência	1	1	<i>“(…) quando o doente diz “mas isto eu sei Dr. E., isto tá para terminar e a mulher diz “oh não fales isso, tu és doido, não vais estar a falar disso, não vais morrer nada, isto não vai acontecer, tu ainda vais ficar bem.” Ou seja, temos aqui 2 níveis de compreensão da vivência”</i>
1.1.11 angústia alta	1	1	<i>“Às vezes os próprios familiares também vivem pelas mesmas razões a sua alta com angústia porque vão dar trabalho em casa e no aspeto da dor às vezes têm dor em casa e não têm hospital e creio que há uma pescadinha de rabo na boca – em casa tão a incomodar e no hospital não estão e vêm os familiares mais descansados”</i>
1.2 Necessidades (codifica os excertos que referem a perspetiva do psicólogo acerca das necessidades do doente em CP)	3	17	
1.2.1 Presença física	1	1	<i>“e às vezes são coisas muito importantes, e é uma cama, uma presença, um partilhar de algumas situações, de algumas coisas que ainda não estão resolvidas e pronto, penso que será por aí”</i>
1.2.2acompanhamento psicológico mais cedo	1	1	<i>“Muito da narrativa que os doentes nos fazem chegar é muito interessante eles dizerem “pois, este acompanhamento psicológico é importante, mas devia ter acontecido muito mais cedo” porque agora eu de facto sei que isto é irreversível”</i>
1.2.3 alívio sofrimento	1	1	<i>“(…) as necessidades de alívio do sofrimento que o doente apresenta numa fase destas”</i>
1.2.4 esperança	1	1	<i>“Não há aqui suporte, a realidade que eles vivem é extremamente diferente da realidade da que lhes é prometida, Mas eu preciso de acreditar nessa realidade porque se me dizem e a equipa assistencial se me diz eu vou acreditar porque eu quero que isso aconteça mesmo que não seja possível”</i>
1.2.5 perdas relacionadas com doença	1	1	<i>“das questões relacionadas com todas as perdas que tem a ver com o processo da doença e nomeadamente uma doença avançada, todas as perdas que o doente tem que lidar nesta fase da doença e pronto que não só tem a ver com ele próprio como doente mas com a própria família no meio em que ele tá inserido”</i>
1.2.6 questões existenciais	1	1	<i>“mas aquilo que são necessidades no fundo de aliviar sofrimento neste caso psicológico a muitos níveis, ou seja, muitas vezes as questões mais existenciais do próprio doente”</i>
1.2.7 receio de falar	1	1	<i>“e portanto há determinadas situações que eles querem partilhar e têm alguma, algum receio, não falam com a equipa”</i>
1.2.8 receio de preocupar família	1	1	<i>“é o doente que se refugia e tem medo para não</i>

			<i>preocupar a família, não quer aumentar o sofrimento deles”</i>
1.2.9 receio de falar com a família	1	1	<i>“situações em que os utentes estão com receio de falar com a família, nomeadamente este fim de vida, por exemplo têm receio “ai não vou falar porque ao falar daquilo que sinto, se calhar vou preocupá-los”</i>
1.2.10 sofrimento emocional	1	1	<i>“Porque muitas vezes não é só a questão do sofrimento emocional”</i>
1.2.11 sofrimento existencial	1	1	<i>“Porque muitas vezes não é só a questão do sofrimento emocional ou existencial”</i>
1.2.13 apoio resolução de problemas	1	1	<i>“e às vezes são coisas muito importantes, e é uma cama, uma presença, um partilhar de algumas situações, de algumas coisas que ainda não estão resolvidas”</i>
1.2.14 falta de consciência da etapa da doença	1	1	<i>“os utentes estão num sofrimento existencial muito grande, que ainda não integraram muito bem a posição e os pedidos da doença”</i>
1.2.15 incompreensão	1	1	<i>“imagina alguém que está com o nível de hemoglobina muito baixo, que efetivamente tem edemas nas pernas, nos membros inferiores e que a família diz “oh Senhor Doutor, se ele andasse, se ele andasse ia ficar melhor porquê? o apetite e aqui é extremamente perigoso se nós por ignorância e desconhecimento alinhamos e “sim é bom que ande, porque não vai ficar em casa no sofá, porque até vai ver outras pessoas e isto temos a colocar no doente uma responsabilidade e uma tarefa que ele não consegue, então sente-se incompreendido e então temos aqui outro problema”</i>
1.2.16 equilíbrio bem estar psicológico	1	1	<i>“é a possibilidade de se encontrar um equilíbrio no bem-estar psicológico, que é transcrito muita das vezes”</i>
1.2.17 o que faz sentido neste momento	1	2	<i>“mas também as necessidades e aquilo que o doente dá, o que é que faz sentido para a vida da pessoa neste momento”</i>
1.2.18 percurso doente	1	1	<i>“As necessidades do doente em fim de vida tem a ver muito também com o percurso do próprio doente ao longo do seu processo de vida, trajeto de vida”</i>
1.3 Obstáculos (codifica os excertos que referem os obstáculos à intervenção do psicólogo em CP)	4	31	
1.3.1 doente já em fase de declínio	1	1	<i>“As vezes temos situações que referenciam tarde, os doentes não digo agonia mas fazem que os doentes já estão numa fase de declínio, quase em agonia, ou pré agonia ou uma fase já de agitação terminal”</i>
1.3.2 paradigma curativo	2	3	<i>“Vemos também muitas vezes um caminho que foi feito se calhar numa matriz de grande ilusão em que, ilusão no sentido de alguém que espera vir-se a curar da doença que tem e isto ser alimentado muita das vezes pela equipa assistencial prévia à chegada dos cuidados paliativos”</i>
1.3.3 modelo biomédico	1	2	<i>“depois é o modelo biomédico que é, ainda acho que é muito centrado ainda nesta questão do curar”</i>

1.3.4 realização de exames diagnóstico	1	1	“(…) os doentes ainda são submetidos a muitos exames complementares de diagnóstico e que às vezes não havia necessidade para os fazer porque aquele exame não vai contribuir”
1.3.5 referenciação tardia	4	7	“Por outro lado, também temos que ver que muita das vezes os doentes já chegam tarde à equipa de paliativos e mais tarde chegam à nossa intervenção; A referenciação tardia, eu acho que portanto que há aqui os nossos utentes e famílias serem referenciados muito tarde, que é um ponto fraco”
1.3.6 doentes dispersos	1	1	“As pessoas tão muito dispersas em consultas diferentes, mal articuladas e portanto têm uma maneira de interpretar aquilo que é o seu percurso no Hospital pronto que é muito própria”
1.3.7 falta de espaços	1	1	“A falta de espaços muito próprios de apoio aos doentes e à família, porque nós não temos, não temos espaço. Portanto é muito importante às vezes temos gabinetes onde cabem 3 pessoas e às vezes aparecem-nos às vezes 6 familiares, acho que é um ponto fraco”
1.3.8 tempo	2	3	“as horas restritas são muito insuficientes, muito, muito, muito; portanto a falta deste tempo”
1.3.9 acessibilidade	1	1	“Por outro lado, aqui algumas barreiras têm a ver por exemplo e isto é uma questão que não é só barreiras com o cuidador, é barreiras com os doentes. Se por exemplo eu tiver um cuidador e um doente que precisa de vir à minha consulta só e precisava de vir na ambulância, não pode vir porque vai ter que pagar a ambulância, porque não é uma consulta médica e o SNS não paga. Portanto, isto aqui é uma barreira brutal de acessibilidade aos doentes”
1.3.10 doente não quer intervenção psicológica	1	1	“E às vezes os próprios doentes também não, por exemplo, muitas vezes pelo próprio doente há pedidos de intervenção psicológica que o doente não quer portanto isso também é uma barreira porque se o doente não está de facto disponível para a intervenção ou acha que não faz sentido naquele momento para ele ter este tipo de intervenção, claro que é uma barreira nesse sentido. Nós não conseguimos intervir com ninguém que não queira o nosso apoio”
1.3.11 dominância de sentimentos negativos	1	1	“Quando ainda estão na fase do curativo, na parte da procura do curativo é um bocadinho difícil porque tem um conjunto de emoções e de sentimentos ligados às vezes com a frustração, com a raiva, com a revolta, e aí olham pa aquele técnico como “o que é que tu me vens cá fazer”, à semelhança do serviço social, o que é que tu me podes ajudar neste momento”
1.3.12 não surge necessidade doente	1	1	“não surge essa necessidade do doente”
1.3.13 não verbaliza, não exprime	1	1	“ou muitas vezes o doente também não verbaliza, não exprime”

1.3.14 doente não está capaz	1	1	“muitas vezes também não conseguimos porque não há e porque é tardiamente e o doente cognitivamente não está tão capaz mesmo de conseguirmos intervir com ele de forma a conseguirmos aliviar o sofrimento verdadeiramente dele. Pessoas que já estão mesmo em fim de vida, isso é uma barreira para a nossa intervenção. Às vezes há coisa que não conseguimos trabalhar nessa fase porque de facto o doente não está capaz”
1.3.15 CP como derrota	1	1	“Muito da narrativa que os doentes nos fazem chegar é muito interessante eles dizerem “pois, este acompanhamento psicológico é importante, mas devia ter acontecido muito mais cedo” porque agora eu de facto sei que isto é irreversível, faz-me sofrer mas na altura eu criei aqui algumas ilusões que me levaram a pensar que efetivamente podia ficar bem, que me podia curar e que isso me foi sempre muito prometido. O que é que leva? Leva depois a chegada aos cuidados paliativos seja quase como uma derrota porque eu só não consegui ficar bem porque se calhar não soube como fazer com os fármacos que existe, com as terapêuticas que existe, toda a gente pode sair e eu se calhar sou um fraco”
1.3.16 dificuldade interpretação	1	1	“terem mais dificuldade em interpretar, às vezes também se demitem, muitas vezes também se demitem e é o que o médico achar”
1.3.17 condição dos doentes	1	1	“Depois temos várias barreiras: o próprio momento, a condição em que as pessoas nos chegam”
1.3.18 culturais	1	1	“Mas portanto há vários, há barreiras que são culturais, das pessoas não saberem o que é que se passa”
1.3.19 doente não entender papel do psi	1	1	“muitas vezes as pessoas não entendem muitas vezes o que é o papel do psicólogo. O que é que o psicólogo pode fazer para ajudar?”
1.3.20 estigma associado a CP	1	1	portanto porque tem o estigma que quando as famílias e os utentes são transferidos para os CP têm aquele estigma, não é, já não há nada a fazer”
1.4 Facilitadores (codifica os excertos que na perspetiva do psicólogo são facilitadores da sua intervenção)	4	8	
1.4.1 equipa alerta para a necessidade de IP	1	1	“A equipa normalmente finaliza, ou seja, quando consegue perceber que os utentes estão num sofrimento existencial muito grande, que ainda não integraram muito bem a posição e os pedidos da doença onde estão, algumas coisas que estejam, que não estão ainda bem(...)”
1.4.2 necessidades que transmitem	1	1	“eu acho que é mesmo as necessidades que os utentes e as famílias transmitem”
1.4.3 doente querer acompanhamento	1	1	“o doente querer esse acompanhamento, fazer sentido para o doente”
1.4.4 disponibilidade de tempo	1	1	“eu tenho disponibilidade de tempo para os doentes conforme as suas necessidades”
1.4.5 não ter pressão de horas	1	2	“os facilitadores é sobretudo eu não ter a pressão de

			<i>horas de tempos de consulta”</i>
1.4.6 explicar ao deonte papel do psi	1	1	<i>“muitas vezes as pessoas não entendem muitas vezes o que é o papel do psicólogo. O que é que o psicólogo pode fazer para ajudar? E às vezes depois nós conversamos e temos uma consulta com a pessoa e explicamos o que é que é o nosso objetivo de trabalho, o que é que nós temos, às vezes se calhar aí perceber que faz sentido”</i>
1.4.7 fé	1	1	<i>“Por ex a questão da fé que eu acho que é protetora também, é protetora dos doentes”</i>
1.5 Papel do psicólogo (codifica os excertos em que o psicólogo define o seu papel. inclui objetivos, técnicas e orientações conceptuais e efeito percebido da sua ação nos doentes)	4	47	
Objetivos	4	41	
1.5.1 identificar necessidades	2	5	<i>“(...) pelo menos sinto que a nossa mais valia é mesmo na compreensão da forma como a pessoa expressa o seu sofrimento, as suas dívidas, os seus pensamentos”</i>
1.5.2 facilitar a comunicação do doente com família	2	3	<i>“conosco até abordam e até falam e nós conseguimos de facto ajudá-los a facilitar este processo e por vezes os receios são de ambas as partes, ou seja, a conspiração do silêncio”</i>
1.5.3 facilitar a comunicação com o doente com a equipa	2	2	<i>“Às vezes também temos que ser nós a mediar um bocadinho as questões doente-família-equipa. Também é o nosso papel, não é só intervir diretamente com a família, só com o doente, mas também com a equipa nesse sentido. Muitas vezes a gestão de comunicação que às vezes ajudam a melhorar a qualidade de vida do dente e que ele esteja mais tranquilo”</i>
1.5.4 encaminhar o doente	1	1	<i>“pelo menos sinto-me na obrigação de não só nos Paliativos mas de encaminhar as pessoas da melhor maneira possível”</i>
1.5.5 presença	1	1	<i>“também sabemos que há outras pessoas que são mais circunspectas que não dizem nada, que tão num sofrimento e que nós temos que quase que arranjar maneiras de impor de uma forma simpática a nossa presença até não se justificar, mas na esperança que se consiga chegar a algum lado”</i>
1.5.6 valorizar sofrimento	1	1	<i>“Portanto acho que é uma questão de eu não sei se esta palavra existe assim.. o valorar ou dar o devido valor ao sofrimento daquela pessoa”</i>
1.5.7 compreender os próprios limites	1	1	<i>“E também me parece que perceber os nossos limites, não é. Saber que há um certo ponto que nós, uma coisa é que sabemos que ela pessoa tá realmente em sofrimento e outra coisa é percebermos se aquele sofrimento pode ser objeto da nossa intervenção ou não”</i>
1.5.8 acessibilidade	1	1	<i>“De qualquer maneira aquilo que com que eu me preocupo é que a pessoa, é estar facilmente em contacto com a pessoa”</i>

1.5.9 compreensão da organização do doente com família	1	2	“é muito importante para nós, a maior parte das vezes, a 1ª consulta do doente ser feita em conjunto(...)”
1.5.10 Desenvolver incompetências comunicacionais ou emocionais	1	1	“pode ajudar a desenvolver por ex incompetências comunicacionais, incompetências de emoções que não são ditas, sofrimentos que estão ali rasurados ou escondidos entre eles”
1.5.11 reparar danos e mesmo nível diálogo	1	1	“o importante na nossa intervenção com o doente e depois com o alargar à família, não é só reparar os danos que está a acontecer num e que está a acontecer noutra, é pô-los também ao mesmo nível de diálogo e sintonia na vivência da doença”
1.5.12 restituir perceção de controlo	1	2	“Depois temos aqui outra dimensão que é o controlo da própria vida e estes doentes, muitos deles, o grande problema deles para além da dependência, é não ter controlo. foram apanhados na esquina por uma doença que os vai levar à morte. (...)é fundamental, é essencial e é nuclear restituir ao outro a perceção de controlo sobre as coisas”
1.5.13 resolução e compreensão das coisas	1	1	“E o luto prolongado trabalha-se muito ainda na vida de cuidador e aqui temos que junto do cuidador e do doente temos aqui um caminho que as coisas fiquem possível resolvidas mas que fiquem sobretudo compreendidas”
1.5.14 perceber como doente vivencia doença	1	1	“As necessidades podem ser várias e portanto o importante é percebermos como é que o doente vivencia a sua doença”
1.5.15 perceber necessidades doente	1	1	“Sim, a intervenção do psicólogo é no fundo perceber estas necessidades que o doente tem”
1.5.16 perceber impacto doença	1	1	“que impacto que esta doença tem na vida do doente e numa fase avançada na vida, na vida física, na relacional e também pessoal”
1.5.17 de que forma aliviar sofrimento	1	1	“e de que forma é que nós podemos aliviar esse sofrimento”
1.5.18 dar sentido ao sofrimento	1	1	“e dar sentido a todo este sofrimento”
1.5.19 avaliar patologia	1	1	“Portanto é importante avaliar que patologia é que existe neste doente
1.5.20 avaliar sofrimento	1	1	que sofrimento é que ele tem”
1.5.21 significado vida	1	1	“que significado é que ele tem pa vida dele”
1.5.22 Que vão de encontro ao doente	1	1	“Portanto, vamos no fundo criar objetivos que vão de encontro ao doente”
1.5.23 preencher e aliviar	1	1	“Se calhar há coisas que nós achamos que nem são nada relevantes, para aquele doente são. Portanto tem a ver com o preencher e o aliviar”
1.5.24 ir de encontro às necessidades	1	1	“nós temos que ir sempre de encontro às necessidades que pra ele diz que é importante”
1.5.25 trabalhar questões de fundo e perda de sentido	1	1	“Porque nós vamos trabalhar questões muito de fundo e perda de sentido de vida muitas vezes, de questões de muito profundo”
1.5.26 intervenção importante	1	2	“Cada sessão, cada momento em que estamos com o doente a intervirmos é importante porque podemos conseguir muitas coisas num momento”

1.5.27 aceitação, validação, normalização	1	1	<i>“Se calhar é muito por exclusão de partes porque é uma coisa muito relacional, muito de aceitação, muito de validação, de expressão de coisas ainda não expressas e se calhar com menos frequência se entra na modificação de cognições”</i>
1.5.28 colocar o doente na evidência humana	1	1	<i>“Esta abordagem visa sobretudo podermos colocar a pessoa naquilo que é uma evidência humana que é o nascer e o morrer”</i>
1.5.29 cuidar da identidade do doente	1	1	<i>“Mas há muitas vezes nessa lógica do preservar, digamos assim ou do cuidar da identidade da pessoa”</i>
1.5.30 cuidar do self	1	2	<i>“eu costumo ver muito a nossa atuação como: nós não cuidamos diretamente do corpo, cuidamos do self”</i>
Efeitos decorrentes da IP	1	1	
1.5.31 doente mais tranquila depois da intervenção do psicólogo	1	1	<i>“a partir do momento que falou comigo, por exemplo, a senhora ficou muito mais tranquila”</i>
Tipo abordagem	2	5	
1.5.32 Humanista	2	5	<i>“psicólogo aqui tem um papel muito importante e desde logo numa matriz muito humanista, ou seja, nós temos que ganhar esta pessoa antes de ganharmos este doente e só ganhamos a pessoa se nos colocarmos numa dimensão humana e não conhecedor de determinadas técnicas, numa relação humana”</i>
Morte	2	2	
1.5.33 morte do self	1	1	<i>“como é que o self morre? Não é? Como é que a pessoa vai perdendo, se é que vai, pode não a perder dessa forma... Mas a pessoa pode antecipar a sua própria, a sua própria morte física, no sentido em que se desliga das suas relações, das atividades que lhe interessam, de poder pensar noutras coisas que são agradáveis e não apenas na doença, não é? Formas de, de viver esta fase. E isso tem muito a ver creio com a própria personalidade da pessoa, com o contexto familiar, depois começa a ter a ver com o próprio quadro e com a própria instituição e com a quantidade de procedimentos médicos e de enfermagem”</i>
1.5.34 percepção de proximidade	1	1	<i>“E muita das vezes o discurso das pessoas é neste sentido “pra que tanto sofrimento se eu sei que mais dia, menos dia a morte está próxima, ok porquê?”).</i>
1.6 Características pessoais (codifica os excertos referentes às características pessoais dos doentes)	1	2	
1.6.1 equilibrados, estabilizados e adaptativos	1	1	<i>“Maior parte dos doentes até estão até muito equilibrados e estabilizados e adaptativos”</i>
1.6.2 valoriza questões de fim de vida	1	1	<i>“Porque o doente valoriza muito como é obvio se tá no fim de vida, ainda mais estas questões que não estão resolvidas pa trás”</i>

2. FAMILIARES

2.1 Estado emocional (codifica os excertos que referem a perspetiva do psicólogo sobre o estado emocional dos familiares)	3	12	
2.1.1 sofrimento	2	2	<i>“porque depois é muito interessante percebermos que há cuidadores que sofrem muito porque o outro está a sofrer e pelo amor que têm, pela dificuldade que têm, até muita das vezes da impotencialidade que sentem em poder ajudar mais.”</i>
2.1.2 com acompanhamento psiquiátrico e psicológico	1	1	<i>“Nós temos cuidadores que também têm acompanhamento psiquiátrico ou psicológico prévio e tudo isto tem que ser entendido num conjunto alargado numa avaliação até um bocadinho sistémica ou até mais ecológica”</i>
2.1.3 compreensão da vivência	1	1	<i>“um exemplo muito concreto: quando o doente diz “mas isto eu sei Dr. E., isto tá para terminar e a mulher diz “oh não fales isso, tu és doido, não vais estar a falar disso, não vais morrer nada, isto não vai acontecer, tu ainda vais ficar bem.” Ou seja, temos aqui 2 níveis de compreensão da vivência.”</i>
2.1.4 exaustão	2	5	<i>“Com o doente em vida, não é, aquilo que nós vemos sempre ou com muita frequência acontecer é o cuidador que está hipervigilante, não é. Que não dorme, que tem medo que o marido ou que a mulher deixem de respirar ou que possa precisar de alguma coisa, não é e portanto que deixa de cuidar de si próprio porque de facto não é a preocupação. E portanto situações de grande desgaste físico e psicológico são muito frequentes; às vezes também estão numa fase de muito exaustão, que também às vezes me permite que a família não teja tão capaz”</i>
2.1.5 angústia de cuidados	1	2	<i>“Há muita angústia também para os cuidados em casa; E portanto vivem com muita angústia as altas, as altas dos seus familiares”</i>
2.1.6 hipervigilância	1	1	<i>“Com o doente em vida, não é, aquilo que nós vemos sempre ou com muita frequência acontecer é o cuidador que está hipervigilante, não é. Que não dorme, que tem medo que o marido ou que a mulher deixem de respirar ou que possa precisar de alguma coisa, não é e portanto que deixa de cuidar de si próprio porque de facto não é a preocupação. E portanto situações de grande desgaste físico e psicológico são muito frequentes”</i>
2.2 Facilitadores (codifica os excertos que na perspetiva do psicólogo são facilitadores da sua intervenção)	4	9	
2.2.1 necessidades que transmitem	1	1	<i>“É assim, eu acho que é mesmo as necessidades que os utentes e as famílias transmitem”</i>
2.2.2 psicólogo não associado a estigma	1	1	<i>“cada vez menos o estigma eu não quero ir ao psicólogo”</i>

2.2.3 família funcional	1	1	<i>“É obvio que se temos uma família funcional por trás de um doente é importante porque é um fator facilitador, vai-nos ajudar muitas vezes a por exemplo na questão da comunicação com o próprio doente, se há situações pa resolver, se a família funcione de uma forma normativa, pode nos ajudar a ser um fator facilitador para chegarmos até ao doente”</i>
2.2.4 proporciona informação	1	1	<i>“Porque às vezes a informação que o próprio doente não nos pode dar ou que alguma situação que seja importante”</i>
2.2.5 pós morte intervenção facilitada com a família	1	4	<i>“Mais tarde, num período de luto o processo pelo menos para nós fica mais fácil, é muito mais fácil de gerir porque não há idas à urgência, não há quer dizer não há aquela instabilidade, aquela angústia toda; É um trabalho muito mais fácil de estruturar e portanto conseguimos dar respostas mais rapidamente, é muito mais fácil de gerir, o processo é todo mais fácil”</i>
2.2.6 presença de rede de suporte familiar	1	1	<i>“Quantas vezes ouço dizer que aquela população do bairro piscatório em espinho tem um sentido de comunidade que os leva a viver estas questões e é protetora”</i>
2.3 Necessidades (codifica os excertos que referem a perspetiva do psicólogo acerca das necessidades dos familiares em CP)	4	21	
2.3.1 família motivada	1	1	<i>“A família também é importante que seja, ou seja, que tenhamos que intervir com uma família que esteja de alguma forma também ela própria motivada para ter este apoio para caso seja necessário”</i>
2.3.2 validação do seu papel	2	2	<i>“portanto as pessoas perguntam muitas vezes se é normal, se isto é normal, porque é que eu ainda estou assim. Para não falar das questões das vozes que se ouve e da sensação da presença, dos sonhos, toda uma série, enfim toda essa gama de experiências que podem ser mais ou menos estranhas para as pessoas; Claro que estas famílias muitas vezes necessitam de apoio psicológico também para validar o tipo de trabalho ou intervenção”</i>
2.3.3 precisam tempo para serem ouvidos	1	1	<i>“precisam de se sentar com alguém com muita disponibilidade de tempo e dizer “estamos aqui, vamos lá, então o que é que, em que é que podemos ajudar, o que é que não tá a correr bem, quais são as suas preocupações ou as vossas preocupações do momento, como é que gostariam que isto acontecesse, que isto levasse o seu rumo, isto é um processo”</i>
2.3.4 família quer poupar o doente	1	1	<i>“e a família também não quer falar do assunto para os poupar”</i>
2.3.5 impotencia	1	1	<i>“é muito interessante percebermos que há cuidadores que sofrem muito porque o outro está a sofrer e pelo amor que têm, pela dificuldade que têm,</i>

			<i>até muita das vezes da impotencialidade que sentem em poder ajudar mais”</i>
2.3.6 impreparação	1	1	<i>“Eu acho que é muito importante estas famílias ficam muito.. porque não foram preparadas, ninguém tá preparado para estes momentos”</i>
2.3.7 lidar com perdas	1	1	<i>“E as perdas não é só a perda efetiva pela morte, são perdas muito anteriores, a família também tem muitas perdas, não é, que tem que lidar”</i>
2.3.8 necessidade de intervenção psicológica	2	3	<i>“há cuidadores que aparecem já numa fase mais final, em situações mais intensas de maior necessidade, maior crise e aparecem. E aqui a corrida, desculpando a expressão, é mais curta. E depois temos aqueles que são corredores de maratona e que temos que os ajudar aí porquê?”</i>
2.3.9 partilha e comunicação	1	1	<i>“porque até não temos esta oportunidade de nos sentarmos todos”</i>
2.3.10 ir ao encontro da necessidades dos doentes	1	1	<i>“e ajudamos no sentido de eles até irem de encontro com as necessidades dos utentes, ou seja, porque é que aquele utente quer de facto voltar a casa, se de facto podemos ou não permitir e facilitar esta vontade do doente, não é, porque muitas vezes eles pensam que o doente tá com alguns indicadores complicados e o melhor é ir ao hospital”</i>
Processo de luto	1	3	
2.3.11 sofrimento	1	1	<i>“com o passar cas consulas e percebendo o familiar que isto é benéfico para ele e que trás de facto resposta às necessidades dele em termos de intervenção psicológica, do sofrimento existencial e do sofrimento psicológico, a pessoa tá a ter um processo de luto que é um processo de grande sofrimento”</i>
2.3.12 apoio pós perda	1	2	<i>“Ahh dizer que todas as pessoas que eu acompanho e que contacto no luto que vêm todas, não. Mas uma grande maior parte daquelas pessoas que eu acompanho acabam por pelo menos querer vir a uma 1ª consulta; às vezes há outras circunstâncias da distância, pronto outras situações que nós também não conseguimos controlar e normalmente o que eu tento fazer é se há, se não há essa possibilidade cá tentar perceber, ou seja, que referenciações é que podemos fazer para as pessoas não ficarem de facto sem esse apoio psicológico, sem essa intervenção psicológica que necessitariam, mas que por outras circunstâncias não podem recorrer”</i>
2.3.13 rede de suporte	1	1	<i>“Nesse tipo de situações depois fico muito na dúvida se nós lembrarmos às pessoas que devem cuidar delas próprias para poderem cuidar melhor, se tem eficácia ou não. Às vezes pode passar por medidas mais comportamentais, não é? Tentar perceber se há algum filho que possa dormir lá em casa para uma mãe ou um pai poderem..”</i>
Processamento informação	3	4	
2.3.14 mediar questões	1	1	<i>“uma família que de facto, que consiga de facto</i>

			<i>mediar as questões</i>
2.3.15 opinião técnica por parte do psi	1	1	<i>“Ontem falava com uma senhora que perdeu um filho jovem, morte súbita, noutro contexto e ela dizia e tava à espera de uma opinião técnica “mas então eu devo ir ao cemitério ou não”? Porque eu já me disseram pa ir, já me disseram pa não ir” e as pessoas muitas vezes esperam de nós que lhes digamos como é que um luto se faz e nós não podemos fazer isso”</i>
2.3.16 estar informada sobre o doente	1	1	<i>“Acho que sobretudo é importante que a família esteja informada daquilo que se passa com o doente, acho que é o primeiro passo é a informação sobre o que é que se tá a passar realmente e ter a perceção do que é que se está a passar”</i>
2.3.17 não integração da informação	1	1	<i>“As famílias, por vezes, portanto também ainda não estão, ainda não integraram, não tiveram o seu tempo para integrar bem a informação que tiveram, não é, relativamente ao prognóstico do familiar”</i>
2.4 Obstáculos (codifica os excertos que referem os obstáculos à intervenção do psicólogo em CP)	4	31	
2.4.1 Não estruturais	1	1	<i>“Há outras dimensões. Há outras barreiras de tu poderes encontrar até a nível psicológico aqui estratégias, que parece que sejam estruturais mas não são. Quando se diz alguém “ok, tem que continuar ou deve continuar, já pensou que deveria continuar ou poderia continuar a fazer coisas que fazia antes. E as pessoas, muita das vezes deixam-nos sem palavras. Sim isso eu já pensei mas tomara eu e quem fica lá? Então aqui temos um problema”</i>
Organizacionais	3	12	
2.4.2 tempo	1	2	<i>“portanto, as horas restritas são muito insuficientes, muito, muito, muito”</i>
2.4.3 referenciação tardia	1	1	<i>“A referenciação tardia, eu acho que portanto que há aqui os nossos utentes e famílias serem referenciados muito tarde, que é um ponto fraco”</i>
2.4.4 falta de psicólogos	1	1	<i>“a falta de, penso que a falta de recursos de psicólogos”</i>
2.4.5 falta de espaços	1	2	<i>“A falta de espaços muito próprios de apoio aos doentes e à família, porque nós não temos, não temos espaço. Portanto é muito importante às vezes temos gabinetes onde cabem 3 pessoas e às vezes aparecem-nos às vezes 6 familiares, acho que é um ponto fraco”</i>
2.4.6 estruturais	1	2	<i>“olha, barreiras são imensas as barreiras. Imensas no sentido de várias situações que podem decorrer dessas barreiras. Desde logo até questões tão simples como questões estruturais da própria casa. questões estruturais da cama que agora, da cadeira de rodas não consegue, a casa de banho que tem banheira e ele não consegue movimentar-se ou tem que fazer um esforço muito grande, depois fica-me a doer as costas e eu já fui ao ortopedista por causa</i>

			<i>das minhas costinhas, tenho que ajudá-lo, desde logo barreiras estruturais são reais”</i>
2.4.7 consulta luto - impacto local	1	2	<i>“As pessoas normalmente quando vêm à consulta de luto referem que de facto vir cá novamente a um espaço onde o familiar esteve internado e onde o familiar morreu é um fator que é uma barreira”</i>
2.4.8 apoio ao domicílio	1	1	<i>“E pronto e depois também sabemos que a nível de apoio ao domicílio ainda temos uma lacuna muito grande e isso é uma evidência que todos nós conhecemos mas que não devemos ficar focados nisto, devemos é ao mesmo tempo criar outras estruturas que as pessoas possam vir”</i>
2.4.9 acessibilidade	1	1	<i>“A barreira é a acessibilidade aos cuidados que eu acho que hoje em dia as barreiras grandes, nomeadamente na área da saúde mental especificamente e nesta possibilidade de acesso a isto, é ou são sobretudo as dificuldades de acesso e isto é que é complicado”</i>
Na família	4	18	
2.4.10 pré-conceito	1	1	<i>“pessoas que me falam de algumas experiências prévias com algum tipo de outro tipo de consultas também que é na área da psicologia, quer na psiquiatria que às vezes as pessoas têm um bocadinho pré conceito”</i>
2.4.11 recusa apoio psi	1	1	<i>“quando o doente está em vida, nós dizemos “esta família vai precisar, precisar da consulta de psicologia” e depois recusa, ou seja, nós próprios percecionamos o luto daquelas pessoas como sendo mais complicado do que na realidade vem a ser”</i>
2.4.12 questões disfuncionais família	1	2	<i>“questões mais disfuncionais da própria família – pronto quando a família não quer falar com o doente sobre isso, por ex às vezes a própria família também tenta-nos dizer “não quero que fale com o meu familiar porque não quero que lhe diga nada.””</i>
2.4.13 obrigação do cuidar	1	1	<i>“Uma coisa é eu estou porque efetivamente quero estar, outra coisa é eu estou porque tenho que estar. E quando eu tenho que estar eu tenho que fazer de conta que quero estar, que é outra tremenda que a nível social ainda as pessoas têm alguma dificuldade, porque os olhares não são só olhares da própria sociedade sobre quem não cuida, mas também da própria equipa existencial”</i>
2.4.14 conspiração do silêncio	1	1	<i>“Muitas vezes a questão da conspiração do silêncio é uma das grandes barreiras muitas vezes”</i>
2.4.15 achar que nada nem ninguém pode ajudar	1	1	<i>“Às vezes as pessoas tarem num sofrimento tal ou mais desajustadas e acham que nada nem ninguém os pode ajudar no sentido que por ex nós não vamos de facto dar resposta a muitas coisas que eles gostariam que acontecesse”</i>
2.4.16 domínio da agenda do doente	1	1	<i>“Quando o doente está em vida são os tempos do doente, não é? Nós falamos com os familiares quando eles os acompanham à consulta, mudamos as agendas para que isso seja possível. E portanto as</i>

			<i>dificuldades com os familiares nessas alturas são próximas das dificuldades dos doentes, que tem muito a ver com o tempo”</i>
2.4.17 estigma associado a CP	1	1	<i>“família que ainda procura, tá sempre à procura de alguém que possa dizer existe mais esta possibilidade e existe mais esta possibilidade e portanto porque tem o estigma que quando as famílias e os utentes são transferidos para os CP têm aquele estigma, não é, já não há nada a fazer”</i>
2.4.18 estigma associado ao psi	1	2	<i>“agora o estigma já está um bocadinho mais esbatido. Mas ainda há aquele estigma de às vezes muito menor sem dúvida”</i>
2.4.19 luto prolongado	1	1	<i>“quando alguém diz que quer morrer em casa, uma coisa simples que a pessoa diz quer morrer em casa e a família normalmente cede isto, ok morrer em casa. mas quando se pergunta depois a quem fica e é capaz depois do seu familiar morrer, ou seja, cônjuge homem ou mulher já pensou que vai dormir na cama onde morreu o seu marido? Já pensou sobre isto? Sim ou não? E as pessoas: “ah não pensei mas se calhar não vou conseguir dormir lá, mas também não tem mal, durmo no sofá. Então tamos aqui com um problema. Um problema, porquê? Porque esta senhora neste caso concreto que vai fazer todas as vezes que dormir no sofá está-se a lembrar da morte do marido”</i>
2.4.20 solidão	1	2	<i>“Por outro lado, muita das vezes também muita solidão de quem fica sozinho e tem medo. E depois temos o que? Temos situações de pessoas já idosas a cuidar de pessoas idosas e que efetivamente, temos um quase a ficar demenciado e um quase a morrer e cuida de quem?”</i>
2.4.21 procura de outras possibilidades	1	2	<i>“a família que ainda procura, tá sempre à procura de alguém que possa dizer existe mais esta possibilidade e existe mais esta possibilidade”</i>
2.4.22 problemas de saúde mental prévios	1	2	<i>“Nós temos muitos cuidadores com, eu não quero dizer com patologia ou com psicopatologia, mas com dificuldades psicológicas, emocionais já prévias, e aqui é mais uma barreira. É uma barreira porque como é que tu vais trabalhar isto?”</i>
2.5 Papel do psicólogo (codifica os excertos em que o psicólogo define o seu papel. inclui objetivos, técnicas e orientações conceptuais e efeito percebido da sua ação nos familiares)	4	44	
Objetivos	4	38	
Com os familiares	4	35	
2.5.1 ajudar a integrar a possibilidade de sofrer	1	1	<i>“Aqui a nossa intervenção é exatamente essa – é ajudar as pessoas a integrarem em si esta possibilidade de sofrerem por alguém que amam e colocarmos isto num processo natural da própria vida e do próprio decorrer da vida de cada um de nós”</i>

2.5.2 compreender organização do sistema	2	3	<i>“perceber como é que este sistema está organizado. Isto é fundamental. Evidentemente, num seguimento posterior o doente será visto sozinho, numa consulta única, individual, melhor dizendo. Mas é muito interessante percebermos na 1ª consulta ajuda imenso tarem os dois ou os 3 dependendo de quem vem”</i>
2.5.3 compreender papel do cuidador	1	1	<i>“Quem é o cuidador, que papel tem? Papel ativo, evidente, sufocante? Tem papel que se anula, que dá privilégio ao doente? É capaz de escutar, não é? Isso vai nos dar desde logo aqui um olhar de muito do que possa vir a desenvolver-se. De que forma é que eu tenho este cuidador como um parceiro de ajuda ao doente ou tenho um doente que é parceiro na ajuda ao cuidador?”</i>
2.5.4 cuidador como familiar	1	1	<i>“Desde logo é importante nós pormos aqui o cuidador numa vertente até de familiar que é o que mais costuma acontecer”</i>
2.5.5 estar ao lado famílias	1	1	<i>“o nosso papel aqui é muito importante de estar ao lado das famílias, de as ajudar a lidar com a perda do familiar e a morte do familiar que vai eventualmente acontecer”</i>
2.5.6 explicar as decisões e os objetivos do plano de cuidados	1	1	<i>“explicamos muitas vezes as decisões e os objetivos do plano de cuidados”</i>
2.5.7 família comunique com doente de forma eficaz	2	2	<i>“Que de facto comunique com o doente de uma forma eficaz”</i>
2.5.8 famílias terem noção que a sua perda é adaptativa	1	1	<i>“as pessoas terem uma noção de que viverem a sua perda de uma forma adaptativa”</i>
2.5.9 abstração de juízos de valor	1	1	<i>“E acho sobretudo que temos que nos abstrair dos juízos de valor, do quer que seja em relação à família porque muitas vezes há alguma tendência para o fazermos”</i>
2.5.10 reduzir ansiedade	1	1	<i>“Depois temos que tar, creio eu, que temos que tar sempre atentos a..pronto para estas questões mais de., que acabam por dedondar numa enorme ansiedade.</i>
2.5.11 aceitar que não conseguem mudar	1	1	<i>“O que eu costumo dizer é que temos que aceitar aquilo que não conseguimos mudar e mesmo pas famílias às vezes é um bocadinho difícil lidar com a frustração, com impotência, de querer”</i>
2.5.12 ajudar a lidar com a perda	1	1	<i>“E acho que o nosso papel aqui é muito importante de estar ao lado das famílias, de as ajudar a lidar com a perda do familiar e a morte do familiar que vai eventualmente acontecer.”);</i>
2.5.13 avaliação da personalidade	1	1	<i>“a personalidade de cada cuidador também tem que ser muito bem avaliada”</i>
2.5.14 centrar no presente	1	1	<i>“acho que é muito importante também as pessoas terem uma noção de que viverem a sua perda de uma forma adaptativa, ou seja, centrarmo-nos no presente, ele quando estiver vivo está vivo e é importante que as pessoas sintam isso, sintam a presença do doente como vivo naqueles momentos”</i>
2.5.15 conspiração do silêncio	2	2	<i>“outro nível de comunicação que tem a ver com a</i>

			<i>conspiração do silêncio. De que forma falam abertamente da situação. Falam da vivência? Não falam? Que nomes dão ao que está a acontecer? Que nomes dão à doença?”</i>
2.5.16 identificar as preocupações	1	1	<i>“muitas vezes precisam de se sentar com alguém com muita disponibilidade de tempo e dizer “estamos aqui, vamos lá, então o que é que, em que é que podemos ajudar, o que é que não tá a correr bem, quais são as suas preocupações ou as vossas preocupações do momento, como é que gostariam que isto acontecesse, que isto levasse o seu rumo, isto é um processo”</i>
2.5.17 individualidade - respeitar relação família com doente	1	1	<i>“Uma individualidade como pessoas e isso é muito importante nós mantermos, tentando respeitar tudo, todo o tipo de relação que existe com o doente”</i>
2.5.18 informar família que o apoio existe	1	2	<i>“Eu acho que é importante nós informarmos sempre a família que este apoio existe.”</i>
2.5.19 intervir naturalmente com família	1	1	<i>“e de facto também a família naturalmente porque eu quando intervenho com um doente naturalmente intervenho com a família.”</i>
2.5.20 perceber como família estava antes da doença	1	1	<i>“como é que aquela família estava antes desta doença aparecer”</i>
2.5.21 normalizar e validar	1	3	<i>“uma grande parte das intervenções é a normalizar e a validar processos que são normais”)</i>
2.5.22 porta aberta para quando necessário	1	1	<i>“eu costumo dizer que é a porta aberta. Tamos ali, dizemos que isto existe, que este apoio existe, esta intervenção psicológica existe nesta fase, não só na fase da doença mas também posteriormente no luto, mas as pessoas saberem que no momento podem não necessitar mas no outro momento estamos lá para ajudar.”</i>
2.5.23 pós perda - contacto família	1	1	<i>“Mas quando há essa proximidade, por norma, ou somos nós, neste caso serei eu a fazer o contacto futuro, quando tenho essa referência normalmente faço um contacto quando há uma família que imagine: tem fatores de risco, tem filhos pequenos; uma grande maior parte daquelas pessoas que eu acompanho acabam por pelo menos querer vir a uma 1ª consulta; às vezes há outras circunstâncias da distância, pronto outras situações que nós também não conseguimos controlar e normalmente o que eu tento fazer é se há, se não há essa possibilidade cá tentar perceber, ou seja, que referenciações é que podemos fazer para as pessoas não ficarem de facto sem esse apoio psicológico, sem essa intervenção psicológica que necessitariam, mas que por outras circunstâncias não podem recorrer”</i>
2.5.24 potenciar situações indutoras de luto prolongado	1	1	<i>“muito do trabalho que eu faço passa muito por isto de potenciar situações que à partida podem vir a serem indutoras de um luto mais prolongado.”</i>
2.5.25 preparar familiar para que luto não seja doloroso	1	1	<i>“E outro caso concreto é quando as pessoas dizem que querem que as cinzas sejam lançadas ao mar. O que é que significa para si depois não ter sítio, para</i>

			<i>ir junto de partes, seja em cinzas, seja de outra forma do seu marido ou da sua esposa, já pensou sobre isso? E isto são situações muito objetivas, muito reais de como nós podemos ir preparando aqui para que o luto não seja uma coisa mais dolorosa do que ela já é naturalmente.”</i>
2.5.26 prevenção luto	1	1	<i>“E aqui é a parte preventiva no fundo para a preparação para o luto que aí vem. Eu não defendo o luto antecipado”</i>
2.5.27 reparar danos e mesmo nível diálogo	1	1	<i>“Porque o importante na nossa intervenção com o doente e depois com o alargar à família, não é só reparar os danos que está a acontecer num e que está a acontecer noutra, é pô-los também ao mesmo nível de diálogo e sintonia na vivência da doença.”</i>
2.5.28 resolução e compreensão das coisas	1	1	<i>“E o luto prolongado trabalha-se muito ainda na vida de cuidador e aqui temos que junto do cuidador e do doente temos aqui um caminho que as coisas fiquem possível resolvidas mas que fiquem sobretudo compreendidas. E é o nosso papel enquanto psicólogos, muita das vezes trabalhamos”).</i>
Com o doente	2	3	
2.5.29 Compreensão do estado clínico do doente	1	1	<i>“porque muitas vezes eles pensam que o doente tá com alguns indicadores complicados e o melhor é ir ao hospital e muitas vezes alguém que sente, que fale, que comunique, pronto facilita um bocadinho o processo de integração e aquilo do momento de crise, um momento de agudização, que será ultrapassado de outra forma”</i>
2.5.30 facilitar a vontade do doente	1	1	<i>“de facto podemos ou não permitir e facilitar esta vontade do doente”</i>
2.5.31 resolução dimensões afetivas, emocionais e relacionais	1	1	<i>“não só as coisas práticas do dia a dia, as coisas estruturais mais imediatas ficarem resolvidas, mas também ficarem resolvidas as dimensões afetivas e emocionais e até relacionais”</i>
2.6 Efeitos da IP	2	4	
2.6.1 facilitar a comunicação	2	2	<i>(“e elas, uma das coisas que nos transmitem e portanto nos seus processos de luto e posteriormente é que “olhe agradeço, viemos cá porque de facto não tivemos sozinhos no momento difícil e foi muito importante nós sentarmo-nos todos, porque até não temos esta oportunidade de nos sentarmos todos e reunirmos, mas sentamo-nos todos, conseguimos escutar, conseguimos ver e conseguimos perceber que houve aqui muita discussão, muita informação, muita partilha da própria equipa para otimizar o plano de cuidados do nosso familiar e estamos muito gratos”);</i>
2.6.2 familiar mais aliviado	1	1	<i>“Ontem falava com uma senhora que perdeu um filho jovem, morte súbita, noutra contexto e ela dizia e tava à espera de uma opinião técnica “mas então eu devo ir ao cemitério ou não”? Porque eu já me disseram pa ir, já me disseram pa não ir” e as pessoas muitas vezes esperam de nós que lhes</i>

			<i>digamos como é que um luto se faz e nós não podemos fazer isso. Mas quando nós dizemos isso às pessoas, elas acho que elas ficam aliviadas.. essa tal normalização.”</i>
2.6.3 reconhecimento do trabalho realizado pelo psicólogo e pela equipa	1	1	<i>“uma das coisas que nos transmitem e portanto nos seus processos de luto e posteriormente é que “olhe agradeço, viemos cá porque de facto não tivemos sozinhos no momento difícil e foi muito importante nós sentarmo-nos todos, porque até não temos esta oportunidade de nos sentarmos todos e reunirmos, mas sentamo-nos todos, conseguimos escutar, conseguimos ver e conseguimos perceber que houve aqui muita discussão, muita informação, muita partilha da própria equipa para otimizar o plano de cuidados do nosso familiar e estamos muito gratos”).</i>
2.7 Tipo abordagem	2	2	
2.7.1 Humanista com aspetos técnicos	2	2	<i>“talvez eu sinta em relação a estes aspetos técnicos que o trabalho com os doentes é muito mais numa linha humanista”</i>
2.8 Características pessoais (codifica os excertos que de acordo com a perspetiva do psicólogo são características dos familiares)	3	5	
2.8.1 autoconceito frágil	1	1	<i>“E por outro lado, no hospital são cuidados por profissionais e portanto às vezes pode haver aqui uma componente de facto de terem mais confiança no enfermeiro do que no marido ou na mulher, não é? E essas questões que depois são importantes no luto, que são aqueles cuidadores que têm um.. se calhar enfim um autoconceito mais frágil e que acham que cuidam mal, que têm mais tendência para se responsabilizarem, para sentirem culpa e portanto que tem uma vivência mais depressiva deste tipo de situações, não é?”</i>
2.8.2 consciência que a morte vai acontecer	1	2	<i>“Porque as pessoas tando conscientes daquilo que tá a acontecer com o seu familiar têm consciência que a morte vai acontecer” (...)</i>
2.8.3 dependência	1	1	<i>““Ai nós somos muito unidos”. Mas que tipo de união é que isto é? É que podem ser muito unidos e como tu dizes mais saudável ou menos saudável e podemos ter aqui situações de grande dependência dos elementos e quando esse elemento fragiliza por alguma razão desestrutura-se tudo, que não há aquela capacidade de regeneração própria do contexto familiar.”</i>
2.8.4 exagerar	1	1	<i>“Porque as pessoas percecionam uma dificuldade.. exageram, exageram. Não têm hitorial, não é? Mas acham que vai ser muito mais difícil do que na prática se verifica ser”</i>
3. EQUIPA			
3.1 Características da equipa (codifica os excertos que de acordo com	4	19	

a perspetiva do psicólogo são características da equipa)			
3.1.1 equipa alerta para necessidades do doente	1	1	“A equipa normalmente finaliza, ou seja, quando consegue perceber que os utentes estão num sofrimento existencial muito grande”(…)
3.1.2 equipa bem formada e informada	2	2	“a própria equipa que também é uma equipa muito atenta e muito peculiar a nossa, eu penso que é uma equipa muito bem formada e informada e que pronto desenvolveu bem o seu trabalho”
3.1.3 trabalho realizado por enfermeiras	1	1	“Porque muitas vezes os doentes passam por um período de agudização e depois têm alta para casa- isso é um trabalho que preferencialmente ou muito bem feito pelas enfermeiras”
3.1.4 sensibilidade enorme	1	1	“acho que se aplica às médicas também mas as enfermeiras são pessoas com uma sensibilidade, de pelo menos na nossa equipa, com uma sensibilidade enorme e isso é uma ajuda em termos de comunicação, em termos técnicos eu não percebo o trabalho delas”
3.1.5 comunicação	2	3	“Em termos de comunicação acho que funcionam muito bem”
3.1.6 organização	1	1	“eu considero que é mais fácil trabalhar numa equipa de paliativos bem organizada do que dar apoio a um serviço de oncologia com menor articulação”);
3.1.7 reconhecimento intervenção psi	2	3	“Mesmo em relação ao nosso trabalho acho que há um maior reconhecimento do que nós fazemos. Há situações que nunca nos pederiam há 15 anos atrás e agora pedem”
3.1.8 equipa não é uma barreira	1	1	“A equipa ser uma barreira para a intervenção com a família.. é assim da minha experiência sinceramente assim diretamente não vejo assim nenhuma.. não é uma barreira propriamente dita”
3.1.9 atentas à dimensão psicológica	1	1	“Eu acho que cada vez mais esta dimensão psicológica e do sofrimento emocional tá cada vez mais presente, as pessoas tão atentas a isso”);
3.1.10 bem apetrechadas	1	3	“eu acho que estas equipas tão bem apetrechadas, de facto têm todos os profissionais que necessitam para intervir com os doentes e com as famílias em paliativos, portanto, nós falamos de médicos, de enfermeiros, de auxiliares, de nutricionistas, de psicólogos, de até padres ou freires que dão apoio espiritual”)
3.1.11 cumplicidade	1	1	“Mas acho que apesar de tudo em CP e o facto de se trabalhar muito em equipa nota-se muito diferença muitas vezes noutras situações de outros contextos que se percebe a diferença grande que existe. Realmente aqui trabalha-se em equipa, vê-se, é visível”
3.1.12 visão ajustada do trabalho psi	1	1	“(…)acho que há uma visão do nosso trabalho, acho que as expectativas em relação ao nosso trabalho tão mais ajustadas neste momento”
3.2 Necessidades (codifica os excertos que de acordo com	4	18	

a perspetiva do psicólogo são necessidades da equipa)			
3.2.1 conferências familiares	1	1	<i>“pedem, ultimamente, até me têm dito, portanto têm mesmo que estar presentes nas conferências familiares que eles fazem”</i>
3.2.2 burnout	3	4	<i>“Muitos vão porque são obrigados e esses sim entram em burnout porque 1º são obrigados, 2º não têm formação interna sobre o desenvolvimento pessoal. E isto dava um viés muito grande naquilo que é o meu posicionamento nestas equipas”</i>
3.2.3 supervisão e reflexão	1	2	<i>“saber que haveria ali uma disponibilidade ou momento de e sim, quando nós tivéssemos em alturas que tivéssemos assim mais cansados, mais exaustos emocionalmente, com situações que de facto nos tocassem, difíceis de gerir e até de nos destanciar, nas nossas vidas pessoais, seria uma mais valia, o facto de poder contar com esta.. podia se chamar um momento de partilha ou reflexão ou de supervisão”</i>
3.2.4 emparelhação colegas	1	1	<i>“Aquilo que nós fazemos até por uma questão de sigilo e de conforto para quem recorre a esse tipo de ajuda, acabamos por estar emparelhados com os colegas de [...] e portanto se alguém muito próximo da equipa precisar de alguma coisa é mais provável eu falar com o [...] e pedir ajuda nesse sentido”</i>
3.2.5 outras questões	1	1	<i>“mas normalmente procuram por outras questões, podem não ter nada a ver ou não diretamente a ver com o trabalho e eu não tenho dúvidas que o trabalho nessa área é interminável, não tenho dúvidas nenhuma”</i>
3.2.6 apoio do psicólogo	1	1	<i>“E até o próprio olhar e aqui há 3 anos pediram me para fazer ali a supervisão de uma equipa e a queixa era muito curiosa”</i>
3.2.7 programas obrigatórios de auto cuidado	1	1	<i>“Sim, há necessidades ao nível da equipa e devia de haver programas obrigatórios de auto cuidado para os elementos da equipa de uma forma perfeitamente estruturada, obrigatório, tutelada e como quem faz a verificação da qualidade dos fármacos porque era importante”);</i>
3.2.8 ser trabalhada - de se autocuidar	1	1	<i>“E se calhar também a própria equipa ser trabalhada porque acho que isso é fundamental; Ter a possibilidade de se autocuidar e de prevenir muitas situações de burnout e de situações de excesso de trabalho, que as pessoas de facto entram nomeadamente lidando com doentes em fim de vida, lidando com a morte todos os dias, de facto a exaustão física e emocional é frequente. E portanto as pessoas de irem fazer um trabalho não só com alguém externo ou consulta externa que pudesse trabalhar as equipas de forma a que fortalecesse a nível de autocuidado”</i>
3.2.9 desenvolvimento pessoal	1	1	<i>“sobretudo situações de desenvolvimento pessoal para as pessoas serem mais capacitadas, trabalharem mais elas próprias uma coisa mais experiencial”</i>

3.2.10 fazer formações	1	1	<i>“fazerem formações mais na área experiencial e como é que as pessoas lidam, como nós lidamos com a morte”</i>
3.2.11 estar saudável	1	1	<i>“Portanto a própria equipa tem que também que... para estar saudável e funcionar de uma forma normal e adaptativa”</i>
3.2.12 trabalhar em conjunto	1	1	<i>“Podemos ser exteriores à equipa no sentido que trabalhamos noutros locais, mas naquele momento somos a pessoa de referência daquela equipa, portanto trabalhamos com aquela equipa. Portanto é importante que haja um trabalho conjunto nesse sentido”</i>
3.2.13 estar vocacionada	1	1	<i>“À mistura, sim e acho que sobretudo importante nestas situações é de facto as pessoas estarem vocacionadas para aquilo que esta área e de facto fazer</i>
3.2.14 ter perfil	1	1	<i>“Tem que se ter um perfil para se trabalhar também nalgum tipo de áreas. E acho que este exige um perfil”</i>
3.3 Facilitadores (pontos fortes)	3	10	
3.3.1 reconhecimento do papel do psicólogo	1	1	<i>“(...)e há coisas que a F. consegue ver e que nós não conseguimos ver, porque tem outro olhar, tem o olhar da psicologia, não é”</i>
3.3.2 envolvida na decisão	1	1	<i>“Quando é a perceção dos médicos ou dos enfermeiros já é mais discutido, não é, porque é feito em reunião normalmente”</i>
3.3.3 fé	1	1	<i>“a questão da fé que eu acho que é protetora também, é protetora dos doentes mas é dos técnicos também (...)”</i>
3.3.4 equipa como facilitadora	3	6	<i>“O próprio trabalho em equipa, eu acho como fatores facilitadores acho que nós nos CP não trabalhamos de todo sozinhos, alias acho que em nada na nossa vida trabalhamos de todo sozinhos, em nenhum tipo de trabalho, mas mais aqui num tipo de trabalho em que tamos a lidar com pessoas em fim de vida, muitas vezes em sofrimento, portanto acho que o trabalho em equipa é de todo um fator facilitador”</i>
3.3.5 valorizar o trabalho multidisciplinar	1	1	<i>“É de tal forma a questão do excesso de doentes, sai de tal forma em primeiro lugar, de forma destacada que acaba por esconder um bocadinho os outros. Se calhar vejo pelo lado positivo. Valorizo muito este trabalho multidisciplinar nos paliativos”</i>
3.4 Obstáculos (pontos fracos)	4	20	
3.4.1 número de horas insuficientes	1	1	<i>“todas as semanas eles discutem o numero de horas disponibilizadas que é insuficiente”</i>
3.4.2 organizacionais	1	1	<i>“é nós estarmos a procurar estratégias para combater o burnout quando toda a estrutura tá e quando tudo tá feito para que nós entremos em burnout e aí voltamos às questões organizacionais, com doentes a mais, com falta de condições”</i>

3.4.3 condições de trabalho	1	2	“quantas vezes se houve médicos a dizerem “não gosto de ser médido” “devia tar a fazer outra coisa” e a maior parte das vezes não é isso. Maior parte das vezes não é desinteresse pela medicina, não é chegar à vida prática e ah afinal não gosto de medicina, devia ter ido pa advocacia, não tem a ver com isso, tem a ver com as condições de trabalho”
3.4.4 ilusão nos doentes	1	2	“aqui é ilusão de eu ficar bem e muita das vezes isto é induzido pelos profissionais de saúde muito vincada e muito intensa, sempre aqui com cariz de bondade de quem diz, não vemos isto aqui feito de uma forma maléfica, nada disso!”
3.4.5 juízos de valor familiares	1	1	“Aquela ideia que não se quer cuidar e que não quer e que abandona, juízos de valor ainda é, ainda está muito impregnada nalguns profissionais de saúde e o julgamento sai muito rápido, mais depressa que a atitude;
3.4.6 falta linguagem de saúde	1	2	“A linguagem da saúde e isto é algo que muita das vezes eu vejo que os colegas não têm
3.4.7 achar a intervenção psicológica de todos	1	1	“acharem que o nosso tipo de intervenção não é muito necessário ou eplu contrário, acharem que nós conseguimos tudo rapidamente”
3.4.8 dificuldade de limitação	1	3	“A intervenção médica é só do médico, a intervenção dos enfermeiros é só dos enfermeiros, a psicológica toda a gente sabe e até o apoio psicossocial portanto tudo isto dá aqui aso a que haja uma interpretações erradas daquilo que é a nossa intervenção e dos limites dos outros. Isto é para mim uma das barreiras grandes é esta dificuldade da limitação até onde ir”
3.4.9 profissional complicado	1	1	“também às vezes o próprio profissional confesso que é complicado, às vezes fazer uma avaliação de alguma necessidade a esse nível”).
3.4.10 expectativas que criam sobre o psi	1	2	“às vezes as expectativas que se criam em relação ao nosso trabalho, ou seja, esperar que nós resolvemos tudo rapidamente, que às vezes não é possível porque estes processos psicoterapeuticos demoram de facto tempo para se realizarem”
3.4.11 achar intervenção psi não necessária	1	1	“acharem que o nosso tipo de intervenção não é muito necessário ou eplu contrário, acharem que nós conseguimos tudo rapidamente”
3.4.12 elementos insuficientes	1	2	“Temos que dar reposta e às vezes não há profissionais..”
falha a comunicação	1	1	“A meu ver o que falha, às vezes é a comunicação
3.5 Mudanças a operar (codifica os excertos que de acordo com os psicólogos são mudanças necessárias)	2	14	
3.5.1 nível organizacional	1	1	“eu aliás considero pelo menos na parte que me toca eu sei que há razões de queixas em termos organizacionais da parte médica nomeadamente falta de profissionais, falta de meios pas consultas domiciliárias e tudo mais”
3.5.2 funcionamento multidisciplinar	1	2	“Sim. eu aliás considero pelo menos na parte que me toca eu sei que há razões de queixas em termos

			<i>organizacionais da parte médica nomeadamente falta de profissionais, falta de meios para consultas domiciliárias e tudo mais</i>
3.5.3 integrar psicólogo	1	1	<i>“Portanto se calhar respondendo à sua pergunta, não era verdadeiramente à sua pergunta mas seria essa a proposta que eu faria por ex à oncologia. Poder integrar um psicólogo”</i>
3.5.4 referenciação	1	2	<i>“Pois é tanta coisa.... eu acho que a questão de que eu falei há bocadinho da referenciação, a referenciação para mim é fundamental”</i>
3.5.5 estruturas para dar resposta	1	1	<i>“Só que depois aí tinha que haver estruturas para dar resposta”</i>
3.5.6 mais profissionais	1	1	<i>“mais profissionais a trabalhar na área e com formação eu acho que isso é importante”</i>
3.5.7 profissionais com formação	1	5	<i>“E às vezes a formação é fundamental. Não só a formação teórica mas também prática. Que também de facto as equipas estejam cada vez mais bem apetrechadas não só no número de profissionais mas também na valorização dos próprios profissionais”</i>
3.5.8 alargar	1	1	<i>“Acho que temos que alargar isto.. não há dúvidas”</i>
3.6 Papel do psicólogo	2	5	
3.6.1 Ajustamento linguagem	1	1	<i>“Se me colocarem a mim numa equipa de CP na china não vou entender nada porque eu não sei nada se chinês. Então eu tenho que me ajustar à linguagem deles e aqui o psicólogo que tem estar muito bem preparado não é para falar a língua, é para falar uma língua que seja conhecimento de todos e essa língua tá instituída”</i>
3.7 Facilitadores (codifica os excertos que de acordo com os psicólogos são facilitadores do seu trabalho)	1	1	
3.7.1 linguagem	1	1	<i>“Eu para mim é muito facilitador até pelo meu percurso de vida que me possibilita muito discutir situações que se calhar eles não conseguem discutir porque não têm conhecimento sobre isso</i>
3.7.2 Defesa perante profissionais	1	1	<i>“Por outro lado, também temos que ver que muitas das vezes os doentes já chegam tarde à equipa de paliativos e mais tarde chegam à nossa intervenção e aqui a ordem nas linhas orientadoras da intervenção psicológica em CP define muito bem isto, temos que ter cuidado para, e estas palavras não estão no guia, são minhas, temos que ter muito cuidado para não nos queimarmos, porquê? Porque podem ser presentes envenenados. Se me dão um doente para eu avaliar e intervir a oito dias, a cinco dias de morrer, um doente quase agónico, eu não vou fazer nada, pouco vou fazer”</i>
3.7.3 Conhecimento da especificidade da área profissional	1	1	<i>“Sim, portanto esse conhecimento daquilo que é a especificidade da área profissional é importante quando trabalhamos neste contexto”</i>
3.8 Objetivos	1	1	
3.8.1 trabalho em conjunto com	1	1	<i>“Aliás, há uma série de coisas que nós acabamos por</i>

equipa			<i>fazer em conjunto com os outros profissionais”</i>
3.9 Desafios (identificados pelo psi)	1	2	
3.9.1 confronto com fim vida	1	2	<i>“Acho que o maior desafio é o confronto com o fim de vida, todas as questões que tem a ver com fim de vida”</i>
4. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA			
4.1 Critérios para o encaminhamento (codifica os excertos que referem os critérios para encaminhamento para IP)	1	3	
4.1.1 personalidade psi	1	2	<i>“eu acho que de facto a nossa personalidade é importante. Eu e a minha colega tamos em polos muito diferentes.. ela é mais expressiva e eu sou mais assim sou mais obsessivo e acho que isso faz alguma diferença”</i>
4.1.2 dar devido valor ao sofrimento	1	1	<i>“Tentar perceber.. conseguir entre “ porque isto não é desvalorizar nada mas é conseguir enquadrar aquela expressão de sofrimento”</i>
4.2 Perfil do psicólogo (codifica os excertos que remetem para as características do psicólogo em CP (conhecimentos, características pessoais, autocuidado))	2	14	
4.2.1 Dedicção total	1	1	<i>“porque eu quando tou com os meus familiares, com os meus utentes, eu estou na minha plenitude, não é, eu estou completa, e portanto sem tempos, sem telefones, sem ninguém e estou ali, muitas vezes em silêncio, mas estou, com uma dedicação total”</i>
4.3 Especificidades (codifica os excertos referentes às especificidades do trabalho do psicólogo)	2	13	
4.3.1 conhecimento especializado	1	1	<i>“Acho que é fundamental, e encontro de facto muitos pontos fortes, e então aquilo que me parece o nosso conhecimento mais diferenciado, mais especializado, mais qualificado, permite um trabalho mais eficaz, naquilo que é pressuposto em equipa fazer no âmbito dos Cuidados Paliativos, ou seja, aquilo que me é transmitido pelos colegas de equipa é: quando fala, fala pouco, mas quando fala tem um saber diferenciado, pronto.”</i>
4.3.2 facilitadores comunicação com familiares	1	1	<i>“E muitas vezes, quando é preciso seleccionar, ou.. seleccionar não, ou ajudar a escolher ou a optar por um cuidador familiar, não é, nós também ajudamos nesse sentido, qual é aquela pessoa que está mais disponível e que pode ajudar e que o próprio utente até prefere a companhia e nós, muitas vezes somos facilitadores desta comunicação, desta vontade, desta resposta”</i>
4.3.3 mais atentos, outro olhar	1	1	<i>“conseguimos identificar necessidades que por vezes a equipa não consegue fazê-lo, ou seja, estamos mais atentos, ou temos um outro olhar, temos um outro</i>

			<i>saber e de facto sabemos identificar outras necessidades</i>
4.3.4 preservar identidade	1	1	<i>“eu acho que nós trabalhamos muito no sentido de preservar a identidade das pessoas”</i>
4.3.5 enquadrar sofrimento	1	1	<i>“conseguir enquadrar aquela expressão de sofrimento”</i>
4.3.6 leitura personalidade	1	2	<i>“Portanto, no fundo, a leitura da personalidade da pessoa, não é. Eu acho que nós.. eu tou a pensar em termos da nossa mais em termos da nossa formação e se calhar não do que fazemos na nossa prática”</i>
4.3.7 cuidar do self	1	1	<i>“portanto eu.. eu costumo ver muito a nossa atuação como: nós nao cuidamos diretamente do corpo, cuidamos do self”</i>
4.3.8 situações não definidas	1	1	<i>“a alguns receios, a algumas situações que não estão bem organizadas, não estão tão bem definidas”</i>
4.3.9 trabalho único e muito próprio	1	1	<i>“nós conseguimos, de facto, fazer um trabalho que tem sido único e muito próprio, não é, que é conseguir, contactar as famílias de longe, de perto, agilizar as necessidades fundamentais e ir de encontro com aquilo que os nossos utentes pedem e precisam e vejo um momento de dignidade”</i>
4.3.10 ver coisas estríónicas	1	1	<i>“nós vemos mais as coisas estríónicas”</i>
mediadores	1	1	<i>“Penso que funcionamos muito bem como mediadores, e pelo facto de estarmos mais recetivos, mais disponíveis para os compreender”</i>
4.4.Obstáculos (Falta de recursos de psicólogos)	4	36	
Organizacionais	4	25	
4.4.1 acessibilidade	1	1	<i>“E isto fica aqui também muito ambivalente do que fazer e andamos sempre à procura do que vamos fazer, como intervir, e isto é outra barreira, a acessibilidade.”</i>
4.4.2 desumanização espaços	1	2	<i>“É a desumanização e isto é um problema transversal acho eu do nosso Sistema Nacional de Saúde”</i>
4.4.3 falta de recursos de psicólogos	1	1	<i>“A falta de, penso que a falta de recursos de psicólogos”</i>
4.4.4 intervenção tardia	1	1	<i>“Muito da narrativa que os doentes nos fazem chegar é muito interessante eles dizerem “pois, este acompanhamento psicológico é importante, mas devia ter acontecido muito mais cedo” porque agora eu de facto sei que isto é irreversível, faz-me sofrer mas na altura eu criei aqui algumas ilusões que me levaram a pensar que efetivamente podia ficar bem, que me podia curar e que isso me foi sempre muito prometido”</i>
4.4.5 pouco tempo alocado psis	1	1	<i>“Depois temos uma outra barreira que não pode ser retirada e a nós psicólogos é uma barreira muito forte que é apesar de tudo ainda o pouco tempo alocado para os psicólogos poderem se dedicar a estes doentes, e a este cuidar em fim de vida quer doente quer família e ao mesmo tempo”</i>
4.4.6 pressão de números	1	1	<i>“Existe uma pressão muito grande de números”</i>

4.4.7 tempo	3	4	<i>“se por um lado nós pretendemos que os doentes mais precocemente possível venham à nossa consulta, por outro lado queremos que não venham porque não temos tempo para aqueles que estão no seu processo final”</i>
4.4.8 tempo de espera consultas	1	2	<i>“Depois temos várias barreiras: o próprio momento, a condição em que as pessoas nos chegam, tempo de espera das consultas de CP”</i>
4.4.9 cultura dos números	1	2	<i>“Eu acho que graça fortemente nos hospitais em portugal sinceramente, sinceramente acho. Portanto é a cultura dos números, não é. Isso é muito, é muito complicado porque quer uma pessoa quer não passo a expressão, começa a desinvestir entra ali, começa a entrar numa área cinzenta quando não passa po lado de lá, não é. Sem dúvida nenhuma, portanto eu acho que os obstáculos são.. há obstáculos culturais”</i>
4.4.10 trabalho não específico do psi	1	4	<i>“porque muitas vezes sinto que tou a fazer um trabalho que não é específico do psicólogo; Às vezes até a fazer outro trabalho que é de outro profissional, da enfermagem, ou da medicina, por constringimentos, pela organização do próprio trabalho”</i>
4.5 Porquê referência tardia (codifica os excertos que de acordo com os psicólogos são as causas da referência tardia)	1	6	
4.5.1 desvalorização sintomas psicológicos	1	2	<i>“assim, às vezes eu acho que há desvalorização de alguns sintomas psicológicos”</i>
4.5.2 estigma de ir ao psicólogo	1	1	<i>“Portanto tem a ver um bocadinho com este estigma que há bocadinho falei de ir ao psicólogo, ir ao psiquiatra”</i>
4.5.3 hipervalorização sintomas psicológicos	1	2	<i>“O valorizar demais leva-nos à referência, leva-nos a fazer esse pedido”</i>
4.6 Profissionais da equipa	3	10	
4.6.1 burnout	1	2	<i>“acho que pa nós psicólogos faz, que é nos podemos ter a motivação não consciente de a pessoa, salvar a vida da pessoa, quer dizer nós se nos perguntarem o que é que nós tamos a fazer não tamos a salvar a vida de ninguém mas tudo em nós vai sesse sentido. Quer dizer os nossos objetivos completamente irrealistas chegam e aí voltamos à questão do burnout porque aí num instante.”</i>
4.6.2 caminhar pouco realista	1	2	<i>“o maior obstáculo ainda continua a ser aquilo que eu há bocadinho falava que é um caminhar pouco realista nas ofertas que se fazem aos doentes e isto eleva para patamares muito altos de concretização do bem-estar das pessoas que depois se desmorona e é o caos, instala-se o caos.”</i>
4.6.3 decisão pouco partilhada	1	1	<i>“Quando é uma decisão minha tende a ser menos debatida mas é defeito meu, é defeito meu. Eu faço um esforço para dar mais feedback mas é mais pela correria e às vezes não dou tanto feedback como deveria”</i>

4.6.4 desvalorização do trabalho do psi	1	2	<i>“e aqui há uns tempos atrás assisti alguém com responsabilidades dizer que é importante que as pessoas se lembrem que a equipa base é médico e o enfermeiro, quem diz isto é a marcar o terreno..”</i>
4.6.5 modelo biomédico	1	1	<i>“e depois é o modelo biomédico que é, ainda acho que é muito centrado ainda nesta questão do curar”</i>
4.6.6 o doente é de todos	1	1	<i>“a colega diz “não, mas eu não vou ver este doente porque amanhã está cá a colega que está a seguir a doente” e alguém lhe impor que tem que ver porque na equipa não há doentes de ninguém, portanto os doentes são de todos”</i>
4.6.7 lacunas de formação	1	1	<i>“também ainda lacunas de formação, porquê? Porque o que nós temos são colegas que têm muitos deles cursos básicos ainda e que são recursos que já estão no sistema e as administrações vão buscá-los para eles exercerem estas áreas”</i>
4.7 Falha na avaliação psicológica	1	1	<i>“Às vezes sai um bocadinho furado neste sentido: há doentes ou familiares que tomam iniciativa e há outros e isso é erro meu portanto é um erro de avaliação da minha parte eu achar que posso ter a confiança que aquela pessoa nos liga”</i>
4.8 Necessidades (codifica os excertos referentes às necessidades identificadas pelos psicólogos)	4	19	
Necessidades emocionais	2	10	
4.8.1 acompanhamento dos colegas da equipa	1	1	<i>“o período de férias, agora vão uns, depois vão outros e tamos sempre “olha ainda bem, que agora a colega tava um bocadinho mais esgotada, vai ter 1 ou 2 semanas de férias, vai descansar um bocadinho mais”</i>
4.8.2 lidar com angústia pessoal	1	4	<i>“É aquele turbilhão do fim de vida, a nossa própria angústia à mistura”</i>
4.8.3 burnout	1	1	<i>“Outra coisa é que nós também tamos sujeitos a burnout, tamos sem dúvida”</i>
4.8.4 frustração	1	1	<i>“Saber que há um certo ponto que nós, uma coisa é que sabemos que ela pessoa tá realmente em sofrimento e outra coisa é percebermos se aquele sofrimento pode ser objeto da nossa intervenção ou não. Porque pode ser frustrante para nós e sobretudo para nós pode ser uma espécie de uma batata quente: o que é que eu faço com todo este sofrimento”</i>
4.8.5 investir emocionalmente	1	1	<i>“(às vezes falo de alguma situação ou que vou a determinado internamento e pessoas muito bem formadas, com muita experiência clínica me pergunta “mas o que é que tu vais lá fazer?”, isto é, esse senhor tem 1 semana de vida “o que é que tu vais lá fazer?”. Portanto isto é uma coisa fóbica também. Por um lado é esta coisa de que o doente em fim de vida não vale a pena investir nele e depois também há este aspeto fóbico que é “vou tar a investir emocionalmente, não é o meu tempo. Vou tar ali a investir emocionalmente neste doente e ele mais</i>

			<i>dias menos dia vai falecer e portanto nós jogamos à defesa. Ter consciência dessas defesas é importante mas fazemos isso sem dúvida.”</i>
4.8.6 salvar a vida doente	1	2	<i>“lá no Hospital que parece uma coisa que não faz sentido nenhum, mas eu acho que pa nós psicólogos faz, que é nos podemos ter a motivação não consciente de a pessoa, salvar a vida da pessoa, quer dizer nós se nos perguntarem o que é que nós tamos a fazer não tamos a salvar a vida de ninguém mas tudo em nós vai sesse sentido”</i>
4.9 Necessidades estruturais	4	9	
4.9.1 agenda	1	1	<i>“As dificuldades que eu sinto são dificuldades que não passam pela equipa, passam por ex por dificuldades de agenda, de conseguir ver um doente ou um cuidador num dia”</i>
4.9.2 apoio à comunidade	1	1	<i>“há uma coisa que eu sinto que de facto que seria para funcionar melhor, que era haver ou a continuidade da nossa equipa no apoio à comunidade”</i>
4.9.3 criação de oportunidades	1	1	<i>“até já me atrevo a falar mais a nível de oportunidades, até porque não o desenvolvimento ou a criação de uma consulta de psicologia paliativa, um porta onde as famílias tão, não é, à semelhança de um telefone que temos, onde a enfermeira ou a médica dá uma resposta, também porque não uma porta da psicologia”</i>
4.9.4 encaminhamento dos doentes	1	1	<i>“eu pelo menos sinto-me na obrigação de não só nos Paliativos mas de encaminhar as pessoas da melhor maneira possível”</i>
4.9.5 melhorar referenciação tardia	1	2	<i>“Se calhar a avaliação do distress psicológico do próprio doente. A partir do momento em que o doente entra num.. quer dizer independentemente de estar ou não estar, tamos a falar em CP, mas se calhar a partir do momento em que o doente é referenciado para CP ou está, é um doente paliativo, há uma coisa muito simples que é o termómetro de distress – fazer uma avaliação”</i>
4.9.6 necessário mais psicólogos	1	1	<i>“era necessário um psicólogo só para os Cuidados Paliativos”</i>
4.9.7 reconhecimento	1	1	<i>“Naturalmente, não são reconhecimentos como nós gostaríamos, ainda muito aquém daquilo que é efetivamente um reconhecimento genuíno, penso que isso não haverá”</i>
4.9.8 trabalhar em conjunto	1	1	<i>“Portanto é importante que haja um trabalho conjunto nesse sentido”</i>
4.10 Facilitadores (excertos que evocam os facilitadores do trabalho do psicólogo)	1	1	
4.10.1 liberdade gestão de tempo	1	1	<i>“A gestão de tempo é uma gestão minha que eu tenho essa possibilidade de preservar e de a agarrar como muita intensidade e não a perder porque, noutras áreas não é exatamente assim”</i>
4.11 Profissionais da equipa (codifica os excertos referentes aos	3	5	

profissionais da equipa)			
4.11.1 burnout	1	1	<i>“Costumo estar atenta aos colegas que estão assim mais fragilizados, portanto em termos de stress, em termos de algum sofrimento, burnout, de algumas situações que de facto são um bocadinho difíceis de gerir, nomeadamente, questões de decisões”</i>
4.11.2 suporte colegas	2	3	<i>“e percecionamos que alguma situação está menos bem porque temos a trabalhar com aquela equipa há situações que nós vamos conhecendo, vamos percebendo que há ali alguma coisa que não está a funcionar de uma forma tão ajustada e que há ali uma coisa que nos tá a chamar à atenção. Se calhar, naturalmente devemos e podemos ajudar a identificar esses fatores de risco”</i>
4.11.3 constrangimentos	1	1	<i>“O que nós defendemos e que eu defendo também é que a nossa intervenção não seja intervenção na dinâmica da própria equipa, porquê? Porque eu não deixo de ser um elemento da equipa. E se há coisas imagina que têm a ver com a liderança, eu enquanto elemento da equipa, não posso colocar isso, ou melhor, eu poder posso mas sei que a intervenção é sempre muito vista de uma forma muito diferente e até um bocadinho pernicioso daquilo que é a intenção porque não nos vêm como psicólogo, mas vemos como mais um elemento da equipa que está desagradado com a própria equipa”</i>
4.12 Requisitos (codifica os excertos que os psicólogos identificam como sendo necessários à prática profissional)	4	23	
4.12.1 disponibilidade	1	1	<i>“(…) têm que ser colegas ou profissionais que estejam, que estejam, eu não queria bem empregar estes termos, mas bem resolvidos, ou seja, que estejam bem situados no tempo, no espaço, que saibam exatamente distinguir determinadas situações, determinadas situações pessoais e estarem de entrega total, não é, de entrega total, de disponibilidade mental e interior para poder, só desta forma é que eu acho que se consegue fazer algum trabalho, algum trabalho de qualidade”</i>
4.12.2 perfil	1	1	<i>“tem que haver um padrão, tem que haver um perfil” (…)</i>
4.12.3 empatia	1	1	<i>“a nossa prática tá muito ancorada em aspetos relacionais e de empatia. E portanto mais do que noutras áreas da psicologia, essa capacidade para nos ligarmos ao outro, para sintonizarmos, para empatizarmos acho que não se aprende na faculdade e portanto parece-me uma condição extremamente importante”</i>
4.12.4 interrogação	1	1	<i>“eu acho que nós nos devemos interrogar sobre o que nós fazemos”</i>
4.12.5 compreensão do próprio trabalho	1	1	<i>“nós vamos com a palavra, no limite é aquilo com que vamos e portanto acho que é muito importante</i>

			<i>nós percebermos o que é que estamos a fazer, percebermos os limites do que é que estamos a fazer pelo doente e por nós próprios</i>
4.12.6 personalidade	1	1	<i>“todos aqueles aspetos que tem a ver com a nossa personalidade e maneira como nós estamos na nossa vida se calhar nesta área tem mais peso do que nos outros”</i>
4.12.7 desenvolvimento pessoal	1	1	<i>“Desde logo tem que ter um desenvolvimento pessoal muito grande”</i>
4.12.8 formação	1	1	<i>“Desde logo tem que ter um desenvolvimento pessoal muito grande, tem que ter formação”</i>
4.12.9 trabalho individual sobre adoecer e morrer	1	2	<i>“tem que ter um desenvolvimento pessoal muito grande, tem que ter formação eu defendo com toda a vivacidade tem que haver um trabalho individual sobre o meu adoecer e sobre o meu morrer, este crescimento, este desenvolvimento pessoal que é desenvolvimental nestas áreas”</i>
4.12.10 cuidado nas sugestões ao doente	1	1	<i>“nós temos que ter aqui muito cuidado naquilo que é possível de sugerir, de refletir, de pensar em conjunto com o doente de uma possibilidade”</i>
4.12.11 lidar com situação	1	1	<i>“temos que lidar com uma situação”</i>
4.12.12 lidar com intervenção muito humanista-existencial	1	4	<i>“eu penso que lidar com doentes em fim de vida, sobretudo temos que lidar com uma situação, com uma intervenção muito humanista, muito centrada na existência da pessoa”</i>
4.12.13 intervenção muito centrada na existência da pessoa	1	1	<i>“eu penso que lidar com doentes em fim de vida, sobretudo temos que lidar com uma situação, com uma intervenção muito humanista, muito centrada na existência da pessoa”</i>
4.12.14 ir de encontro à questão mais existencial	1	1	<i>“o importante é irmos de facto de encontro à questão mais existencial da pessoa – o que é que essa pessoa perdeu, o que é que faz mais sentido para ela neste momento, o que é que para ela é importante reintegrar o processo de doença na sua vida, o que é que podemos ajudá-la a fazer para que ele resolva questões sei lá, assuntos pendentes que ele tenha pa resolver”</i>
4.12.15 integrar doente contexto familiar	1	1	<i>“também temos que integrar o doente num contexto familiar e muitas vezes as questões da gestão da comunicação com o doente – família”</i>
4.12.16 ajudar o doente a equilibrar-se	1	1	<i>“Portanto ajudar o doente a equilibrar-se no meio daquela disfuncionalidade”</i>
4.12.17 centrada no sofrimento existencial	1	1	<i>“Mas sobretudo a nossa intervenção é muito centrada no sofrimento existencial, muito no humanista-existencial, acho que é sobretudo essa vertente, que eu considero que é mais importante”</i>
4.12.18 estar vocacionada	1	1	<i>“À mistura, sim e acho que sobretudo importante nestas situações é de facto as pessoas estarem vocacionadas para aquilo que esta área e de facto fazer. acho que é importante, aliás como todas as áreas, nesta área acho que é berrante de facto que a pessoa perceba”</i>
4.12.19 abordagem natural do doente	1	1	<i>“Que características pessoais tenho eu? E eu penso</i>

			<i>que não devemos ter vergonha nem preconceitos, nem aqui outras coisas de dizer que se calhar há características pessoais de cada um de nós que nos facilita e que potencia esta aproximação e este desempenho perante pessoas que estão nesta condição”</i>
4.13 Formação (codifica os excertos referentes às ferramentas do ponto de vista científico que o psi recorre)	1	1	
4.13.1 ferramentas	1	1	<i>“É assim, eu tenho alguns livros de cabeceira e que gosto de os ler e além disso, eu acho que portanto vou fazendo, já fiz alguma formação neste âmbito, mas continuo a fazer formação no âmbito do luto, âmbito de apoio às famílias, no âmbito dos Paliativos.. ah.. pronto.. continuo a fazer”</i>

Bibliografia

1. Abiven, M. (2001). Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade , Loures: Lusociência. ISBN
2. Alves, R. F., Melo, M., Andrade, S., & Sousa, V. (2014). Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 77-95.
3. Arizmendi, B. J., & O'Connor, M. F. (2015). What is “normal” in grief?. *Australian Critical Care*, 28(2), 58-62.
4. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelo y protocolos. Barcelona: Editorial Ariel; 2003.
5. Azevedo, C. (2018). Cuidados Paliativos: necessidades psicológicas e espirituais são as que mais preocupam doentes. *Cientesis* in <http://cintesis.eu/pt/cuidados-paliativos-necessidades-psicologicas-e-espirituais-sao-as-que-mais-preocupam-doentes/>
6. Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
7. Beloff H, Brennan J, Williams E, Payne S, Royan L, Russel P. The role of Psychology in End of Life Care. A report published by the Professional Practice Board of the British Psychological Society. The British Psychological Society; 2008 p. 1-30.
8. Boelen, P. & Van den Bout (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157,311–314.
9. Boerner, K., & Shulz, R. (2009). Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereave Care*, 28, 10-13. DOI: 10.1080/ 02682620903355382
10. Bos, W., & Tarnai, C. (1999). Content analysis in empirical social research. *International journal of educational research*, 31(8), 659-671.
11. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. DOI: 10.1111/j.1939-0025. 1982.tb01456.x
12. Bowlby, J. (1990). Apego e perda (Vol. 1: A natureza do vínculo). São Paulo, SP: Martins Fontes.
13. Calhoun L, Tedeschi R. Post-traumatic Growth: The Positive Lessons of Loss. In: Neimeyer R, ed. by. *Meaning Reconstruction and the Experience of Lost*. 1st ed. Washington: American Psychological Association; 2010. p. 157-172.
14. Capelas, D. M. L., Silva, S. C. F. S. D., Alvarenga, M. I. S. F., & Coelho, P. (2016). Cuidados paliativos: O que é importante saber. *PATIENT CARE*, 17.

15. Carqueja, E., Costa, C. (2014) O Psicólogo em Cuidados Paliativos: Uma reflexão possível. *Orgão Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 1.
16. Casellato, G. et al. O processo de luto: técnicas de intervenções no processo de luto. 4 Estações, Instituto de Psicologia. São Paulo, 2003, p. 133-156.
17. CASSELL, Eric J. (1991) – Recognizing suffering. In *Hastings Center Report*. p. 24-31.
18. Cherny N. The Treatment of Suffering in Patients with Advanced Cancer. In Chochinov H, Breitbart W, ed. by. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 300-323.
19. Chochinov H, Hack T, Hassard T, Kristjanson L. Dignity of Therapy: A novel Psychotherapeutic Intervention for Patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23 (24): 5520-5525.
20. Cobos, M., Almendro, E., Stempel, P., & Molina, R. (2002a). La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia*, 3(3), 190-199.
21. Cooper, J. (2014). Investigating place of death preference among cancer patients and their carers. *ANMJ Palliative Care*, 21(10), 44.
22. Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.
23. da Silva Júnior, V., & de Resende, M. C. (2017) PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO NA UTI DE UM HOSPITAL ESCOLA. *Perspectivas em Psicologia*, 21(1).
24. da Silva, S., Carneiro, M. I. P., & Zandonadi, A. C. (2017). O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. *Revista FAROL*, 3(3), 142-157.
25. Delalibera M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Luto Prolongado Para a População Portuguesa. *Acta médica portuguesa*, 24(6).
26. Diário da República, 1.ª série – N.º 172 – 5 de setembro de 2012
27. Diário da República, n.º 46/2018, Série I de 2018-03-06.
28. Direção Geral da Saúde (2014). Portugal – Doenças oncológicas em números – 2014. Retirado do website da Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/>
29. Direção Geral de Saúde (2004). Programa nacional de cuidados paliativos. Retirado do website da Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/>
30. Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.

31. European Association for Palliative Care (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33.
32. Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M. (2015). Psychosocial care and the role of clinical psychologists in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 32(8), 861-868.
33. Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas. Braga: Universidade do Minho.
34. Ferrel, B., Borneman, T., & Thai, C. (2009). Family caregiving in hospitals and palliative care units. In P. Hudson, & S. Payne (eds), *Family carers in palliative care. A guide for health and social care professionals* (pp. 131-148). New York: Oxford University Press.
35. Figueiredo, M.G.M.C.A. & Bifulco, V.A. (Org.). (2008). *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
36. Forbat, L., McManus, E., & Haraldsdottir, E. (2012). Clinical implications for supporting caregivers at the end-of-life: Findings and from a qualitative study. *Contemporary Family Therapy*, 34(2), 282-292. doi: 10.1007/s10591-012-9194-6.
37. Franco, M. H. P. (2009). Luto como experiência vital. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu.
38. Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus.
39. Gillies, J. & Neimeyer, R. (2006). Loss, Grief, and The Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65. Doi: 10.1080/10720530500311182
40. Golden, A. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336–341.
41. Golijani-Moghaddam, N. (2014). Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions. *Counselling Psychology Review*, 29(1), 2940.
42. Griffith, J. L., & Norris, L. (2012). Distinguishing spiritual, psychological, and psychiatric issues in palliative care: Their overlap and differences. *Progress in Palliative Care*, 20(2), 79-85.

43. Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R. A., & Kwilosz, D. M. (2003). Roles for Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(6), 626.
44. Horowitz, M., Bonanno, G., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260 – 273.
45. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>
46. <https://umavisaobiopsicossocialdoluto.wordpress.com/2015/07/07/24/>
47. Hudson, P. L., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M. et al. (2012). Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696-702.
48. Inácio, A. C., Vollman, D. D., Langaro, F., & Silva, M. C. C. O. (2015). Psicologia e Cuidados Paliativos em UTI neonatal. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 4(2).
49. Instituto Nacional de Estatística (2015). Anuário Estatístico de Portugal 2014 (Edição 2015). Retirado do website do Instituto Nacional de Estatística: <https://www.ine.pt/>
50. Janoff- Bulman R. Commentaries: Post-traumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*. 2004; 15 (1): 30-34.
51. Kissane, D., & Bloch, S. (2002). *Family Focused Grief Therapy: A Model of Family-Centered Care during Palliative Care and Bereavement*. London, England: Open University Press.
52. Komaroff, A. & Coburn, E. (2006). Complicated grief. *Harvard Medical School*, 23, 1.
53. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2004; 18: 558-563
54. Marecek, J. (2003). Dancing through minefields: Toward a qualitative stance in psychology.
55. Martínez, E. & Barreto, M. P. (2002). Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida. In M. R. Durá (Coord), *Territórios da Psicologia Oncológica*, 527-545.
56. Martinho, A. R., Pilha, L., & Sapeta, P. (2015). Competências do psicólogo em cuidados paliativos.
57. McCubbin, H. I., Larson, A., & Olson, D. (1996). F-COPES Family Crisis Orient Personal Scales. *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation*, 455-505.
58. McCubbin, H. I., Patterson, J. M., & Wilson, L. R. (1985). FILE: Family inventory of

- life events and changes. *Family inventories: inventories used in a national survey of families across the family life cycle*/[David H. Olson...[et al.]].
59. Melo, A. C. D., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 452-469.
 60. Mendes, J., Silva, L. J. D., & Santos, M. J. (2012). Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos para Portugal-Um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), 218-222.
 61. Monroe, B., & Oliviere, D. (2009). Communicating with family carers. In P. Hudson, & S. Payne (eds.), *Family Carers in Palliative Care. A Guide for Health and Social Care Professionals*. (pp. 1-20). New York: Oxford University Press.
 62. Moritz, R. D. (2011). Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Conselho Federal de Medicina.
 63. National Cancer Peer Review Programme (NCPRP). (2010). *Manual for Cancer Services*. London: NCPRP.
 64. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2009). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 2nd ed. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care.
 65. National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer (NICE guideline)*. London: NICE.
 66. O'Connor M. Making Meaning of life events: Theory, evidence and research directions for an alternative model. *Omega*. 2002; 46 (1): 51-76.
 67. Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2012). Contributos da ordem dos Psicólogos integrados na nova lei de bases dos cuidados paliativos. *PSIS21*, 4,11-12.
 68. Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
 69. Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta (Maria Helena Franco Bromberg, Trad.)*. São Paulo: Summus.
 70. Parkes, C. M. Guidelines for conducting ethical bereavement research. *Death studies*, Filadélfia, v. 19, p. 171-181, 1995.
 71. Payne S. Resilient carers and caregivers. In: Monroe B, Oliviere D, ed. by. *Resilience in Palliative Care: Achievement In Adversity*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2007. p. 83-97.
 72. Payne, S., & Haines, R. (2002). The contribution of psychologists to specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2002; 8(8): 401-406.

73. Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2012). Burnout in the nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18 (8), 373-381.
74. Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). *O que entender por cuidados paliativos*. São Paulo: Paulus.
75. Porto, Gláucia, & Lustosa, Maria Alice. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista da SBPH*, 13(1), 76-93.
76. Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, M., Zubenko, G., Houck, P., George, C., & Kupfer, D. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
77. Queiroz, A. H. A. B., Pontes, R. J. S. & Rodrigues, T. B. (2013). Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2615-2623.
78. Reverte, L., Gil, J. R., Toro, L. B., García, J., & BATISTE, X. G. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 15(1), 39-44.
79. Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London, UK: SAGE Publications.
80. Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
81. Santos, G. C. B. F. *Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil*.
82. Stajduhar, K., & Cohen, R. (2009). Family caregiving in the home. In P. Hudson, & S. Payne (eds.), *Family carers in palliative care. A guide for health and social care professionals*. (pp. 149-168). New York: Oxford University Press.
83. Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1101-12.
84. Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
85. Worden J. *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer; 2009.
86. World Health Organization (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial (2nd ed.)*. Geneva: World Health Organization.

87. World Health Organization (WHO) (2015). Cancer. Fact sheet n°297. Retirado do website da World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>