UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ALINE MATTOS BRAGA BARROS

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO INTENSIVISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO

Vitória da Conquista - BA

2022

ALINE MATTOS BRAGA BARROS

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO INTENSIVISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Concentração: Práticas Clínicas e Saúde Mental

Orientadora: Drª. Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Vitória da Conquista - BA

2022

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

B277

Barros, Aline Mattos Braga.

Atuação do psicólogo intensivista nos cuidados paliativos neonatais: elaboração de protocolo/ Aline Mattos Braga Barros -- Vitória da Conquista,2022.

72 f.

Orientadora: Prof.ª Drª. Andréa Batista de Andrade Castelo Branco. Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2022.

Elaborado por Marcos Aurélio Ribeiro da Silva CRB5/1858.

ALINE MATTOS BRAGA BARROS

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO INTENSIVISTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista – BA, 03/06/2022.

Prof.ª Dr.ª Andrea Batista de Andrade Castelo Branco (Orientadora)
(Universidade Federal da Bahia/IMS)

Prof.ª Dr.ª Monalisa Nascimento dos Santos Barros (Examinadora)
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia)

Prof.ª Ma. Verônica Cheles Vieira (Examinadora)
(Universidade Federal da Bahia/IMS)

Dedico este trabalho ao meu filho, Gael, que nasceu durante o percurso do mestrado e me ensina diariamente a ser mãe, conduzindo o meu olhar ao que há de mais belo e sutil.

Dedico também à minha família, sobretudo ao meu esposo, Kallef, por seguir comigo e me incentivar a buscar sempre o meu melhor.

SUMÁRIO

Resumo 6

Abstract 7

Apresentação 8

Estudo 1: Cuidados paliativos neonatais na perspectiva de psicólogos intensivistas 13

Estudo 2: Protocolo de atendimento psicológico em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 38

Considerações finais 61

Apêndice A – Roteiro de Entrevista 63

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 64

Apêndice C – Termo de Autorização para Uso de Imagem e Depoimentos 67

Anexo 68

RESUMO

Esta dissertação divide-se em dois artigos que tiveram como eixo central a atuação do psicólogo intensivista em cuidados paliativos neonatais. Na abordagem aos cuidados paliativos é frequente sua associação com o estágio de terminalidade, sobretudo ao se tratar de pacientes oncológicos ou do público idoso. No entanto, os cuidados paliativos são aplicáveis em qualquer período do ciclo vital, a partir do diagnóstico de patologias incompatíveis com a vida e com pouca resposta aos tratamentos curativos, inclusive nos neonatos. Assim, objetivou-se analisar a prática da psicologia intensivista em cuidados paliativos neonatais e elaborar um protocolo que pudesse nortear a atenção psicológica aos recém-nascidos e familiares, contribuindo com a melhoria da assistência no Sistema Único de Saúde. Utilizou-se a metodologia qualitativa, com pesquisa de natureza interventiva, do tipo pesquisa & desenvolvimento. Para o tratamento dos dados, obtidos por meio de entrevista individual semiestruturada, utilizou-se a análise de conteúdo. Participaram da amostra cinco psicólogos hospitalares com experiência em unidade de terapia intensiva neonatal. Os locais onde a pesquisa foi realizada são dois hospitais públicos de um município de médio porte da região Nordeste, com 10 leitos em cada UTI neonatal vinculada ao SUS. O primeiro artigo analisa e descreve a atuação do psicólogo hospitalar nos cuidados paliativos neste contexto, obtendo três categorias temáticas a partir da análise dos dados: os desafios da abordagem dos cuidados paliativos na uti neonatal; atuação da psicologia em cuidados paliativos junto à equipe multiprofissional; e, intervenções da psicologia junto à família e ao bebê em cuidados paliativos. Observou-se que pouco são abordados os cuidados paliativos neonatais, levando muitas vezes à sua adoção tardia. O segundo texto foi composto pelo processo de elaboração do protocolo com base na literatura e entrevistas coletadas, sugerindo as seguintes estratégias para atuação: avaliação dos critérios de cuidados paliativos; dados sobre gestação e parto; informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; interação com a equipe e vinculação com a família; identificação das reações emocionais da mãe; e o desenvolvimento de intervenções psicológicas. Conclui-se que analisar a prática do psicólogo neste campo e propor um protocolo para atuação pode contribuir com o seu fazer, favorecer a humanização do cuidado e possibilitar maior visibilidade dos cuidados paliativos neonatais no SUS. Ressalta-se a importância do instrumento não ser utilizado de forma tecnicista, pois sua potência está em ofertar possíveis caminhos para que pacientes e familiares vivenciem sua dor de forma respeitosa e com dignidade.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; cuidados paliativos; unidades de terapia intensiva; neonatologia.

ABSTRACT

This dissertation is divided into two articles whose central axis is the acting of the intensive care psychologist in neonatal palliative care. In the approach to palliative care, its association with the terminal stage is frequent, especially when treating cancer patients or the elderly public. However, palliative care is applied at any period of the life cycle, from the diagnosis of pathologies incompatible with life and with little response to curative treatments, including in neonates. So, aimed to analyze the practice of psychologist in neonatal palliative care and elaborate a protocol that guides attention focused on promoting the practice of intensive care psychology, oriented to the Unified Health System (SUS). A qualitative methodology was used, with the design of Research of an Interventive Nature, of the Research & Development type. For the treatment of data obtained through individual semi-structured interviews, Content Analysis was used. Five hospital psychologists with experience in Neonatal Intensive Care Units participated in the sample. The places where the research was carried out are two public hospitals in a medium-sized municipality in the Northeast region, with 10 beds in each neonatal ICU linked to SUS. The first article analyzes and describes the acting of the hospital psychologist in palliative care in this context, obtaining three thematic categories from the data analysis: the challenges of approaching palliative care in the neonatal ICU; acting of psychology in palliative care with the multidisciplinary team; and, psychology interventions with the family and the baby in palliative care. It was observed that neonatal palliative care is rarely approached, often leading to its late adoption. The second text was composed by the protocol elaboration process based on the literature and collected interviews, suggesting the following strategies for action: evaluation of palliative care criteria; data on pregnancy and childbirth; information on diagnosis, treatment and prognosis; interaction with the team and bonding with the family; identification of the mother's emotional reactions; and the development of psychological interventions. It is concluded that analyzing the psychologist's practice in this field and proposing a protocol for action contributes to his doing, can favor the humanization of care and allows greater visibility of neonatal palliative care in the SUS. We emphasize the importance of the instrument not being used in a technical way, as its power lies in offering possible ways for patients and family members to experience their pain with respect and dignity.

Keywords: Hospital Psychology; Palliative Care; Intensive Care Units; Neonatology.

Apresentação

Apesar de historicamente os cuidados paliativos representarem um avanço recente no campo da medicina, para muitos profissionais da área da saúde essa assistência ainda está mais associada a quadros de terminalidade ou fim de vida, a exemplo de idosos com enfermidades em estágio avançado e pacientes oncológicos, desconsiderando que essa abordagem pode ser aplicada ao paciente e sua família desde o diagnóstico, em qualquer período do ciclo vital.

Considerando o nascimento do bebê como um grande marco na vida de uma mãe, o plano de parto tem se apresentado como uma tecnologia de cuidado importante para permitir uma experiência significativa no primeiro encontro entre a mãe e recém-nascido. A elaboração do plano de parto pelas gestantes durante o pré-natal e sua consecução pela equipe de saúde tende a possibilitar o resgate do nascimento não só como um evento fisiológico, mas também afetivo (Santos et al., 2019). Trata-se de um "plano de chegada", elaborado para acolher a díade de forma segura e humanizada, prevenindo eventuais iatrogenias.

No entanto, unidades hospitalares pouco têm desenvolvido ferramentas de cuidado para elaborar um "plano de partida" para os bebês com prognóstico reservado e com poucas respostas ao tratamento curativo. A morte e despedida de alguém que acabou de chegar ao mundo torna-se, frequentemente, um interdito na cena hospitalar. Com o objetivo de promover a humanização do cuidado e melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos e familiares, os cuidados paliativos neonatais oferecem diretrizes importantes para promover afeto, dar visibilidade à dor e aliviar o sofrimento dos bebês.

A psicologia, nesse contexto, traz importantes contribuições para essa abordagem de cuidado, lidando com os aspectos psicossociais que integram a totalidade do paciente. Em 1960, Cicely Saunders cunhou o termo "dor total" (física, psíquica, social e espiritual), o que implica diretamente na atuação do psicólogo ao lidar com o fator emocional, pois não há um organismo biológico independente dos estados psíquicos (Nunes, 2012).

Quanto à assistência psicológica no âmbito das unidades de terapia intensiva neonatais (UTINs), artigos mais recentes trazem uma aproximação maior em relação ao objeto de estudo proposto nesta pesquisa. Narchi, Rosa e Campos (2017) destacam que a inclusão da malformação como um dos critérios passíveis de serem aplicados na adoção de cuidados paliativos neonatais, amplia a atuação do psicólogo desde o momento da notícia do diagnóstico. A psicologia pode atuar no acompanhamento do bebê, dos genitores e da família, passando pelo trabalho com emoções e fantasias, o luto simbólico do bebê imaginário e o enfrentamento da possibilidade de morte.

No que diz respeito à mãe desse recém-nascido, é comum emergirem sentimentos de incapacidade e culpa, pois suas concepções sobre maternagem e cuidados ao bebê precisarão ser reelaborados a partir do instante em que ocorre a separação após o parto para internação na UTIN. Com efeito, a atuação do psicólogo na UTIN nos cuidados paliativos possibilita o acolhimento e auxilia a elaboração do luto simbólico (um bebê real distante do ideal imaginado pela mãe ou pelo casal), considerando a iminência do luto concreto de um bebê que já não possui possibilidades terapêuticas de cura (Narchi, Rosa & Campos, 2017).

A literatura internacional traz contribuições no campo da psicologia nos cuidados paliativos perinatais e pediátricos. Segundo Nieri (2012), é importante considerar a maternidade como um fenômeno psicobiológico e uma crise evolutiva e vital, que reativa problemas do passado e potencializa os problemas do presente. Essa crise evolutiva acontece em função da sua história de vida, sua personalidade, a situação que está vivendo, as características do bebê e o lugar que seu filho ocupa na história da família. Perder um filho é um acontecimento profundamente doloroso que afeta toda a estrutura familiar, podendo tornar mais complexa a elaboração do luto.

Nos cuidados paliativos pediátricos, Bernadá et al. (2010) trazem a comunicação da equipe como o principal pilar no cuidado às crianças elegíveis para cuidados paliativos, sendo

este um elemento frequentemente desconsiderado na formação dos profissionais de saúde. Embora os cuidados paliativos integrem o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Resolução do Ministério da Saúde nº 41 de 31 de outubro de 2018, a formação dos profissionais de saúde ainda está hegemonicamente voltada para a cura, sendo as condutas paliativas geralmente intangíveis.

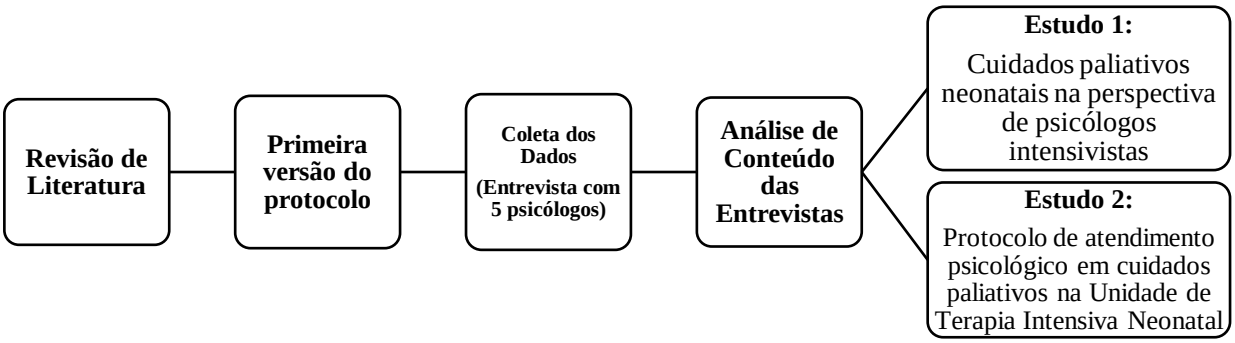
Rodríguez, Cádiz, Farías e Palma (2005) afirmam que as unidades de cuidados paliativos nos hospitais pediátricos do Chile se encontram mais estruturadas nos setores oncológicos, destacando a importância da implementação de cuidados paliativos voltados a outros setores e tipos de patologias. Considera-se que houve um aumento no número de casos de pacientes com patologias complexas (neurológicas, respiratórias, cardiológicas, nefrológicas) e sobrevida limitada, isso faz com que esses pacientes constituam uma população invisibilizada e estigmatizada.

Tendo em vista a complexidade dos fenômenos relacionados ao enfrentamento da morte e do luto, assim como dos cuidados paliativos na assistência aos usuários do SUS, analisar a prática dos psicólogos que atuam neste cenário e elaborar um protocolo de atendimento pode favorecer a melhoria da qualidade do cuidado hospitalar nas instituições pesquisadas. Outrossim, os resultados desta pesquisa podem nortear a prática do psicólogo na UTIN em outras unidades, confluindo para uma justificativa institucional da pesquisa, na medida em que pode beneficiar diretamente ou indiretamente as instituições hospitalares. O protocolo pode servir como ponto de partida para aprimoramento e aplicação em outros serviços de psicologia hospitalar no país.

Logo, o objetivo geral deste estudo foi elaborar um protocolo de atendimento para orientar a prática do psicólogo intensivista nos cuidados paliativos neonatais. Os objetivos específicos, por sua vez, foram identificar as demandas e possíveis intervenções psicológicas voltadas aos neonatos e seus familiares, bem como analisar a atuação do psicólogo junto à

equipe multiprofissional neste contexto.

Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogos de dois hospitais públicos, com questões abarcando o seu fazer diante dos cuidados paliativos na UTIN (Apêndice A). Os dados coletados foram explorados à luz da Análise de Conteúdo e subdividiram-se em dois estudos: o primeiro analisou a atuação do psicólogo diante dessas demandas; já o segundo, discorreu sobre a elaboração do protocolo de atendimento com base na literatura científica e dados coletados junto aos participantes entrevistados. Os dois artigos podem ser lidos de forma independente, mas logram também de uma composição importante na leitura integral, na medida em que aprofundam o mesmo objeto de estudo. Abaixo, segue um fluxograma para melhor visualização do percurso metodológico desenvolvido:



Espera-se que os estudos a seguir contribuam para o desenvolvimento de uma prática psicológica fundamentada cientificamente, mas sobretudo humanizada, delicada e baseada na ética do cuidado, possibilitando encontros potentes na tríade equipe-família-neonato, vivências afetivas e partidas mais dignas.

Referências

Bernadá, M., Dall´Orso, P., Fernández, G., Le Pera, V., González, E., Bellora, R., Dallo, M. de l. Á., Caperchione, F., Giordano, A., Guillén, S., Fierro, Gonzalo, L., Rosario, F. E. & Carrerou, R. (2010). Abordaje del niño con una enfermedad pasible de cuidados paliativos: Visión desde la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro

Hospitalario Pereira Rossell. *Archivos de Pediatría del Uruguay, 81*(4), 239-247. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000400004&lng=es&tlng=es.

Narchi, M. D., Rosa, D. de P. & Campos, L. H. de. (2017). Atuação do psicólogo no acompanhamento de pais de neonatos com malformação fetal. Rev. Soc. Cardiol. 27(Supl). Recuperado de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847765

Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, *31*(1); 17-21. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/912/91224234004.pdf

Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipe. In Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.), Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Porto Alegre: Sulina.

Rodríguez, N., Cádiz, V., Farías, C. & Palma, C. (2005). Cuidado paliativo en oncología pediátrica. *Revista Pediatría Electrónica, 2*(2), 33-36. Recuperado de http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2005/vol2num2/pdf/cuidados_paliativos.pdf

World Health Organization. (2002) National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO.

Santos, Fernanda Soares de Resende et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 6 [Acessado 14 Abril 2022] , e00143718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718>. Epub 04 Jul 2019. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718.

Observação: os estudos abaixo seguiram as regras de formatação de cada revista em que foram submetidas sua publicação.

ESTUDO 1

Cuidados paliativos neonatais na perspectiva de psicólogos intensivistas

Neonatal palliative care from the perspective of intensive care psychologists

Resumo

Os cuidados paliativos neonatais são uma abordagem para aliviar a dor e o sofrimento de neonatos acometidos por enfermidades que ameaçam a vida ou sem possibilidade terapêutica de cura. Este artigo objetivou analisar e descrever a atuação do psicólogo intensivista nos cuidados paliativos neonatais. Utilizou-se a metodologia qualitativa e a técnica da Análise de Conteúdo para categorizar e interpretar as entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo cinco psicólogos com experiência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos de um município de médio porte do Nordeste. Como resultado, definiram-se três eixos temáticos: os desafios da abordagem dos cuidados paliativos na UTIN; atuação da psicologia em cuidados paliativos junto a equipe multiprofissional na UTIN; e, intervenções da psicologia junto à família e ao bebê em cuidados paliativos. Conclui-se que pouco se aborda os cuidados paliativos na UTIN, levando a sua adoção tardia, comumente perpassada por crenças e valores da equipe multiprofissional. A importância do psicólogo relaciona-se, sobretudo, aos momentos de comunicação de más notícias e acolhimento às famílias, oferecendo suporte àqueles que vivenciam o processo de hospitalização e de luto.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Cuidados Paliativos; Neonatologia.

Abstract

Neonatal palliative care is an approach to alleviate the pain and suffering of neonates affected by diseases that threaten life or without therapeutic possibility of cure. This article aimed to analyze and describe the acting of the intensive care psychologist in neonatal palliative care. The qualitative methodology and the content analysis technique were used to categorize and interpret the semi-structured interviews. Five psychologists with experience in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) participated in the study. The study location was in two public hospitals in a medium-sized municipality in the Northeast. As a result, three thematic axes were defined: the challenges of approaching palliative care in the NICU; psychology in palliative care with a multidisciplinary team in the NICU; and, psychology interventions with the family and baby in palliative care. It is concluded that palliative care is rarely adopted in the NICU, taking into account its adoption, commonly permeated by the beliefs and values of the multiprofessional team. The importance of the psychologist is related to the moments of communication of bad news, offering support and refuge to the people who lives the process of hospitalization and grief.

Keywords: Hospital Psychology; Palliative Care; Neonatology.

Introdução

Apesar da crescente evolução tecnológica no campo da medicina, possibilitando a cura ou o controle de muitas doenças que costumavam ser letais, outras enfermidades ainda se apresentam como progressivas e incuráveis (Inácio, Vollmann, Langaro & Silva, 2015). Nesse contexto, os Cuidados Paliativos surgem como possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento, sendo destinados aos pacientes acometidos por enfermidades que ameaçam a vida ou sem possibilidade terapêutica de cura. Seu princípio básico é oferecer qualidade de vida

tanto ao paciente quanto aos familiares, uma vez que a dinâmica da família é radicalmente afetada quando um dos seus membros recebe tal diagnóstico (Matsumoto, 2012).

Com a crescente demanda por Cuidados Paliativos no Brasil, o Ministério da Saúde normatizou, com a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, a sua oferta como parte dos cuidados continuados do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que "será elegível para Cuidados Paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição" (Resolução nº 41, 2018, p. 276).

Especificamente em relação aos recém-nascidos, a literatura tem apontado para a importância da implantação dos Cuidados Paliativos sistematizados no período neonatal (até os 28 dias de idade), considerando que grande parte dos bebês nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) atende aos critérios, mas esporadicamente recebe esses cuidados (Inácio et. al, 2015).

No que tange à mortalidade dos bebês recém-nascidos, entre os anos de 2007 e 2017, 303.260 óbitos neonatais foram registrados, equivalendo a média de 9,46 por 1.000 nascidos vivos, sendo a maioria ocorrida entre os bebês pré-termos (63,89%). A maioria das causas das mortes dizem respeito a afecções originadas na fase perinatal, com tendência a malformações congênitas, deformidades, anomalias cromossômicas – elegíveis para cuidados paliativos -, doenças infecciosas, endócrinas, entre outras (Bernardino et al., 2022).

A psicologia na UTIN busca promover a compreensão da família sobre o quadro clínico, a mudança de foco terapêutico (quando não é mais curativo) e os objetivos dos cuidados paliativos; facilitar a interação mãe-bebê, oferecendo uma escuta especializada que contribua para a organização psíquica da mulher (cognitiva e emocional); e colaborar na elaboração do luto antecipatório, considerando a totalidade destas pessoas que, além da perda concreta (do bebê), também tendem a viver perdas simbólicas (sonhos, planos e expectativas). Ademais, o

psicólogo auxilia a equipe no enfrentamento das situações de estresse e trabalha questões como a comunicação de más notícias e o luto antecipatório (Inácio et al., 2015).

Neste panorama, a presente pesquisa buscou responder a seguinte pergunta-problema: como se dá a atuação do psicólogo intensivista nos cuidados paliativos neonatais em dois hospitais públicos, partindo da hipótese de que a análise e descrição dessa prática profissional podem fornecer subsídios para o aprimoramento da atenção psicológica aos neonatos e seus familiares.

Ao realizar levantamento bibliográfico nos bancos de dados Scielo, Pepsic e Lilacs (descritores: Psicologia and Cuidados Paliativos and Unidades de Terapia Intensiva or Neonatologia or Recém-nascido), verificou-se escassez na literatura científica, o que dificulta o desenvolvimento de intervenções fundamentadas e inovações da psicologia nesse contexto. Ao total, foram localizados apenas 3 artigos internacionais e nenhuma produção no âmbito nacional (Bernafá et al, 2010; Nieri, 2012; Rodríguez, Cádiz, Farías & Palma, 2005). Sendo assim, buscou-se, portanto, promover possíveis avanços na área, dando ênfase ao público neonato, historicamente imperceptível nos cuidados paliativos.

Método

Utilizou-se a metodologia qualitativa e entrevistas semiestruturadas para obtenção de material empírico. Para Minayo e Sanches (1993), o mundo social é passível de investigação e a "fala" é a matéria-prima da abordagem qualitativa, sendo a mesma contrastada com as práticas dos sujeitos, abarcando a compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as mobilizam.

Entre os participantes estão cinco psicólogos com experiência nas UTIs neonatais de dois hospitais públicos, localizados em um município de médio porte da região Nordeste. Utilizou-se como critério de inclusão amostral a atuação direta na produção do cuidado à

população alvo da pesquisa. Os psicólogos possuem um tempo de formação que varia entre três e vinte anos, sendo seis meses a cinco anos o período de experiência nessas unidades. As abordagens psicológicas escolhidas pelos profissionais para a atuação são a Psicanálise (utilizada por dois participantes), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e Psicodrama.

Quanto aos locais do estudo, foram escolhidos dois hospitais com 10 leitos em cada UTIN, ambos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a pacientes do município sede e 73 cidades circunvizinhas.

Para a entrevista individual, foi elaborado um roteiro com 10 questões abrangendo aspectos e reações psíquicas identificadas no atendimento aos familiares/cuidadores dos bebês em Cuidados Paliativos; comunicação de más notícias; luto antecipatório; intervenções consideradas mais efetivas de acordo com a experiência de cada participante; desafios enfrentados e a atuação do psicólogo junto à equipe multidisciplinar.

A Análise de Conteúdo (AC) foi selecionada para o processamento e interpretação do material empírico, constituindo um agrupamento de técnicas de análise de comunicação que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das entrevistas, visa obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos ligados às condições de produção ou recepção destas mensagens (Bardin, 1977).

Segundo Minayo (2007), a Análise de Conteúdo temática se constitui das seguintes etapas: pré-análise, com a escolha do material a ser analisado e a retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa; a leitura flutuante do material por meio do contato direto e intenso com o que foi colhido em campo; exploração do material, quando o pesquisador busca por categorias, que são as palavras ou expressões significativas em torno das quais o conteúdo das falas está organizado, chegando assim ao núcleo de compreensão do material; e, por fim, o

tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando o que foi produzido é, geralmente, submetido à análise crítica, contextual e articulação teórica na perspectiva qualitativa.

Diante do contexto de pandemia da Covid-19, as entrevistas foram realizadas e gravadas de forma remota, via internet, por videochamada, mediante anuência dos participantes, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Imagem e Som. Destaca-se que o estudo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética local (CAAE: 34371920.0.0000.5556) e todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos, bem como dos riscos e benefícios, do sigilo das informações e do direito de desistir da sua participação em qualquer momento do estudo sem prejuízos físicos, econômicos ou morais, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) e Termo de Autorização para Uso de Imagem e Depoimentos (Apêndice C).

Resultados e discussão

Por meio da análise minuciosa das cinco entrevistas coletadas, foi possível identificar cerca de 80 unidades de registro, posteriormente agrupadas nas três categorias temáticas apresentadas a seguir.

1. Os desafios da abordagem dos cuidados paliativos na UTIN

O fenômeno da morte no âmbito hospitalar é institucionalizado e medicalizado na busca do seu adiamento, configurando-se um tabu no discurso biomédico (Medeiros & Lustosa, 2011). Quando o nascimento de uma criança se depara paradoxalmente à finitude da vida, esta se torna ainda mais difícil de ser enfrentada. Os obstáculos de se abordar o tema da morte e dos cuidados paliativos na UTI neonatal, muitas vezes, tendem a interferir na qualidade da assistência voltada aos neonatos e seus familiares.

De acordo com os relatos dos entrevistados, há uma dificuldade na abordagem, sobretudo inicial, dos cuidados paliativos aos recém-nascidos internados na UTIN. Até pouco

tempo atrás, os cuidados paliativos neonatais eram pouco discutidos no seu local de trabalho, como afirma o Participante 1:

> Era um tema que angustiava bastante, né, mas que era pouquíssimo falado. E, quando foi falado, foi a partir da médica coordenadora da UTI na época, que tinha feito um curso (...), trouxe as noções de cuidados paliativos neonatal pra gente. Só que não teve muita repercussão.

Além da baixa repercussão dos cuidados paliativos neonatais no setor, cujo tema vem sendo abordado de forma tímida pelas equipes de saúde, essa abordagem acaba sendo realizada, frequentemente, de forma tardia:

> Mesmo em recém-nascidos que tenham diagnóstico ameaçador à vida, né, que têm um histórico aí de investimentos - não de investimentos, de intervenções – realizadas sem um resultado esperado, sem uma mudança significativa no quadro clínico geral; ainda assim, eu percebo que a equipe tem dificuldade em mudar o plano de cuidado, de entrar com um plano de cuidado interventivo menos voltado à cura e mais voltado ao conforto (Participante 4).

Os relatos denotam dificuldades da equipe em reconhecer e trabalhar conjuntamente na perspectiva dos cuidados paliativos nos casos em que há indicação, o que pode revelar lacunas no processo formativo dos profissionais. Embora esses cuidados integrem o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a formação dos profissionais de saúde ainda está hegemonicamente voltada para a cura, sendo as condutas paliativas geralmente invisibilizadas.

Especialmente em relação ao recém-nascido, não havia o reconhecimento de sensações de dor e desconforto (Inácio et al., 2015), ou seja, procedimentos invasivos eram realizados e o alívio da dor não era promovido, levando bebês ao sofrimento e, muitas vezes, a um final de vida sem dignidade. Além disso, os cuidados paliativos ainda estão mais associados à

terminalidade ou cuidados de fim de vida, a exemplo de idosos com enfermidades em estágio avançado e pacientes oncológicos, desconsiderando que esse tipo de cuidado deve ser aplicado ao paciente e sua família desde o seu diagnóstico, em qualquer período do ciclo vital, havendo a possibilidade de ser ofertado por dias ou até mesmo anos.

Vários fatores contribuem para a dificuldade da integração dos cuidados paliativos nas UTIN, desde a indefinição prognóstica, até os imperativos tecnológicos e científicos que permanecem enraizados nas práticas dos profissionais de saúde, questões estruturais e logísticas dos setores hospitalares e o receio de arcar com consequências legais, além de lidar com as expectativas e a sensibilidade dos pais dos bebês (Soares et. al, 2013).

A angústia experienciada pelos profissionais que lidam com o cuidado aos neonatos também se faz presente. As mulheres representam a ampla maioria das pessoas que atuam na assistência, e, conforme dados da Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (Anesp, 2020), representam 79% da força de trabalho em saúde, sendo 85% dessas mulheres localizadas nos serviços de enfermagem. Muitas lidam diariamente com o trabalho nas UTIN, um ambiente onde os índices de mortalidade são considerados altos. Essa característica do setor pode ajudar a compreender o seguinte relato da Participante 4: “Não raro essas mulheres são mães, né. Muitas vezes, elas se projetam ali naquele contexto, né, e tem dificuldade de entrar em contato ali com aquela... com aquele momento de risco de morte mesmo, né, ou de perda, quando acontece”.

Logo, é necessário um cuidado voltado também à saúde mental da equipe multiprofissional, na qual carrega sua singularidade enquanto grupo de trabalho. Cada profissional traz consigo seus valores, crenças, sentimentos e emoções de modo único. A forma como essas trabalhadoras são atravessadas pelas demandas na rotina da UTIN tende a interferir diretamente na produção do cuidado. Como exemplifica a Participante 3, “Trabalhar a equipe

também é muito importante. Já houve momentos, né, de médicos, outros profissionais, dizer de querer desistir desse ambiente por não suportar disso".

Outro aspecto que emergiu nas entrevistas relaciona-se à compreensão que os psicólogos têm sobre os critérios para estabelecimento de cuidados paliativos. Três categorias de recém-nascidos são elegíveis para os cuidados paliativos neonatais: bebês no limite da viabilidade (entre 23 e 25 semanas gestacionais), recém-nascidos com malformações congênitas incompatíveis com a vida e bebês que não respondem às intervenções do cuidado intensivo (Inácio et al., 2015). No entanto, para alguns psicólogos, esses critérios não são claros, e a decisão é centralizada na figura do médico: "A questão dos cuidados paliativos é algo muito voltado pra conduta médica. Então, eu não vou saber contigo, porque eu não tenho competência técnica, né, sobre esses parâmetros de entrada ou não em cuidados paliativos" (Participante 5).

O Participante 2 também reforçou o saber médico como preponderante na elegibilidade dos bebês para a entrada nos cuidados paliativos:

> Como quem determina esses critérios é a equipe médica, de forma geral, né? É... e eles colocam pra gente, enfim, o que é que já foi feito, não tem mais o que fazer. Enfim, então, a gente recebe a informação pronta e aí vai trabalhar essa informação com a família.

Os relatos evidenciam que os critérios utilizados para decidir o enfoque nos cuidados paliativos não são discutidos de forma conjunta pela equipe multiprofissional, mas definido unilateralmente pelos médicos. Além disso, a fala do Participante 2 denota a reprodução do discurso de que não há mais o que se fazer diante de um quadro que requer cuidados paliativos. No entanto, os cuidados paliativos devem ser definidos e desenvolvidos de forma articulada na equipe, possibilitando um conjunto de estratégias para a promoção do conforto e qualidade de vida do paciente.

Dessa forma, é necessário reduzir o distanciamento entre o saber médico e o saber psicológico para produzir um cuidado integral. Silva et al. (2017) ressaltam que centralizar as decisões de final de vida na figura do médico é prejudicial à criança, pois cada profissional que integra a equipe tem uma percepção diferente do quadro, podendo contribuir para que a situação seja avaliada de modo mais completo e holístico.

O diagnóstico de algumas malformações e doenças ameaçadoras à vida já pode ser realizado durante o pré-natal, de modo que o cuidado paliativo perinatal poderia ocorrer desde o princípio. No entanto, na realidade dos hospitais, onde os participantes estão inseridos, essa possibilidade ainda é remota. A Participante 1 relatou que: "Me impressiona bastante, porque as demandas de pré-natal de alto risco são muitas demandas de bebês com malformações, bebês que estão, né, em situação de sofrimento, né, com risco altíssimo de prematuridade".

Em 2006, foram introduzidos no Brasil os cuidados paliativos perinatais, e em 2007 foi lançado o livro *Cuidado Paliativo* do Conselho Regional de Medicina, onde há um capítulo específico para cuidados paliativos neonatais em que os autores citam o período gestacional como uma oportunidade de planejamento para a fase pós-natal quando o diagnóstico é feito de forma precoce (Oliveira et. al, 2019). Sendo assim, haveria uma maior preparação tanto da equipe de saúde quanto dos pais, do ponto de vista psicológico, para as vivências da internação do neonato na UTIN.

Ressalta-se que questões relacionadas à vulnerabilidade social e econômica também emergiram durante a coleta dos dados. Os participantes relataram as dificuldades vivenciadas pelas mães para conseguirem acompanhar seus bebês, pois muitas não dispõem de condições financeiras para arcar com transporte e estadia, por exemplo. Outro ponto é que boa parte das famílias que passam pela UTIN e recebem alta para a internação domiciliar (*homecare*) esbarra na falta de estrutura para acolher seus filhos em suas próprias residências. Assim, algumas

famílias não conseguem acessar os cuidados paliativos domiciliares que são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visto que muitas vivem em zona rural ou localidades distantes dos grandes centros que oferecem atendimento. De acordo com a Participante 1:

> Na alta, né, desses pacientes, desses bebês, o retorno para casa era algo sempre muito complexo. Seja porque essas pessoas não tinham condições de receber, não tinham estrutura, né, para receber um bebê, por exemplo, né, que vai estar, vai viver em cuidado paliativo, nessa perspectiva que a gente tem hoje, e que não tinham possibilidade nenhuma de internação domiciliar, o que gerava nessas mães, assim, uma dificuldade muito grande de adaptação, né, a essa realidade em casa.

Como afirma Souza (2019), algumas crianças têm um tempo de vida tão curto que não permite planejar sua alta hospitalar, mas outras acabam se tornando cronicamente enfermas e os cuidados paliativos são a melhor abordagem para garantir um cuidado humanizado, incluindo a participação da família.

2. Atuação da psicologia em cuidados paliativos junto a equipe multiprofissional na UTI Neonatal

O processo de tomada de decisão para suspensão do tratamento intensivo e adoção dos cuidados paliativos plenos pode ser dividido em três estágios, na perspectiva interdisciplinar. O primeiro deles é a decisão médica, em que as deliberações devem envolver os profissionais de saúde e aconselha-se que esta conduta colegiada ocorra em duas etapas: o médico responsável pelo paciente formaliza e inicia o diálogo com a equipe, ouvindo o ponto de vista de cada membro e, havendo discordância, devem ser reconsiderados os pontos de divergência; e, o médico deve também discutir sua opinião com pelo menos outro médico consultor, sem vínculo hierárquico (Souza, 2019).

Ainda que os participantes entrevistados também considerem necessária a realização de reuniões entre equipe e família para estabelecimento dos cuidados paliativos, isso não faz parte da rotina das UTIN, como exemplifica o Participante 2:

> Uma única vez a gente fez uma reunião de equipe multiprofissional, junto com a família (...). A gente fez um atendimento conjunto, explicando toda a situação assim, detalhadamente, e aí foi mais tranquilo. (...) Eu acho fundamental que seja como eu te coloquei, que foi em equipe. Acho que foi muito mais tranquilo como aconteceu, mas de forma geral a gente sabe que não funciona assim. A questão da disponibilidade deles, de você dentro de uma UTI conseguir reunir todas aquelas pessoas em um momento pra colocar a situação, né.

O segundo estágio no processo de tomada de decisão diz respeito à deliberação, considerando o direito à autonomia do paciente, que no caso dos neonatos é transferido aos pais. Nesse sentido, é importante salientar que as informações devem estar alinhadas entre os membros da equipe e as decisões devem ser tomadas junto à família, com base nas necessidades dos bebês e emoções vivenciadas ao longo do percurso (Souza, 2019).

Ainda de acordo com Souza (2019), a utilização de um modelo chamado SOBPIE tende a singularizar o diálogo entre médicos e familiares. Os autores Janvier, Barrington e Farlow (2014) explicam que este acrônimo envolve os seguintes critérios a serem considerados: **Situação**, ou seja, se a criança está em morte iminente ou existe chance de sobrevida; **Opiniões e opções**, evidenciando quais as alternativas que podem ser oferecidas e quais são os preconceitos existentes, uma vez que esses fatores influenciam na forma como os pacientes morrem e interferem na assistência aos neonatos em estado crítico; **Interações básicas**, isto é, antes do encontro com os pais, planejar como, onde e com quem será a reunião, e interagir de modo empático. Outro critério importante é entender a história, as preocupações e necessidades

dos **Pais**; oferecendo **Informações** de modo equilibrado; e, por fim, abordar com sensibilidade as **Emoções** e os aspectos relacionais na tomada de decisão, bem como o processo de adaptação e a resiliência dos pais (Janvier et. al, 2014).

E, como terceiro estágio da tomada de decisão, está a sua efetivação, que também envolve os pais dos recém-nascidos e dispõe de alguns obstáculos a serem transpostos, como as expectativas dos pais, dificuldade de aceitação da finitude por parte dos profissionais, ausência de conhecimento ligado aos cuidados paliativos, práticas inconsistentes na UTIN, crenças dos membros da equipe e a espera por milagres (Souza, 2019).

Posto isto, mesmo em casos em que a decisão já foi efetivada, profissionais são atravessados por credos e valores que tendem a interferir na assistência, a exemplo das ordens de não reanimação. O Participante 1 descreveu a angústia da equipe na tentativa de não reanimar um bebê:

> Na hora H, o bebê parou, a equipe reanimou, né?! Eles não conseguiram não reanimar. (...) a mãe ficou até meio confusa, "ué, mas não disse que não iam reanimar". (...) foi uma cena que eu presenciei, inclusive, a angústia. A angústia da médica, a angústia da equipe, que dizia "não! eu não vou conseguir ficar parada".

Logo, infere-se que a obstinação terapêutica ou atos heroicos ainda perpassam o discurso e a atitude das equipes de saúde, com profissionais formados para curar, para salvar a qualquer custo, com grandes dificuldades para acolher as frustrações e limitações diante do fim da vida.

> O que é possível fazer, a equipe faz. Mas chega um momento que não é mágica, não é um ato de heroísmo. O que há é uma não aceitação ao fim da vida, que pode partir da equipe também. É como se não quisesse perder, como se não quisesse falhar, como se

> pudesse mais e, às vezes, a gente tem que entender enquanto equipe que não pode mais (Participante 3).

Sendo assim, a busca pela humanização do cuidado passa pela superação do discurso médico curativista, muito além das medidas de conforto e estrutura adequada para a assistência ao neonato. Nesse sentido, o psicólogo pode facilitar a tomada de consciência dos aspectos que interferem nas tomadas de decisões.

Além disso, a presença do psicólogo é essencial para oferecer suporte ao paciente e à família que vivem o processo de adoecimento e luto, desde o momento do diagnóstico. De acordo com Setubal (2019), a forma como a notícia é transmitida pode ter um impacto profundo nos pais, repercutindo em suas vidas e na relação com o médico responsável pelo caso.

Essa comunicação deve se estender às diversas etapas que perpassam os cuidados paliativos, sendo as decisões compartilhadas, individualizadas e centradas nos desejos da família, desde o primeiro contato. Essas decisões devem ser reafirmadas ao longo de cada passo dado, reconhecendo as incertezas do processo (Setubal, 2019).

De acordo com os participantes, a comunicação das más notícias deve ter a presença do médico, podendo ter a presença do assistente social e do psicólogo.

> As notícias de óbito são dadas pelo médico, né. Eu deixo bem claro que existem dois profissionais que são autorizados e responsáveis por esse tipo de notícia, que é o médico e o assistente social. O assistente social no caso de ausência dos pais, e na busca ativa ele vai informar a morte até para recolher, retirar o corpinho da unidade, pra sepultar esse bebê, no caso de ausência. Mas o pai, a mãe tem o direito de receber a notícia pelo médico. Por que isso? Porque ele vai entender como foi que aconteceu (...). Não é o psicólogo que vai dizer isso, mas o psicólogo, é muito importante que ele esteja, principalmente se houver um vínculo [entre psicólogo e família] (Participante 3).

Assim, o psicólogo pode facilitar o fluxo comunicacional entre equipe-família durante a má notícia e oferecer suporte psicológico após esse momento. As participantes dessa pesquisa relataram também dificuldades da equipe médica ao transmitir uma má notícia aos familiares. O Participante 1 relata que:

> Os médicos, na verdade, eles não têm um treinamento, eles não conhecem, por exemplo, o protocolo SPIKES, né?! Então, a má notícia, ela é dada assim, sem preparo. Quando eu podia estar presente era mais fácil, eu tentava participar dos boletins, mas não era sempre que eu conseguia (...). Alguns médicos não conseguem ser mais empáticos, mais acolhedores.(...) As falas são sempre muito diretivas. Assim, 'o seu bebê não tem muita perspectiva...', 'o seu bebê é inviável', 'o seu bebê não tem condições de viver', 'vai morrer assim que nascer', 'não morreu ainda não sei por quê'. Tem falas muito secas, digamos assim. (...) As comunicações são sempre feitas de formas bastante difíceis, inclusive sendo, algumas vezes, necessária a minha intervenção psicológica.

A comunicação de más notícias à respeito de crianças e bebês é uma tarefa copiosamente difícil, visto que expõe os profissionais às suas próprias frustrações, às preocupações ligadas a possíveis responsabilidades e à angústia de lidar com pais enlutados (Setubal, 2019). A pesquisa realizada por Zanfolim & Cerchiari (2018) descreve a relação conflituosa das mães com a equipe multidisciplinar de saúde, apontando a falta de um cuidado empático com a díade mãe-bebê. Assim, a promoção da comunicação no tripé paciente-equipe-família é uma das principais atribuições do psicólogo, no qual é possível manejar eventuais tensionamentos e relações transferenciais.

Ainda de acordo com Setubal (2019), há um consenso na literatura em que a comunicação de más notícias é uma habilidade que pode ser aprendida e deve ser ensinada, treinada e constantemente avaliada, assim como as habilidades técnicas necessárias para o

exercício profissional na saúde. No entanto, a autora ressalta que tais habilidades perdem-se no volume de pacientes dos serviços hospitalares, com número crescente de patologias e tratamentos a serem aprendidos nas instituições de ensino e nos sistemas de saúde sobrecarregados, o que leva aos profissionais em formação a observar professores ou colegas com mais experiência, sem formação específica e despreparados para ensinar os princípios e técnicas, levando a perpetuação do erro que traz consequências aos pacientes.

Quando se trata da comunicação em cuidados paliativos, é importante considerar que a qualidade dos relacionamentos se torna mais importante do que a própria doença, uma vez que ela não será curada e são os relacionamentos os aspectos mais importantes para oferecer qualidade de vida durante esta fase (Rezende et al., 2014).

3. Intervenções da psicologia junto à família e ao bebê em cuidados paliativos

Enfrentar a realidade de um bebê internado em uma UTI neonatal requer o resgate e desenvolvimento de recursos psíquicos muitas vezes não acessados pelos pais e pela equipe multiprofissional. Daí a importância da psicologia na rotina do setor, facilitando a escuta das urgências que se impõem, bem como para acolher e sensibilizar os profissionais introduzindo a dimensão subjetiva nas discussões dos casos clínicos (Baltazar, Gomes & Cardoso, 2014).

Quando se trata da entrada em cuidados paliativos, o psicólogo paliativista busca promover, juntamente com os demais profissionais, a compreensão da família sobre o quadro clínico do bebê e a mudança de foco terapêutico, explicitando os objetivos dos cuidados paliativos. No contexto da UTI neonatal, a família vivencia uma situação de crise em que é atravessada por sentimentos difíceis, como culpa, incapacidade e medo, além de surgirem sintomas ansiosos e depressivos ao longo do processo de hospitalização do bebê (Inácio et al., 2015). O relato do Participante 4 reafirma a presença de tais emoções e comportamentos: “(...) sentimentos de tristeza, angústia, preocupação com relação ao risco, né, de morte. À vezes,

dificuldade de estabelecer vínculo com esse neném pela dificuldade, até ter o toque afetivo direto com esse bebê".

Inácio et. al (2015) destacam que mesmo havendo dificuldade com relação ao contato físico e ao toque no neonato, deve-se pensar em medidas como "aconchego e posicionamento adequado no leito e no colo dos pais, sempre que possível. Ainda é de grande relevância que se possibilite a permanência contínua dos pais junto ao recém-nascido" (p. 87). No entanto, para facilitar e promover a construção de um vínculo entre pais e bebês, é preciso compreender as reações da família diante deste bebê real, que não corresponde ao bebê imaginado antes da sua concepção.

Neste contraste entre o bebê que se esperava e o bebê que chegou, existe o luto do recém-nascido que habitava a fantasia da mãe e do pai. Apesar de necessária, tanto para o investimento afetivo, quanto para que o bebê ocupe um lugar no desejo dos pais, após o nascimento é preciso realizar a travessia, deixando a fantasia para acolher a criança da realidade (Baltazar et. al, 2014). O Participante 4 descreve:

> A questão do bebê ideal, do bebê imaginário, e o impacto que o bebê real causa. Esse luto simbólico que é vivenciado, né? (...) O que eu percebo é esses sentimentos relacionados a um luto simbólico. Muitas vezes, um luto concreto também, né, pelo risco real de morte, pelo adoecimento real do bebê. Sentimento de culpa, impotência diante daquele contexto, insegurança com relação aos cuidados, com relação a aproximação desse neném.

O luto materno pode ser compreendido como um processo esperado diante da perda de um objeto amado, podendo emergir a culpa, a negação e a ambivalência. Normalmente, a culpa vem da crença de falha no papel de genitora (Baltazar et. al, 2014). Além disso, as variáveis sócio-econômicas podem interferir no luto, como afirma o Participante 1:

> Processos de luto muito fortes, com uma necessidade muito grande de intervenção, porque [para] algumas dessas pacientes, a condição do bebê já era sabida, [para] outras não era, né? Principalmente mães que vinham de uma condição econômica muito difícil e que não tiveram acesso à medicina, a ultrassonografias, a exames de imagem, e que eram surpreendidas, na verdade, pelos diagnósticos na hora do parto, no nascimento da criança.

Ao longo da pesquisa, observou-se que o luto antecipatório é um importante recurso de intervenção do psicólogo na busca pela organização psíquica da família dos neonatos. Esse tipo de luto é "um fenômeno adaptativo e saudável, na medida em que dá tempo para gradualmente os pais enfrentarem a perda possível" (Baltazar et. al, 2014, p. 95). Corroborando com a literatura, os psicólogos entrevistados buscam fazer aproximações desses pais à realidade vivida com o intuito de auxiliar na elaboração do luto concreto.

> Poder criar esse ambiente e até estimulando, 'e se seu bebê morresse, hoje, como você se sentiria?' ou 'e você acredita que há uma possibilidade da morte?', ou algumas situações, né, de sair desse processo de negação, de não aceitação, que também não deve ser rompido que não seja no tempo do paciente (Participante 3).

> Promover um espaço seguro, né, pra que essa mãe, pai, possam falar sobre seus sentimentos, suas emoções, suas angústias, sobre os medos. (...) Quando eles se sentem emocionalmente preparados e conseguem entrar em contato com esses dados da realidade, eu trabalho o luto antecipatório falando abertamente sobre a morte, (...) tento entender quais são as crenças, quais são os valores que eles têm com relação a morte, o que a morte desse bebê pode significar pra eles. Eu tento realizar movimentos de despedida também, desses familiares com esse bebê ainda em vida (Participante 4).

Os rituais de despedida são importantes recursos que auxiliam na elaboração do luto pela perda do bebê. Validar os desejos e as emoções dos pais e cuidadores é essencial, buscando reconhecer também os aspectos identitários do neonato. Nesses rituais, é possível vestir o bebê, permitir que a família o visite e se despeça, criar recordações, como guardar a pulseira de identificação e mechas do cabelo, entre outras ações possíveis (Laguna et. al, 2021).

> Vou incentivando a família a fazer isso, guardar pequenos objetos que foram pensados para aquela criança, que tem um maior valor afetivo pra eles. Sempre pergunto pra eles sobre o desejo de fotografar ou não aquele bebê, naquela situação, quando possível, antes do óbito, né? Se eles quiserem levar alguma lembrança daquela criança, daquele contexto. Alguns querem, outros não, e acho que isso precisa ser muito respeitado também (Participante 2).

Ainda que haja o reconhecimento da importância de tais gestos e rituais para a vivência do luto, deve-se sempre considerar o que os pais suportam e desejam realizar no momento da perda.

Entre as intervenções mais efetivas nos cuidados paliativos na UTI neonatal, citadas pelos participantes da pesquisa, pode-se destacar a presença e a escuta como recursos imprescindíveis ao acompanhamento psicológico dos pais e familiares.

> Uma escuta muito acolhedora no sentido de compreender o que que elas também compreendiam, né, que estava sendo transmitido, que estava sendo passado de informação pra elas, né, dentro da unidade, nos boletins médicos. (...) a intervenção vai de um modo muito amplo, no sentido tanto de escutar essa equipe, como que é pra eles, tanto também sinalizar possíveis reações das mães aos diagnósticos, as negações, as revoltas. A mãe que deprime, ou a mãe que fica raivosa, a mãe que rivaliza. (...) traduzir comportamentos, digamos assim (Participante 1).

> Uma coisa que eu acho muito importante é estar disponível no ambiente da UTI (Participante 4).

> É o estar presente, né, dentro do setor. É ser esse espaço de escuta, de estar junto, de dedicar o tempo à escuta. Eu sempre faço muitas passagens de rotina onde eu sento, pergunto como está, avalio, faço a avaliação psíquica, como é que essa genitora tá evoluindo, vejo os aspectos também de ligação, interação mãe-bebê... e aí varia muito, né, como são essas intervenções. Mas, dentro especificamente da entrada em cuidados paliativos, da mesma forma a gente resiste ali com a genitora, dando esse espaço dessa fala e dessa produção de sentido a partir do que está sendo vivido (Participante 5).

Para Baltazar et. al (2014), o trabalho do psicólogo junto aos pais dos recém-nascidos internados deve ser pautado na escuta e no acolhimento, de modo a elaborar questões enfrentadas ao longo do período de hospitalização.

Presume-se então que, de acordo com a literatura e dados levantados junto aos entrevistados, a escuta atenta e ativa permite capturar elementos importantes da história gestacional, de como funciona a rede de apoio e suporte social, localizar este bebê dentro da família (quem ele é, como foi imaginado, quais planos foram feitos para sua chegada), romper delicadamente com as fantasias e promover um maternar e um paternar possível dentro do ambiente da UTI neonatal, uma vez que os cuidados terceirizados aos profissionais de saúde pode levar ao sentimento de impotência e dificuldades na vinculação.

Sendo assim, podemos elencar as seguintes intervenções psicológicas junto às famílias de bebês internados em cuidados paliativos: escuta ativa; acolhimento; validação das emoções; elaboração do luto; fortalecimento do vínculo por meio da expressão verbal e corporal junto aos bebês (contato pele a pele); promoção de visitas da família e dos irmãos dos neonatos;

rituais de despedida (elaborar caixa de recordações, tirar fotos); entre outras, de acordo com a singularidade de cada mãe e de cada pai que vivencia o processo.

Vale ressaltar que a escuta, uma valiosa ferramenta para o trabalho do psicólogo, não é um instrumento privativo da sua atuação. Afinal, toda a equipe pode oferecer uma escuta acolhedora e afetiva. O grande diferencial é a forma como o profissional da Psicologia vai utilizar dessa escuta para a aplicação de técnicas e intervenções.

Por fim, além da atuação junto à família, o psicólogo também intervir com a equipe no sentido de promover momentos de reflexão e auxiliar os profissionais envolvidos no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento diante das emoções vivenciadas em seu contexto de trabalho (Inácio et. al, 2015).

Considerações finais

No campo da psicologia, os cuidados paliativos são pouco abordados ou pesquisados na UTIN, espaço onde tantos que acabaram de chegar ao mundo já lidam com patologias que ameaçam à vida. Esse não-dito representa uma lacuna desde a formação dos profissionais de saúde, contribuindo para que a aplicação dos cuidados paliativos seja, tantas vezes, realizada de forma tardia. Poucos aprofundam a temática nos cursos de graduação, refletindo na dificuldade de reconhecimento e uso de medidas paliativas, quando se fazem necessárias.

Ao longo do estudo, observou-se também que o saber médico é hegemônico na elegibilidade dos bebês aos cuidados paliativos, havendo pouca articulação interdisciplinar na discussão de casos e na tomada de decisões, o que requer uma mudança na rotina e nos processos de trabalho em saúde nas UTIN.

Os dados coletados neste estudo apontam que a importância do psicólogo surge, especialmente, nos momentos de comunicação de más notícias e acolhimento às famílias, oferecendo suporte àqueles que vivenciam o processo de adoecimento e de luto, desde o

momento do diagnóstico. Destaca-se também que as crenças e os valores de cada membro da equipe afetam a assistência ao neonato e seus familiares, devendo ser identificados na elaboração do plano terapêutico paliativo.

A situação de crise vivida pela família no contexto da UTI neonatal é marcada por sentimento de culpa, incapacidade e medo, podendo emergir sintomas ansiosos e depressivos ao longo do processo de hospitalização do bebê. Além disso, a vulnerabilidade social pode interferir nos cuidados paliativos. Nesses casos, a psicologia pode desenvolver intervenções psicoterápicas breves junto à família, estratégias de educação em saúde, articulação com a rede e ações específicas voltadas aos cuidados paliativos neonatais.

Uma limitação desta pesquisa se deve ao número de psicólogos participantes reduzido, considerando que os locais de estudo possuem poucos profissionais da área em seu quadro de pessoal. No entanto, aspectos relevantes foram identificados e sistematizados, o que contribui para que psicólogos possam agregar esses elementos norteadores em suas práticas.

A temática abordada nesta pesquisa ainda constitui um vasto campo de estudo a ser explorado e aprofundado na área da psicologia. Assim, espera-se que novas pesquisas sobre a prática da psicologia nos cuidados paliativos na UTIN sejam realizadas, abordando a realidade de outros profissionais ou hospitais, incluindo a participação de familiares na amostra.

Por fim, almeja-se que bebês, familiares e profissionais tenham a oportunidade de vivenciar encontros potentes e memórias afetivas, a despeito da ambiência hospitalar e das perdas experienciadas no processo saúde-doença-cuidado na UTIN.

Referências

Baltazar, D. V. S., Gomes, R. F. de S., & Cardoso, T. B. D. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH, 13*(1), 02-18. Recuperado em 07 de agosto de 2020, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&tlng=pt.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Persona.

Bernardino, F. B. S. et al. (2022). Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, *27*(02), 567-578. Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/zkCVBtNrvFTDCkw9vTcb85d/#ModalArticles

Gerhardt, T. E.; Ramos, I. C. A.; Riquinho, D. L. & Santos, D. L. (2009) Unidade 4 – Estrutura do projeto de pesquisa. In T. E. Gerhardt, D. T. Silveira (Orgs.), *Métodos de Pesquisa* (pp. 65-88). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Inácio, A. C., Vollmann, D. D'a., Langaro, F., Oliveira, & Silva M. C. C. (2015). Psicologia e Cuidados Paliativos em UTI Neonatal. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. (4)*2, 80-95. Recuperado de https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/715/382

Janvier A, Barrington K, & Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. Semin Perinatol. 2014 Feb;38(1):38-46. doi: 10.1053/j.semperi.2013.07.007. PMID: 24468568.

Laguna, T. F. d. S., Lemos, A. P. S., Ferreira, L., & Gonçalves, C. d. S. (2021). O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development, 10*(6), 1-8. Recuperado de https://redib.org/Record/oai_articulo3222244-o-luto-perinatal-e-neonatal-e-a-atua%C3%A7%C3%A3o-da-psicologia-nesse-contexto

Souza, J. L. e. (2019). Cuidado Paliativo em Neonatologia. In A. V. Rubio & J. L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (pp. 301-309). Atheneu.

Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 23-30). Porto Alegre: Sulina.

Medeiros, L. A., & Lustosa, M. A. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da SBPH. 14*(2), 203-227. Recuperado em 16 de dezembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&tlng=pt.

Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento* (10a ed.). HUCITEC.

Minayo, M. C. De S.; Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos de Saúde Pública. 9*(3), p. 237-248. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf

Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 31*(1); 17-21. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/912/91224234004.pdf

Oliveira, F. F. de, Nascimento, N. B. O. do, Benute, G. R. G., Barbosa, T. V. A., Bolibio, R., Gomes, A. L. H., Setubal, M. S. V., Jesus, R. C. de A., Ferreira, R. S., Gibelli, M. A. B. C., Francisco, R. P. V. & Andrade, L. S. B. C. de. (2019). Cuidados Paliativos no Período Pré-Natal. In A. V. Rubio & J. de L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (pp. 289-299). Atheneu.

Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710

Rezende, L. C. S., Gomes, C. S., & Machado, M. E. C. (2014). A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Rev. Psicologia e Saúde, 6*(1); 28-36. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf

Setubal, M. S. V. (2019). Comunicação e Estratégias para Más Notícias em Perinatologia. In A. V. Rubio & J. de L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (pp. 49-57). Atheneu.

Silva, I. N., Salim, N. R., Szylit, R., Sampaio, P. S. S., Ichikawa, C. R. de F., & Santos, M. R. dos. (2017). Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. *Escola Anna Nery, 21*(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0369.pdf

Soares, C., Rodrigues, M., Rocha G., Martins, A., & Guimarães, H. (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Med Port 26*(4); 318-326. Recuperado de https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2100/3693#:~:text=Em%2028%2C6%25%20casos%20houve,3%25%20decis%C3%A3o%20de%20n%C3%A3o%20reanimar.&text=Conclus%C3%A3o%3A%20Este%20estudo%20revela%20uma,pali-%20ativos%20na%20UCIN%20estudada

Zanfolim, L. C., Cerchiari, E. A. N., & Ganassin, F. M. H. (2018). Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. *Psicologia: Ciência e Profissão, 38*(1), 22-35. https://doi.org/10.1590/1982-3703000292017

ESTUDO 2

Protocolo de atendimento psicológico em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Psychological support protocol in palliative care in the Neonatal Intensive Care Unit

Resumo

A implantação sistematizada dos cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva neonatal se faz imperativa, considerando que há um público que atende aos critérios de elegibilidade, mas, fortuitamente recebe esse tipo de assistência. A presente pesquisa, de delineamento qualitativo e natureza interventiva, teve como objetivo a elaboração de um protocolo para subsidiar atuação do psicólogo intensivista nos cuidados paliativos neonatais. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogos intensivistas que atuavam em dois hospitais públicos, e utilizou-se a Análise de Conteúdo para interpretação dos dados. A investigação do material empírico e das produções científicas sobre o tema permitiram a elaboração do protocolo. Os resultados apontaram a necessidade de incluir no instrumento as seguintes estratégias: avaliação dos critérios de cuidados paliativos; dados sobre gestação e parto; informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; interação com a equipe e vinculação com a família; identificação das reações emocionais da mãe; e o desenvolvimento de intervenções psicológicas. Concluiu-se que o protocolo, ao sistematizar a prática do psicólogo, pode favorecer a visibilidade do sofrimento dos bebês, o acolhimento da família e a melhoria assistencial dos cuidados paliativos neonatais no SUS.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Cuidados Paliativos, Neonatologia, Unidades De Terapia Intensiva.

Abstract

The implementation of palliative care in the neonatal period is essential, because many babies admitted to Neonatal Intensive Care Units meet the eligibility criteria, but rarely receive such care. The present research, of qualitative design and interventional nature, aimed to develop a protocol for the acting of the intensive care psychologist in neonatal palliative care. Semi-structured interviews were carried out with five intensive care psychologists who worked in two public hospitals, and Content Analysis was used to interpret the data. The investigation of the empirical material and scientific productions on the subject allowed the elaboration of the protocol. The results showed the need to include the following strategies in the instrument: evaluation of palliative care criteria; data on pregnancy and childbirth; information on diagnosis, treatment and prognosis; interaction with the team and binding with the family; identification of the mother's emotional reactions; and the development of psychological interventions. It was concluded that the protocol systematized the psychologist's practice, being able to favor the visibility of babie´s suffering, the greeting of the family and care improvement of neonatal palliative care in the SUS.

Keywords: Hospital Psychology, Palliative Care, Neonatology, Intensive Care Units.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua os Cuidados Paliativos como uma abordagem que favorece melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que lidam com doenças ameaçadoras à vida, buscando prevenir e mitigar o sofrimento precocemente, manejar a dor e responder aos aspectos biopsicossociais e espirituais do adoecimento (World Heath Organization, 2018). No que se refere aos cuidados paliativos pediátricos, a OMS os define como aqueles que envolvem o cuidado ativo integral da criança, oferecendo simultaneamente o suporte à família (Souza, 2019). Os cuidados paliativos neonatais surgiram em resposta ao

avanço tecnológico e às possibilidades de sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros e com malformações graves (Silva, Silva & Silva, 2019).

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, ainda que mais de 100 milhões de pessoas sejam atendidas em suas demandas todos os anos (inclusive familiares e cuidadores), menos de 8% contam com seu acesso garantido e menos de 1% das crianças que necessitam deste tipo de assistência são acolhidas (Connor & Bermedo, 2014, citado por Boldrini, 2019). Com relação aos recém-nascidos, a literatura revela a importância da implantação dos cuidados paliativos no período neonatal (até os 28 dias de vida), considerando que grande parte dos bebês nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) atende aos critérios de elegibilidade (Inácio, Vollmann, Langaro & Silva, 2015).

A maioria dos profissionais que integra as equipes de saúde em todo o mundo possui pouco ou nenhum conhecimento acerca dos princípios e práticas dos cuidados paliativos, sendo comum a obstinação terapêutica com utilização de métodos com efeitos mais nocivos do que a própria patologia apresentada, cuja cura é impossível e os benefícios menores que os inconvenientes provocados (Boldrini, 2019).

Um estudo realizado em Portugal aponta que além da necessidade de formação em cuidados paliativos, é primordial o apoio psicológico e espiritual, bem como a realização de reuniões após o óbito neonatal. As reuniões podem promover a reflexão coletiva entre a equipe, avaliação das práticas terapêuticas e paliativas adotadas e expressão dos sentimentos de cada um, com possibilidade de resolução de conflitos que emergiram nas tomadas de decisão (Silva, Silva & Silva, 2019).

Ainda que no Brasil os cuidados paliativos estejam em sua fase considerada inicial, já existem resoluções que versam sobre o tema, tais como: a legitimidade da ortotanásia (Resolução CFM 1.805/06); o novo código de ética médica, onde os cuidados paliativos são

mencionados (Resolução CFM 1.931/09); a definição da Medicina Paliativa como área de atuação (Resolução CFM 1.973/12); a resolução ligada às Diretivas Antecipadas de Vontade (CFM 1.995/12) (Boldrini, 2019); e a normatização do Ministério da Saúde que prevê a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que "será elegível para Cuidados Paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição" (Resolução nº 41, 2018, p. 276).

Seja para cuidados curativos ou paliativos, a necessidade de uma equipe multiprofissional é contundente nas UTIN, sendo geralmente composta por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais. No entanto, apesar da presença do psicólogo na UTIN ser garantida pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012, pouco ainda se produz cientificamente a respeito da sua prática no âmbito dos cuidados paliativos neonatais.

Por meio do cruzamento de descritores como "psicologia", "cuidados paliativos", "unidades de terapia intensiva neonatal" e ampla investigação a partir de busca booleana nas bases de dados Scielo, Pepsic e Lilacs, notou-se a escassez de produções na literatura nacional, bem como de instrumentos que norteiem a prática da psicologia. Foram localizadas apenas três publicações internacionais (Bernafá et al, 2010; Nieri, 2012; Rodríguez, Cádiz, Farías & Palma, 2005) e nenhuma produção brasileira nas respectivas bases.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa buscou responder a seguinte pergunta-problema: como a psicologia pode desenvolver uma prática de cuidados paliativos na UTIN através de intervenções fundamentadas e sistematizadas? Deduz-se que a elaboração de uma proposta de

protocolo poderá nortear a atenção psicológica aos recém-nascidos e familiares que vivenciam esta experiência no contexto das UTIN, melhorando a qualidade da assistência.

Método

Os resultados desta pesquisa são advindos de uma dissertação de mestrado profissional, com ênfase em Psicologia da Saúde. O estudo possui delineamento qualitativo, com natureza interventiva (PNI), do tipo Pesquisa & Desenvolvimento. De acordo com Teixeira e Neto (2017), esse tipo de pesquisa desenvolve e testa novos processos ou produtos partindo de um problema identificado previamente, com foco na descrição e análise do processo de desenvolvimento dos mesmos. Logo, a elaboração de um protocolo com devolutiva aos profissionais dos locais selecionados para o estudo tende a corresponder ao que os autores descrevem como produto deste tipo de pesquisa.

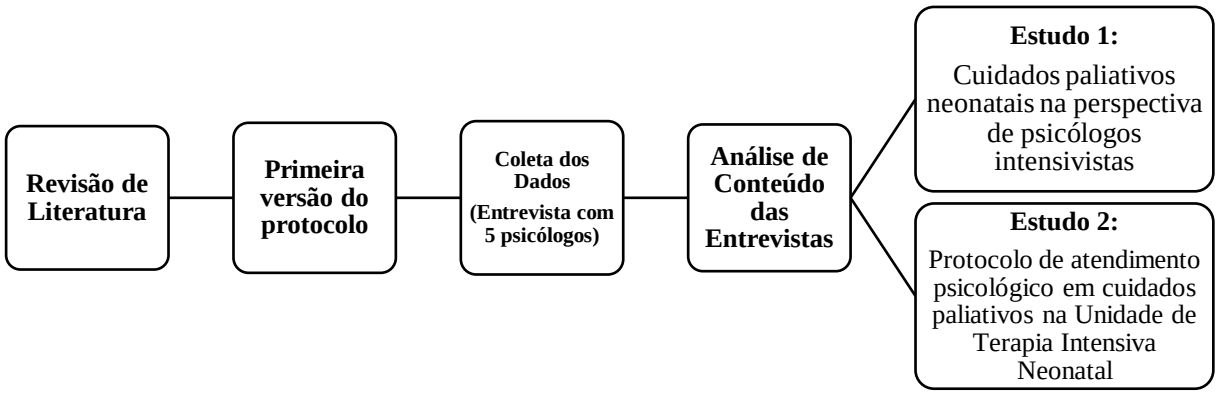
Como resultado da investigação realizada ao longo do período acadêmico, obteve-se dois estudos. O primeiro abrangeu a análise da atuação do psicólogo intensivista neonatal, com realização de entrevistas individuais semiestruturadas em que foram ouvidos cinco psicólogos intensivistas, todos com experiência em UTIN, em um município de médio porte da região Nordeste.

Para a sistematização e interpretação do material coletado, a Análise de Conteúdo foi utilizada, uma vez que corresponde a técnicas de análise de comunicação através de procedimentos objetivos de descrição do conteúdo (Bardin, 1977). Tais procedimentos dizem respeito à pré-análise, quando há a seleção do material a ser analisado, resgatando os pressupostos iniciais da pesquisa e a realização da leitura flutuante; exploração do material, com a formulação das unidades de registro e categorias temáticas; e, por fim, tratamento dos dados obtidos e interpretação por meio de aprofundamento crítico, contextual e articulado com a literatura (Minayo, 2007).

O segundo e presente estudo buscou unir a revisão de literatura com os dados coletados em campo (entrevistas) e suas respectivas análises, culminando na elaboração do protocolo, conforme esquema a seguir:

Figura 1

Procedimentos adotados para a construção do instrumento



Ressalta-se que a pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução nº 466 de 13 de junho de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as orientações fornecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde e pela Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde em 24 de fevereiro de 2021 para procedimentos de pesquisa em ambiente virtual (OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

Resultados e discussão

O processo de categorização das entrevistas coletadas evidenciou três eixos temáticos, cujos conteúdos foram incorporados na elaboração do instrumento para atendimento psicológico em cuidados paliativos na UTIN: Os desafios da abordagem dos cuidados paliativos na UTIN; Atuação da psicologia em cuidados paliativos junto a equipe multiprofissional na UTI neonatal; e, Intervenções da psicologia junto à família e ao bebê em cuidados paliativos.

Os conteúdos foram analisados de forma articulada com a literatura disponível sobre o tema e as discussões com os participantes da pesquisa.

O protocolo desenvolvido leva em consideração as principais variáveis envolvidas no processo de internação do bebê, tais como os fatores clínicos, familiares, sociais, espirituais e ambientais. Segundo Pinheiro e Castelo Branco (2020), a aplicação do protocolo deve assegurar a participação ativa e a autonomia dos pacientes e familiares assistidos, sendo essencial um planejamento coeso e colaborativo.

Como resultado do estudo, obteve-se a seguinte proposta, conforme Figura 1. Em seguida, serão descritos e discutidos os itens que compõem o instrumento.

Figura 2

Protocolo de atendimento psicológico em cuidados paliativos na UTI Neonatal

1. IDENTIFICAÇÃO

RN: _____ Admissão: __/__/__ Leito: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Cidade de origem: _____

Nome do(a) responsável: _____

Grau de parentesco:

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO

Primeiro filho (a)?
□Sim □Não
Possui quantos filhos? _____

Gravidez planejada?
□Sim □Não

Gravidez desejada?
□Sim □Não

Nasceu a termo?
□Sim □Não
Quantas semanas de gestação? _____

Realizou pré-natal?
□Sim □Não
Por que? _____

Passou por complicação durante a gestação?
□Sim □Não
Qual(is)? _____

Passou por estresse, ansiedade, depressão ou algum problema psicológico ou psiquiátrico?
□Sim □Não
Qual(is)? _____

Contou com rede de apoio social e/ou familiar na gravidez?
□Sim □Não

Conta com rede de apoio social e/ou familiar no período de internação do bebê?

Primeira internação de um(a) filho(a) na UTIN?
□Sim □Não

□Sim □Não

Já passou por alguma perda neonatal?
□Sim □Não
Quando? _____

3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CUIDADOS PALIATIVOS

☐ Neonatos no limite da viabilidade (nascidos com 23 a 25 semanas gestacionais)
☐ Recém-nascidos com malformações congênitas incompatíveis com a vida
☐ Bebês que não respondem às intervenções do cuidado intensivo

4. DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO CLÍNICO DO BEBÊ

Diagnóstico: _____
Prognóstico: _____
Adesão e concordância sobre o enfoque nos cuidados paliativos entre os membros da equipe:
☐ Total ☐ Parcial
Observações: _____

Procedimentos realizados em diálogo e com o consentimento da família?
☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Nível de compreensão dos cuidadores sobre o quadro clínico e o processo de cuidado:
☐ Inexistente ☐ Parcial ☐ Total

Nível de aceitação dos cuidadores:
☐ Inexistente ☐ Parcial ☐ Total

Ordem de não-reanimação consentida pela família?
☐ Sim ☐ Não
Critérios para não-reanimação adotados pela equipe junto à família: _____
_____
Bebê "real" que se apresentou após o nascimento:
_____
_____
Bebê "imaginário" (imaginado/desejado na gestação):
_____
_____
Fantasias e expectativas de cura:
_____
_____
Recursos de enfrentamento observados:
_____
_____

5. INTERAÇÃO COM A EQUIPE

Relação equipe-bebê:
☐ Equipe muito vinculada ☐ Vinculada ☐ Pouco vinculada

Relação equipe-família:
☐ Amigável ☐ Conflituosa ☐ Neutra ☐ Ambivalente

Comunicação equipe-família:
☐ Satisfatória ☐ Insatisfatória
Valores, crenças, atitudes e preconceitos identificados na equipe que podem interferir na assistência:

_____
_____

6. SENTIMENTOS E REAÇÕES EMOCIONAIS IDENTIFICADOS NA GENITORA:

☐ Choro ☐ Irritabilidade ☐ Medo ☐ Tristeza
☐ Raiva
☐ Ambivalência ☐ Apatia ☐ Isolamento
☐ Culpa
☐ Alívio (caso de óbito) ☐ Outros_____

7. VINCULAÇÃO DOS PAIS COM O BEBÊ

Faz(em) visitas à UTIN regularmente?
☐ Sim ☐ Não

Se refere(m) ao bebê pelo nome?
☐ Sim ☐ Não

Deseja(m) ver o bebê?
☐ Sim ☐ Não

Toca(m) o bebê?
☐ Sim ☐ Não

Mãe e bebê possuem condições para amamentação?
☐ Sim ☐ Não
Por que? _____

8. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

☐ Realizar prontuário humanizado/afetivo
☐ Manejar a dor do neonato junto à equipe multiprofissional (sacarose, amamentação, posicionamento adequado, analgésicos, otimização de medidas de conforto)
☐ Realizar psicoeducação
☐ Promover a livre expressão verbal
☐ Validar e refletir as emoções
☐ Realizar intervenções ambientais (redução de ruídos, luminosidade, decoração do espaço)
☐ Viabilizar e facilitar a visita de irmãos e avós
☐ Mediar a comunicação entre equipe-família sobre as alterações do quadro clínico do bebê
☐ Estímulo à presença dos genitores e ao toque no bebê
☐ Favorecer a realização de rituais culturais e simbólicos significativos
☐ Criação de memórias afetivas ao longo da internação (fotos e vídeos do bebê com vida)
☐ Facilitar a elaboração do luto antecipatório, em caso de morte iminente/terminalidade
☐ Auxiliar a equipe médica na comunicação das más-notícias (orientações e role-play)
☐ Dialogar com o Serviço Social sobre os direitos do paciente e da família, incluindo benefícios sociais e *homecare*
☐ Encaminhamento corresponsável junto à Rede de Atenção Psicossocial ou demais serviços da rede intersetorial
Dispositivo: _____

Em caso de óbito do neonato:

☐ Acompanhamento e suporte à família do bebê
☐ Facilitar a elaboração do luto
☐ Orientar familiares sobre eventuais discursos que invalidam o luto dos pais ("Foi melhor assim", "Deus vai te dar outro", etc.) para favorecer respostas mais empáticas
☐ Informar a família sobre a possibilidade de ritos ou cerimônias religiosas
☐ Informar a família sobre as condições em que encontrarão o bebê
☐ Organizar a Caixa de Lembranças do bebê junto à equipe
Itens: mecha de cabelo; pulseira de identificação; digitais do pé e da mão – impressões palmares e plantares, à tinta; fotografia do bebê e da família com o bebê; primeira roupa usada pelo bebê, guardada em saquinho plástico para preservar o tecido e o cheiro.

*Se a família não desejar levar a caixa para casa, guardar na instituição por tempo determinado e fornecer contato do setor para a família.

Observações e/ou intervenções complementares: _____
_____
_____

1. Identificação

Este item é destinado ao primeiro contato com a genitora e/ou genitor do bebê. É realizada a apresentação mútua e busca por informações iniciais, com a identificação do paciente (recém-nascido), responsável(is) e grau de parentesco, e cidade de origem como forma de acessar informações ligadas ao contexto de vida da família e do neonato.

2. Informações sobre a gestação e o parto

Essa seção abrange a compreensão da forma como a gestação transcorreu, se foi planejada e/ou desejada, se houve a realização de pré-natal, bem como o relato da presença ou ausência de complicações orgânicas e psicológicas. Essas informações ajudam a compreender os significados que foram atribuídos à gestação, à relação com o bebê no período gestacional e à interação com equipe que acompanhou o pré-natal, identificando as possíveis implicações na elaboração atual da vivência hospitalar e na construção de vínculo da família com o bebê e a equipe. Deve-se investigar também se é o primeiro filho, se já passou por perdas neonatais ou internação prévia de outro bebê, pois essas informações facilitam a busca dos recursos de enfrentamentos que a mãe e o pai dispõem.

A rede de apoio e suporte social são imperativos tanto no ciclo gravídico quanto no processo de hospitalização, em que a mulher vivencia o puerpério concomitante à necessidade de acompanhar seu bebê em situação crítica na unidade de terapia intensiva. Durante a internação do RN de risco, é importante que a equipe, juntamente com os pais, identifique as pessoas significativas que compõem a rede social de apoio e que podem auxiliar esse núcleo familiar nas diversas situações de estresse e angústia (Pessoto, 2019).

Ressalta-se que para muitos pais, a notícia do diagnóstico do bebê só é recebida após o parto. Algumas mulheres chegam às unidades sem ter passado pelo pré-natal ou realizado de forma incompleta, seja por motivos pessoais, socioeconômicos, ou mesmo por desconhecimento da sua necessidade. Por meio do pré-natal, muitas patologias congênitas podem ser detectadas, inclusive doenças que ameaçam a vida e não dispõem de possibilidade terapêutica de cura. O cuidado paliativo perinatal pode iniciar junto ao diagnóstico, antes do parto, promovendo a aproximação dos pais a essa realidade, devido à evolução tecnológica.

Nesse sentido, é importante entender como transcorreu o pré-natal para planejar algumas intervenções. Além disso, essa informação pode ser útil para o serviço de psicologia da UTIN desenvolver estratégias de articulação com os outros setores do próprio hospital ou com a atenção básica para viabilizar o estabelecimento mais precoce dos cuidados paliativos com outras gestantes. Em um dos hospitais que fez parte dessa pesquisa, por exemplo, existia o serviço de acompanhamento multiprofissional de pré-natal para gestantes com gravidez de risco, incluindo a assistência com um médico especialista em medicina fetal. Alguns bebês já tinham indicação, ainda no pré-natal, de serem transferidos para UTIN logo após o parto. Para Souza (2019), com a evolução tecnológica, muitos diagnósticos de doenças que ameaçam a vida já podem ser feitos na gestação, sendo o cuidado paliativo com estes bebês e seus familiares iniciado no pré-natal.

3. Critérios de elegibilidade para cuidados paliativos

Este item é composto por questões ligadas às patologias que levam à adoção dos cuidados paliativos, bem como o estabelecimento de algumas estratégias, como a ordem de não-reanimação. A clareza desses critérios favorece a equipe no enfoque dos cuidados paliativos e nas tomadas de decisões. É importante que a psicologia discuta com a equipe sobre os critérios de elegibilidade e realize esses registros no protocolo.

Com base na literatura internacional, Souza (2019) elenca diretrizes que norteiam a elegibilidade dos recém-nascidos aos cuidados paliativos, a exemplo de: estado vegetativo permanente (lesão cerebral profunda); situações “sem chance” (doença tão grave que o tratamento curativo não promove alívio, apenas adia a morte); situações “sem propósito”, ou seja, quando a sobrevida da criança implica em deficiência física ou mental muito grave; situações “insuportáveis”, como aquelas em que a família sente que diante da doença progressiva e sem reversibilidade, tratamentos adicionais não são mais suportados. As situações mais frequentes na UTIN dizem respeito à malformação e à prematuridade extrema. (Souza, 2019).

De acordo com Inácio et al. (2015), três categorias de recém-nascidos são elegíveis para os cuidados paliativos neonatais: neonatos no limite da viabilidade (nascidos com 23 a 25 semanas gestacionais), recém-nascidos com malformações congênitas incompatíveis com a vida e bebês que não respondem às intervenções do cuidado intensivo.

A tomada de decisão para suspensão do tratamento intensivo e adoção dos cuidados paliativos plenos pode ser dividido em três estágios: 1) a decisão médica, em que as deliberações devem envolver a equipe e recomenda-se que aconteça em dois níveis - o médico responsável formaliza e inicia o diálogo com os profissionais, ouvindo o ponto de vista de cada um, e o neonatologista deve também discutir sua opinião com pelo menos outro médico consultor, com ausência de vínculo hierárquico; 2) deliberação, respeitando o direito à autonomia do paciente, que no caso dos neonatos é delegado aos pais; e 3) realiza-se então a efetivação da decisão, com o envolvimento dos pais (Souza, 2019) .

4. Diagnóstico, tratamento e prognóstico clínico do bebê

Esta seção visa registrar dados acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico do bebê para um melhor planejamento das intervenções que serão feitas pelo profissional da psicologia.

Neste quesito, é primordial observar se há concordância sobre a abordagem dos cuidados paliativos entre todos os membros da equipe para evitar possíveis ruídos na comunicação e conflitos na relação equipe-família. Da mesma forma, contar com o diálogo e consentimento da família nas tomadas de decisão e na realização de procedimentos fortalecem o vínculo e a confiança mútua.

Quando houver indicação, todos os profissionais integrantes da equipe precisam compreender que suspender o tratamento invasivo e adotar os cuidados paliativos exclusivos são a melhor alternativa, visando a qualidade de vida do neonato. Caso alguém, da família ou da própria equipe, receba informações divergentes sobre o enfoque do cuidado, é necessário mediar o fluxo comunicacional para evitar conflitos ou falsas expectativas de cura (Sá, 2019).

A partir da compreensão do diagnóstico e do prognóstico, discutidos em equipe, o psicólogo pode acessar o nível de entendimento dos genitores e identificar eventuais fantasias e expectativas de cura que integram o seu imaginário, bem como se há aceitação ou não do quadro clínico deste bebê real que se apresenta na UTIN. Os pais vivem o luto simbólico do bebê imaginário, que se dá com a presentificação de um bebê concreto com demandas assistenciais de saúde e com risco iminente de morte. A família se depara também com a possibilidade do luto concreto com a morte do bebê (Baltazar et. al, 2010).

A compreensão da vivência da maternagem/paternagem na UTIN e do modo como a família lida com os lutos simbólicos e concretos, possibilita que o psicólogo possa manejar, por exemplo, a sensação de estar abandonando o bebê ou sentimento de culpa que pode ser gerado nos pais ao tomar a decisão da retirada do suporte de vida.

Um ponto sensível, que abrange questões éticas e legais, é a ordem de não-reanimação, cuja decisão deve ser minuciosamente trabalhada entre equipe e família. Sá (2019) destaca que um dos principais pontos éticos é o fato do paciente nunca poder participar da decisão no

contexto da UTI neonatal, sendo esta delegada aos pais. Logo, todo e qualquer procedimento deve ser realizado com o objetivo de promover benefícios para o bebê (princípio da beneficência), além de evitar o sofrimento (não maleficência) e preservar sua qualidade de vida. O autor ressalta que a ortotanásia não fere a legislação brasileira, sendo devidamente regulamentada pela Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina, permitindo ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantindo o alívio dos sintomas que geram sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral e consonante ao desejo do paciente ou do seu representante legal.

5. *Interação com a equipe*

A comunicação adequada, a relação dialógica e o vínculo com a família facilitam a adaptação à rotina hospitalar e as tomadas de decisão. Sendo assim, faz-se importante observar como é a interação entre paciente-equipe-família, pois este manejo faz parte de uma das principais funções do psicólogo hospitalar.

As mães que acompanham seus bebês na UTIN relatam estranhamento pelo novo, choque, medo e desinformação. No entanto, elas afirmam que o bom relacionamento e confiança com a equipe ajudam a lidar com os sentimentos e estimulam o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Porém, nem sempre a equipe compreende as dificuldades dos pais em confiar e entregar seu bebê, o que pode gerar ressentimentos nos profissionais pelo não reconhecimento dos seus esforços e sua dedicação (Magalhães & Feriotti, 2015).

Ademais, é necessário identificar quais são os valores, crenças, atitudes e preconceitos da equipe que interferem na assistência prestada ao neonato. A formação do vínculo entre equipe-paciente-família é atravessado por diversos fatores, entre eles o acolhimento, a empatia, disponibilidade pessoal e afetiva, aceitação do outro, postura ética, etc. Evitar atitudes preconceituosas, não invadir a intimidade das mães e compreender a negação como um

mecanismo de defesa também tendem a facilitar a interação e a vinculação com os profissionais (Magalhães e Feriotti, 2015).

Além da relação equipe-família, é importante mencionar a interação entre equipe e bebê, visto que os profissionais vinculados podem vivenciar também o luto, emergindo sentimentos de frustração, tristeza e compaixão. Afastar-se do paciente em processo ativo de morte pode ser uma negação ou forma de evitar o sofrimento diante da perda (Torres, 2018).

6. Reações emocionais identificadas na genitora

Maldonado (2017) descreve o puerpério como uma fase vulnerável à ocorrência de crises devido às mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo processo do parto. Os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas, em que algumas puérperas se sentem debilitadas e confusas. A labilidade emocional é considerada um padrão típico da primeira semana pós-parto, em que euforia e depressão alternam-se com rapidez, sendo que o humor deprimido pode atingir grande intensidade (Maldonado, 2017).

Além disso, o nascimento de um bebê que precisa de medidas intensivas de cuidado devido às patologias graves pode desencadear angústia e culpa. Diversos fatores tornam o início do processo de internação mais difícil, à exemplo da separação entre a mãe e o bebê logo após o parto, a pouca reciprocidade e resposta aos estímulos de alguns recém-nascidos prematuros ou debilitados, a necessidade de compartilhar o bebê com uma equipe de profissionais que detém um saber ligado à sobrevivência do seu filho, além do enfrentamento do risco ou iminência da perda (Gomes, 2004).

Além das mudanças familiares, sociais e fisiológicas, a internação do bebê em uma UTI neonatal é desencadeadora de emoções intensas. Sentimentos e reações como choro, irritabilidade, medo, tristeza, raiva, apatia, isolamento, culpa e ambivalência foram elencados

pelos participantes da pesquisa como os mais frequentemente observados nas mães nas UTIN. Ao identificar e validar essas emoções, algumas intervenções psicológicas podem ser desenvolvidas, conforme descrito na seção seguinte.

7. Vinculação dos pais com o bebê

A vinculação entre os pais-bebês favorece maior qualidade de vida para o neonato. Observar gestos sutis como as visitas regulares à UTIN, referir-se ao bebê pelo nome, desejar ver e tocar o bebê são comumente apontados pela literatura como indícios de boa vinculação.

A amamentação também é considerada importante fator de estabelecimento e fortalecimento de vínculo, uma vez que envolve contato direto entre mãe e bebê, consolidando o apego e, mais do que alimentar, amamentar é nutrir o vínculo que se estabelece (Baltazar et. al, 2010). Cabe ao psicólogo compreender o processo da amamentação, considerando os limites e a viabilidade de cada paciente, rememorando às mães que, diante da impossibilidade de amamentar ao seio, alimentar por outros meios (chuquinhas e mamadeiras) também pode oferecer proximidade e vínculo entre a díade.

A qualidade do vínculo que se estabelece entre mãe e bebê, desde o ciclo gravídico, produz efeitos no desenvolvimento emocional do recém-nascido (Magalhães & Feriotti, 2015). Através da vinculação, o bebê sente segurança e afetividade por parte dos pais durante o seu processo de internação, e os pais têm a oportunidade de vivenciar a experiência da maternagem/paternagem, facilitando a elaboração do luto antecipatório, ainda que o processo seja doloroso em alguns momentos. O psicólogo pode contribuir na elaboração do luto, considerando a perda do bebê, assim como as perdas simbólicas (sonhos, planos e expectativas) (Inácio et al., 2015).

8. Intervenções psicológicas

Em consonância com os dados emergentes na pesquisa e com a literatura, as intervenções apontadas no protocolo (Figura 2) servem como guia para uma abordagem psicológica integrada e sustentada empiricamente. Deve-se destacar que nem todas as intervenções precisam ser realizadas em todos os casos, sendo necessária uma avaliação das necessidades singulares do paciente e da família assistida.

Em um cenário iatrogênico como o ambiente de uma UTI neonatal, infere-se que validar as emoções e promover a livre expressão verbal tende a contribuir para a organização psíquica da mãe, que vive um momento de crise, onde o seu ideal de maternidade foi confrontado com uma realidade de difícil assimilação. Para Baltazar et al. (2010), quando nasce um filho, os pais reatualizam suas histórias parentais, sendo um momento atravessado por expectativas e motivações inconscientes. É um bebê que chega com uma história que o precede.

O prontuário humanizado ou afetivo é composto por informações que a equipe multiprofissional reúne para atender de forma mais humanizada e personalizada, para além de dados técnicos e prescrições. Podem incluir apelido, quem são os familiares do bebê (pais, irmãos, avós, etc.), informações da história gestacional, entre outras. Isso auxilia no resgate da noção de sujeito do recém-nascido, de uma pessoa que também tem seu lugar no mundo.

Visando o conforto do neonato, investir em intervenções ambientais tende a contribuir para a redução do estresse, como o controle de ruídos e da luminosidade, assim como a presença e o toque dos genitores. Medidas não farmacológicas para o manejo da dor também podem fazer parte do repertório dos profissionais da psicologia, à exemplo do auxílio na amamentação.

Leite, Castral e Scochi (2006) afirmam que o alívio da dor se potencializa com a combinação de tratamentos como o contato pele a pele, leite, glicose, sucção não nutritiva e/ou estímulos multissensoriais. A amamentação realizada pela mãe, ao agregar todos esses elementos, contribui na diminuição da dor aguda nos bebês.

Nos casos de óbito, realizar o acolhimento, facilitar a realização de uma despedida digna e validar o luto da família faz parte do rol de intervenções do psicólogo. Cabe salientar que a notícia da morte pode evocar diferentes reações, inclusive a de não querer ver o filho em determinados momentos, devendo o psicólogo ou algum outro membro da equipe oferecer e possibilitar, de tempos em tempos, os pais pegarem ou estarem próximos ao bebê (Salgado & Polido, 2018).

Não raro, a perda de um bebê gera um sofrimento invisível aos olhos da sociedade, que se manifesta através de falas, como: “Deus vai te dar outro”, “Foi melhor assim” ou “Você é jovem, pode engravidar de novo”, não validando o vínculo já existente entre mãe e bebê. Trata-se de uma perda solitária, visto que outros familiares e amigos ainda não tinham estabelecido vinculação com o bebê.

Um estudo realizado por Rodrigues et. al (2020) ressalta que dar identidade ao recém-nascido e criar memórias afetivas ligadas ao filho é uma estratégia usada por mães no período pós-natal, pois a díade mãe-bebê foi desfeita pela perda e é preciso auxiliá-la na compreensão de que ela permanece viva. Nesse sentido, a elaboração de uma Caixa de Lembranças é uma possibilidade interventiva, com o objetivo de concretizar algumas dessas memórias, buscando auxiliar a vivência do luto. A caixa pode ser composta por itens recolhidos ao longo do período de hospitalização, como mecha de cabelo, pulseira de identificação, primeira roupa usada pelo bebê guardada em saco plástico para preservar o cheiro, etc. (Salgado & Polido, 2018).

Além disso, infere-se que o registro de momentos significativos com os bebês no período de hospitalização, por meio de fotos e vídeos, ajuda a elaborar a vivência dos pais, atravessada pela discursividade médica e pelo ambiente hospitalar impessoal. A formação da memória do bebê que partiu emerge na literatura como elemento fundamental para o conforto

e redução de emoções negativas no processo de luto, inserindo essa criança na memória familiar, auxiliando na formação da sua identidade (Lari et. al, 2018).

Considerações finais

O trabalho do psicólogo hospitalar no ambiente da UTI neonatal potencializa a oferta de uma assistência integral ao paciente e sua família, diante do contexto iatrogênico e ansiogênico que o hospital pode representar para ambos: um ambiente composto por aparelhos, ruidoso, longe do aconchego dos seus lares e permeado pela iminência de morte.

É primordial que haja um trabalho em equipe articulado e integrado frente aos casos elegíveis para cuidados paliativos, considerando-se os critérios abordados na literatura científica. Além disso, o estabelecimento de uma comunicação clara, objetiva e empática tende a facilitar o processo de vinculação e de confiança entre a equipe e a família dos neonatos.

O período sensível que se segue após o nascimento de um bebê tende a ser gerador de medos e angústias quando a experiência da internação se torna inevitável. Assim, o diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida de um filho, somada à vivência do puerpério, é potencialmente um processo ainda mais doloroso e intenso para a mãe. Ao compreender e acolher as reações emocionais da puérpera e o processo de vinculação com o bebê, pode-se proporcionar maior qualidade de vida ao neonato e facilitar a elaboração do luto da mãe.

Cabe ao psicólogo buscar validar e facilitar a elaboração das vivências dos pais frente a essa realidade, intervindo de modo cientificamente sustentado e atuando de forma interdisciplinar.

Considera-se que este estudo pode contribuir para a humanização do cuidado com a apresentação de um protocolo que norteia a prática do profissional da psicologia, sistematizando pontos importantes que devem ser considerados na realização das intervenções

junto ao bebê e suas famílias. Cabe destacar que, ainda que seja um instrumento norteador, devem ser observadas as especificidades de cada caso e a individualidade dos recém-nascidos e seus genitores.

Um dos limitadores deste estudo foi o número restrito de participantes devido aos poucos profissionais empregados nos serviços de psicologia das unidades de terapia neonatal existentes no município estudado. No entanto, esta pesquisa pode permitir a ampliação da literatura científica sobre o tema e fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas futuras que busquem aprimorar e validar o protocolo proposto, mediante sua aplicação e replicação em UTIN em realidades distintas.

Acredita-se que o protocolo pode ser uma ferramenta potente de gestão do cuidado na psicologia que facilite práticas fundamentadas e humanizadas.

Referências

Baltazar, D. V. S., Gomes, R. F. de S., & Cardoso, T. B. D. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH, 13*(1), 02-18. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&tlng=pt.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Persona.

Bernadá, M., Dall´Orso, P., Fernández, G., Le Pera, V., González, E., Bellora, R., Dallo, M. de l. Á., Caperchione, F., Giordano, A., Guillén, S., Fierro, Gonzalo, L., Rosario, F. E. & Carrerou, R.. (2010). Abordaje del niño con una enfermedad pasible de cuidados paliativos: Visión desde la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Archivos de Pediatría del Uruguay, 81*(4), 239-247. Recuperado de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000400004&lng=es&tlng=es.

Boldrini, E. (2019). Introdução. In A. V. Rubio & J. de L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (PP. 3-16). Rio de Janeiro: Atheneu.

Gerhardt, T. E.; Ramos, I. C. A.; Riquinho, D. L. & Santos, D. L. (2009) Unidade 4 – Estrutura do projeto de pesquisa. In T. E. Gerhardt, D. T. Silveira (Orgs.), Métodos de Pesquisa (pp. 65-88). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar, 2*(2) Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200004&lng=pt&tlng=pt.

Inácio, A. C., Vollmann, D. D'a., Langaro, F., Oliveira e Silva, M. C. Da C. (2015). Psicologia e Cuidados Paliativos em UTI Neonatal. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. (4)*2, 80-95. Recuperado de https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/715/382

Lari, L. R., Shimo, A. K. K., Carmona, E. V., Lopes, M. H. B. de M., & Campos, C. J. G. (2018). Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Aquichan, 18*(1), 80-94. https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.8

Leite, A. M., Castral, T. C. & Scochi, C. G. S. (2006). Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos?. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. v. 59, n. 4, pp. 538-542. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400012>. Epub 03 Abr 2008. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400012.

Souza, J. de L. e. (2019). Cuidado Paliativo em Neonatologia. In A. V. Rubio & J. de L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (pp. 301-309). Atheneu.

Magalhães, P. M. de & Feriotti, M. de L.. (2015). Atenção ao vínculo em neonatologia: Grupos Balint-Paideia - uma estratégia para lidar com a dor e a incerteza em situações-limite. *Vínculo, 12*(2), 20-30. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000200004&lng=pt&tlng=pt.

Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor.* 2 ed. São Paulo: Editoria Ideias & Letras.

Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento.* 10a ed. São Paulo: HUCITEC.

Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 31*(1); 17-21. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/912/91224234004.pdf

Pessoto, M. A. (2019). Recém-nascido com lesão cerebral grave. In A. V. Rubio & J. de L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (PP. 311-319). Rio de Janeiro: Atheneu.

Pinheiro, C. de J., & Castelo Branco, A. B. de A.(2020). Elaboração de protocolo de atendimento psicológico no hospital geral: usuários de álcool. *Contextos Clínicos, 13*(3), 896-921. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000300010&lng=pt&tlng=pt.

Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://www.in.gov.br/materia/-

/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710

Rodrigues, L. et al. (2020). Understanding bereavement experiences of mothers facing the loss of newborn infants. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2020, v. 20, n. 1 [Acessado 27 Abril 2022] , pp. 65-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100005>. Epub 11 Maio 2020. ISSN 1806-9304. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100005.

Rodríguez, N., Cádiz, V., Farías, C. & Palma, C. (2005). Cuidado paliativo en oncología pediátrica. *Revista Pediatría Electrónica, 2*(2), 33-36. Recuperado de http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2005/vol2num2/pdf/cuidados_paliativos.pdf

Sá, F. C. de. (2019). Terminalidade em Neonatologia: Aspectos Éticos, Legais e Morais. In A. V. Rubio & J. de L. e Souza (Orgs.), *Cuidado Paliativo Pediátrico e Perinatal* (PP. 41-48). Rio de Janeiro: Atheneu.

Salgado, H. O. & Polido, C. A. (2018). *Como lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. São Paulo: Ema Livros.

Silva, E. M. B., Silva, M. J. M. & Silva, D. M. (2019). Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. v. 72, n. 6, pp. 1707-1714. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0842>. Epub 21 Out 2019. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0842.

Teixeira, P. M. M. & Neto J. M. (2017). Uma proposta de tipologia para pesquisas de natureza interventiva. *Ciência & Educação (Bauru) [online]*, v. 23, n. 4, pp. 1055-1076. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320170040013>. ISSN 1980-850X. https://doi.org/10.1590/1516-731320170040013.

Torres, L. T. (2018). *A percepção do enfermeiro diante dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva neonatal.* Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

World Heath Organization. (2018). https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

Considerações finais

Os dois estudos desta dissertação analisaram e sistematizaram as possíveis intervenções psicológicas nas unidades de terapia intensiva neonatais, cujos resultados podem nortear a prática de psicólogos na abordagem dos cuidados paliativos. Através desses estudos, buscou-se fundamentar melhor as ações psicológicas, potencializar o trabalho em equipe, favorecer a humanização do cuidado e aliviar o sofrimento de pacientes e familiares, com vistas à melhoria da assistência prestada aos(às) usuários(as) do SUS.

Lidar com os fenômenos da dor, da iminência de morte e do luto que atravessam o ambiente da UTIN tende a ser desafiador para todos os atores sociais que integram esse contexto, sobretudo em relação aos elementos culturais que tornam a morte de neonatos um interdito no âmbito hospitalar. O ambiente da UTIN abriga bebês recém-nascidos e muitas mães também recém-nascidas, que vivem um puerpério árduo, transpondo limites pessoais até então desconhecidos.

Portanto, a elaboração de um instrumento de gestão do cuidado para subsidiar e indicar possibilidades interventivas psicológicas constitui uma das estratégias para superar esse tabu. Ao se basear no protocolo proposto, os psicólogos intensivistas neonatais poderão estar mais propensos a estabelecer diálogos com a equipe e a família sobre a partida dos bebês, a promover maior dignidade no processo de viver-morrer e a facilitar encontros afetivos que possibilitem a elaboração das perdas no hospital.

O protocolo, ora proposto, enfatiza o manejo das demandas relacionadas aos impactos psicológicos que as perdas (seja do bebê real ou daquele idealizado ao longo da gestação) desencadeiam nos pais, bem como visibiliza o sofrimento dos neonatos e estabelece práticas interprofissionais mais humanizadas. Não obstante a isso, o instrumento construído nesta pesquisa não deve ser utilizado de forma mecanicista e tecnicista, uma vez que é preciso observar as idiossincrasias dos casos, possibilitando sua aplicação de modo flexível e aberto à criatividade intervencional de cada psicólogo.

Viver a experiência de produzir esta pesquisa ao longo de uma gestação, passando pelo puerpério e início do meu processo de maternagem, foi desafiador e evocou diversos sentimentos, como o medo de passar por algo tão complexo e ameaçador. Por outro lado, ampliou minha vivência pessoal e técnica diante dos cuidados com os bebês e suas mães, fortalecendo conexões mais empáticas com esse público.

Ao longo da trajetória percorrida neste programa de mestrado profissional em Psicologia da Saúde, tive como um dos maiores desafios encontrar materiais bibliográficos nacionais já existentes na área para aprofundar especificamente o trabalho do psicólogo nos cuidados paliativos na UTIN, tema que ainda carece de mais estudos científicos.

Como limitação, esta pesquisa contou com número limitado de participantes, tendo em vista o quantitativo reduzido de psicólogos que atuam nas UTIN vinculadas ao SUS do município pesquisado. De algum modo, esse elemento pode ter restringido a variabilidade de perspectivas e experiências compartilhadas nas entrevistas. Entre as potencialidades, pode-se destacar a inovação da ferramenta elaborada para aprimorar e embasar a assistência psicológica.

À guisa de conclusão, espera-se que esta pesquisa tenha convidado à reflexão sobre a dignidade da vida, sobre as diversas camadas que integram a dor (física, psicológica, social e

espiritual), e que o protocolo apresentado tenha aberto potentes caminhos para seu aprimoramento, replicação e validação em futuros estudos.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

1. Como a demanda por Cuidados Paliativos em bebês é abordada na UTIN?
2. Na sua perspectiva, quais critérios deveriam ser utilizados para realizar Cuidados Paliativos na UTIN?
3. Quais os aspectos e reações psíquicas que você identifica ao realizar o atendimento aos familiares/cuidadores dos bebês em Cuidados Paliativos?
4. Como se dá a sua atuação profissional voltada aos pais/cuidadores desses bebês?
5. Como é trabalhada a comunicação das más notícias?
6. De que forma o psicólogo trabalha com o luto antecipatório no contexto da UTIN?
7. Quais as intervenções que você considera mais efetivas nos Cuidados Paliativos na UTIN?
8. Quais os maiores desafios que você enfrenta ao realizar esses atendimentos?
9. Como é a sua atuação junto a equipe multiprofissional nos casos de Cuidados Paliativos?
10. Você poderia exemplificar um caso clínico para descrever sua atuação e as intervenções realizadas?

APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) participante,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **"ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO",** desenvolvida por Aline Mattos Braga Barros, discente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-CAT-UFBA), sob orientação da Professora Dra. Andréa Batista de Andrade Castelo Branco.

O objetivo geral deste estudo é elaborar um protocolo de atendimento para orientar a prática do psicólogo nos casos relacionados a Cuidados Paliativos na UTI neonatal, visando a melhoria da assistência prestada. Para esta pesquisa, será adotada a entrevista como procedimento metodológico, a qual precisará ser gravada e transcrita.

O convite ao (à) Sr. (a) se deve a sua inclusão no grupo formado por psicólogos e estagiários de Psicologia que atuam em UTI neonatal na rede pública de Vitória da Conquista – BA, sendo pessoas que lidam diretamente com a produção do cuidado relacionada a população alvo da pesquisa.

Para participar deste estudo, o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá nenhuma vantagem financeira. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se deseja ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O tempo estimado para a gravação da entrevista é de 30 minutos. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

No que diz respeito aos riscos da sua participação, deve-se considerar a possibilidade de desconforto ao responder algumas perguntas durante a entrevista. Como benefício, destaca-se a contribuição para a melhoria das práticas assistenciais por meio da construção de um protocolo de atendimento psicológico relacionado à temática deste estudo.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade dos dados do (a) Sra. (a). Qualquer informação que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. O material será armazenado em local seguro, sendo as entrevistas transcritas e armazenadas em arquivos digitais, com acesso autorizado somente à pesquisadora e sua orientadora.

Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada. Os mesmos serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e na dissertação produzida pela pesquisadora.

Caso o (a) Sr. (a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento, ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por gentileza, entre em contato com as seguintes pesquisadoras a qualquer tempo: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco – telefone: (77) 99171-9993; Aline Mattos Braga Barros – telefone: (77) 99120-0010. Endereço: Universidade Federal da Bahia, *Campus* Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58, gabinete 22, Bairro Candeias, CEP 45.029-094, Vitória da Conquista – BA.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, Vitória da Conquista – BA. Telefone: (77) 3429-2720, e-mail: cepims@ufba.br.

Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por 5 (cinco) anos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, após esse tempo, será destruído.

Este termo encontra-se impresso, em duas vias originais, as quais serão assinadas tanto pelo (a) Sr. (a) quanto pela pesquisadora responsável. Uma das vias deste termo será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra via será fornecida ao (à) Sr. (a).

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **"ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO"** de maneira clara e detalhada, tendo todas as minhas dúvidas esclarecidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar, que li e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela pesquisadora responsável.

Vitória da Conquista, ____ de _____ de ____

_____

Nome completo (**participante**) Data

Nome completo (**pesquisadora responsável**) Data

APÊNDICE C - Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos

Eu_____, CPF _____, RG_____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Aline Mattos Braga Barros e Andréa Batista de Andrade Castelo Branco, do projeto de pesquisa intitulado "ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO", a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.° 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Vitória da Conquista - BA, ___ de _____ de ___

_____ _____

Participante da pesquisa **Pesquisadora responsável pelo projeto**

ANEXO

UFBA - VITÓRIA DA CONQUISTA - CEP INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE - CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA - UFBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL
Pesquisador: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 34371920.0.0000.5556
Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.450.323

Apresentação do Projeto:
O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral elaborar um protocolo de atendimento para orientar a prática do psicólogo nos casos relacionados a Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), visando subsidiar a prática desse profissional nos serviços de Psicologia do Hospital Esaú Matos e do Hospital Geral de Vitória da Conquista (ambos localizados no mesmo município). Com disso, busca-se contribuir com a melhoria da assistência prestada aos usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa possui natureza aplicada, caráter exploratório e a metodologia a ser utilizada é a qualitativa, com a Análise de Conteúdo escolhida para analisar os dados coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. Participarão da pesquisa os psicólogos e estagiários de Psicologia integrantes da equipe multiprofissional das UTIs neonatais dos hospitais mencionados. Com base no que for coletado, conjuntamente à revisão de literatura, será elaborado o protocolo e realizar-se-á uma capacitação em Cuidados Paliativos na UTI neonatal para os psicólogos das instituições citadas.

Hipótese:
Parte-se da hipótese que a análise e descrição dessa prática profissional permitirá a elaboração de um protocolo que subsidie a atenção psicológica aos familiares de bebês em cuidados paliativos internados na UTI neonatal, até então inexistente nos serviços selecionados para a aplicação da

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Elaborar um protocolo de atendimento para orientar a prática do psicólogo nos casos relacionados a Cuidados Paliativos na UTI neonatal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as demandas e possíveis intervenções psicológicas voltadas aos pacientes em Cuidados Paliativos na UTI neonatal e seus familiares;
- Analisar a atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional nos Cuidados Paliativos na UTI neonatal;
- Realizar capacitação em Cuidados Paliativos aos psicólogos e estudantes que atuam nas UTI neonatais nos hospitais pesquisados, com oficina
sobre o uso do protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios apresentados foram:

Riscos: Ao se tratar de um tema mobilizador emocionalmente e psiquicamente, há riscos relacionados ao desencadeamento de reações diversas frente à exploração do objeto de estudo junto aos participantes. Porém, o fato da pesquisadora e autora deste projeto ser psicóloga tende a ser um benefício no que tange ao acolhimento e manejo inicial de alguma intercorrência de ordem psicológica, podendo realizar os devidosencaminhamentos dos
participantes que necessitarem de atendimento em serviços especializados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Benefícios:

A contribuição da pesquisa e das intervenções para os participantes que terão um instrumento para nortear sua prática, contribuindo com o seu
aprimoramento profissional e a melhoria dos serviços prestados à população. Além disso, contribui-se também com a propagação do conhecimento
na comunidade científica.

Os riscos e benefícios foram adequadamente descritos, incluindo formas de manejo dos riscos de desconforto que podem ser apresentados pelos participantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem construída do ponto de vista teórico, os objetivos apresentam-se alinhados com os objetivos descritos no projeto. O estudo tem como foco melhorar as formas de atuação do psicólogo nas UITs neotais, sendo um estudo relevante cientificamente e socialmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram os seguintes:

TCLE

currículo lattes das pesquisadores

Folhas de Rosto sem assinatura

Documentos para autorização da pesquisa no hgvc e do esau mattos

Declaração de Pesquisadoras com anuência de participação assinada apenas por uma das pesquisadoras

Projeto Detalhado Brochura

Carta de compromisso informando o compromisso de coleta das assinaturas após o distanciamento social

Termo de autorização de imagem e som

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A análise dos documentos e do projeto permitiu verificar que todas das pendências foram atendidas, portanto recomendo a aprovação do projeto em questão.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado ad referendum

Qualquer alteração ou modificação nesse projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: http://cep.ims.ufba.br/relat%C3%B3rio. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BASICAS_DO_PROJETO_1582733.pdf	30/11/2020 11:45:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2020 11:39:28	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEAUTORIZACAODEUSODEIMAGEMEDEPOIMENTOS.docx	24/10/2020 18:52:02	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoalinecomite.docx	24/10/2020 18:49:57	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Outros	cartadecompromisso.pdf	26/06/2020 11:04:32	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeparticipacaonoprojeto.pdf	26/06/2020 11:03:11	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Outros	autorizacaocoletahgvc.pdf	26/06/2020 10:50:28	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Outros	autorizacaocoletaesau.pdf	26/06/2020 10:49:52	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Outros	curriculoaline.pdf	26/06/2020 10:30:57	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Outros	curriculoandrea.pdf	26/06/2020 10:27:14	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito
Outros	folhalocal.pdf	26/06/2020 10:14:41	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/06/2020 10:11:04	ALINE MATTOS BRAGA BARROS	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

VITORIA DA CONQUISTA, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Raquel Souzas
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br