

Formação, escuta e intersectorialidade: relato de estágio em cuidados paliativos no INCA IV

Jennifer Karolayne Gomes Aleoni; Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública;
jennifferaleoni1@gmail.com;

Ana Flávia Monteiro Ramos; Centro Universitário do Norte;
Ernani Costa Mendes; Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Introdução

O cuidado paliativo é uma abordagem centrada na qualidade de vida de pessoas com condições de saúde ameaçadoras à vida e suas famílias, atuando de forma integral, interdisciplinar e humanizada. A relevância dos cuidados paliativos se torna cada vez mais evidente no cenário atual, considerando o aumento da incidência de doenças crônicas e oncológicas, e a necessidade de atenção qualificada diante do sofrimento total que essas condições impõem^{1,2}.

A atuação em cuidados paliativos vai além da prática hospitalar, alcançando o território e os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa integração é fundamental para garantir continuidade, integralidade e humanização do cuidado. No Brasil, o fortalecimento dessa articulação tem sido uma diretriz importante, como apontam publicações recentes da Organização Mundial da Saúde e das políticas públicas nacionais sobre redes de atenção à saúde^{3,4}.

A experiência vivida no Hospital do Câncer IV (HCIV/INCA) possibilitou observar, de maneira prática, como a intersectorialidade e a corresponsabilização entre níveis de atenção se efetivam. Em especial, destacou-se a articulação entre o ambulatório virtual do hospital e as equipes da APS, promovendo uma prática clínica mais horizontal e territorializada⁵.

Este relato tem como objetivo apresentar a experiência vivida durante a prática supervisionada no HCIV/INCA, com ênfase na escuta psicológica em contexto domiciliar e na articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Busca-se evidenciar a potência da escuta qualificada, a valorização da narrativa do paciente e a importância do cuidado interprofissional em territórios marcados por desigualdades sociais e simbólicas.

2. Relato de experiência

Durante a vivência no Hospital do Câncer IV (HCIV/INCA), tive a oportunidade de acompanhar três frentes distintas da atuação em Cuidados Paliativos: o ambulatório, a internação e a visita domiciliar. O HCIV é referência nacional no cuidado oncológico paliativo e integra a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde^{6,7}.

No ambulatório, observei o funcionamento de atendimentos presenciais e do modelo inovador do ambulatório virtual, que articula a equipe hospitalar com as Unidades de Saúde da Família (USF), especialmente em casos que demandam continuidade do cuidado no território⁵. Os profissionais da APS participam de forma síncrona das discussões, recebem orientações clínicas e são fortalecidos em sua autonomia diante de situações complexas no território.

Durante o estágio, acompanhei diferentes equipes do hospital, observando a integração entre os dispositivos de cuidado, como o ambulatório virtual, que promove atendimentos síncronos com a APS. Trabalhadores da atenção primária, previamente capacitados, discutem casos com a equipe hospitalar, o que permite um cuidado mais territorializado e contínuo. O que mais me chamou a atenção foi perceber como essa estratégia, de baixo custo e viável com recursos mínimos, gera grande impacto na resolutividade e integralidade do cuidado. Assim que um paciente era atendido no hospital, a assistente social identificava sua unidade de referência e iniciava o contato com a equipe da APS, promovendo o vínculo e a corresponsabilização entre os níveis de atenção⁸.

O ambiente ambulatorial, ainda que marcado por fluxos intensos de atendimentos, revelava-se também um espaço de cuidado centrado na escuta e no vínculo. A atuação psicológica nesse cenário mostrou-se valiosa tanto no manejo de sintomas emocionais quanto na orientação aos familiares. Observei intervenções pautadas na escuta qualificada, no acolhimento das angústias relacionadas à incerteza do prognóstico e na construção de estratégias de enfrentamento.

Na enfermaria de cuidados paliativos, acompanhei atendimentos da equipe médica, de enfermagem e de psicologia, e presenciei o comprometimento coletivo com a dignidade do paciente até o fim da vida. Em um dos dias, participei de uma atividade de educação permanente, conduzida por uma residente, sobre a aplicação da Terapia da Dignidade de Chochinov⁹, metodologia voltada a pacientes em fase terminal que busca preservar o sentido e a autoestima por meio do resgate narrativo. Foram compartilhados os primeiros resultados de uma pesquisa qualitativa com familiares de pacientes que utilizaram a técnica antes do falecimento. Os relatos eram profundamente comoventes, revelando que a escuta do que importa ao paciente pode ser mais terapêutica do que qualquer protocolo medicamentoso. Esse encontro me fez refletir sobre como práticas leves, sensíveis e eticamente orientadas podem transformar experiências de fim de vida, mesmo em contextos de escassez de recursos.

A visita domiciliar, realizada com a equipe multiprofissional, foi a experiência que mais me atravessou subjetivamente. A paciente atendida apresentava um quadro complexo, com sintomas físicos persistentes, fadiga intensa, neuropatia periférica, dispnéia, fraqueza muscular, e significativo sofrimento emocional. Mulher preta, com trajetória marcada por lutas sociais, espirituais e familiares, verbalizava sentimentos de desamparo, resistência em ser cuidada e ambivalência entre autonomia e vulnerabilidade. Sua fala, embora fragmentada e entrecortada, comunicava com força os impactos subjetivos da doença e das perdas que ela acarretava: o lugar social de cuidadora, a capacidade de cuidar dos filhos, o orgulho pelo trabalho, a liberdade corporal. Referia também episódios de ansiedade intensa, insônia, sentimento de exclusão e a percepção de não ser reconhecida em sua dor.

Durante a escuta, emergiram temas fundamentais para a clínica em cuidados paliativos: o sofrimento total, a espiritualidade como estratégia de enfrentamento, a reconstrução de papéis familiares e os atravessamentos de raça, classe e gênero no cuidado. O espaço da casa revelava uma história de vínculos afetivos fortes, embora sobrepostos, como no relato da filha, que expressou frustração e cansaço diante de conflitos familiares relacionados à sobrecarga do cuidado. A escuta que realizei, mesmo breve, foi marcada por uma presença sensível e ética, que buscava acolher a complexidade da vivência da paciente sem reduzir sua dor à dimensão clínica. Após discussão em equipe, foi realizado o encaminhamento para atendimento psicológico domiciliar contínuo, demonstrando o compromisso da equipe com a continuidade do cuidado.

3. Discussão

A experiência vivida revelou, na prática, a complexidade do cuidado paliativo em territórios atravessados por desigualdades sociais, racismo estrutural e histórias de invisibilidade. Mais do que aplicar conhecimentos técnicos, foi necessário sustentar uma escuta que reconhecesse o outro como sujeito em sofrimento total, não apenas físico, mas também emocional, social e espiritual¹¹.

Ao acompanhar a visita domiciliar, pude perceber como o sofrimento não se expressa de maneira linear. A paciente, mulher negra, cuidadora por excelência, apresentava dificuldade em ocupar o lugar de quem precisa ser cuidado. Essa tensão entre autonomia e vulnerabilidade, frequentemente naturalizada em corpos racializados, é sintoma de uma estrutura histórica que associa o corpo negro à função de servir¹². Como apontam autoras negras feministas, como Sueli Carneiro e Lélia Gonzalez, o lugar social da mulher negra no Brasil foi forjado sob a expectativa do cuidado abnegado, silenciando suas próprias dores^{13,14}.

Nesse sentido, o cuidado paliativo também é um espaço de disputa simbólica. Escutar essa paciente exigiu um posicionamento ético e político: validar sua experiência e reconhecer os atravessamentos de classe, gênero e raça que configuram seu sofrimento. Como propõe Werneck¹⁵, o racismo institucional na saúde se manifesta não apenas na negação de acesso, mas na forma como o cuidado é oferecido, ou recusado, a determinados corpos.

Durante o estágio, foi possível observar estratégias institucionais potentes, como o ambulatório virtual, que promove a articulação entre o hospital e as equipes da Atenção Primária. Essa prática, construída com recursos simples e tecnologias leves, demonstrou que é possível uma rede integrada de cuidados, desde que haja vontade institucional e sensibilidade clínica⁸. A formação e o suporte à APS, nesse modelo, ampliam a autonomia dos profissionais no território, o que é fundamental para garantir continuidade do cuidado.

Outra experiência marcante foi a participação em uma atividade de educação permanente sobre a Terapia da Dignidade, proposta por Chochinov⁹. O relato da residente que conduzia a pesquisa apontava como a escuta estruturada das memórias, valores e desejos dos pacientes próximos da morte produzia efeitos transformadores, não apenas para o paciente, mas também para a família e a equipe. Essa abordagem se alinha à ideia de que a dignidade não é um dado, mas uma construção relacional, que precisa ser sustentada até o fim da vida¹⁶.

Essas vivências me levaram a refletir sobre o papel do psicólogo nos Cuidados Paliativos. Mais do que ofertar apoio emocional, trata-se de habitar um espaço entre a escuta e o silêncio, entre o sofrimento e o sentido. A psicologia, nesse contexto, atua como uma presença capaz de reconhecer a singularidade do outro, e não apenas de aplicar intervenções pré-formatadas. Como propõe Deslandes¹⁷, o cuidado é antes de tudo um encontro – ético, relacional e situado.

A leitura da ecologia de saberes de Boaventura de Sousa Santos¹⁸ também se mostrou potente para pensar esse campo. O cuidado paliativo, quando exercido em territórios vulnerabilizados, precisa dialogar com saberes populares, com a espiritualidade e com as redes de afeto. Não há cuidado possível sem reconhecer a legitimidade dos saberes do outro. Essa perspectiva exige do profissional não apenas técnica, mas disponibilidade para ser afetado.

A espiritualidade, neste caso, não foi um apêndice à clínica, mas um dos principais dispositivos de resignificação do adoecer. A forma como a paciente narrava sua fé revelava um modo próprio de elaborar a finitude. Como aponta a OMS, a dimensão espiritual é uma das esferas fundamentais do cuidado paliativo³. Negá-la seria fragmentar ainda mais um sujeito já em processo de ruptura.

Assim, a experiência no HCIV/INCA ensinou que o cuidado paliativo é, sobretudo, uma prática de escuta radical. Escutar o outro, em sua inteireza, exige abrir mão de diagnósticos rápidos, de fórmulas prontas, e sustentar a ambiguidade de estar com quem sofre. Exige, também, reconhecer as marcas sociais que atravessam os corpos adoecidos e a necessidade de reposicioná-los como sujeitos de cuidado, e não apenas como cuidadores silenciosos.

4. Considerações finais

A vivência no Hospital do Câncer IV (HCIV/INCA), durante a especialização em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária à Saúde, proporcionou uma imersão valiosa na prática intersetorial e na escuta qualificada de pacientes em sofrimento. A experiência da visita domiciliar destacou a potência da presença psicológica em contextos de vulnerabilidade, onde a escuta vai além da técnica e se torna uma ética de cuidado, capaz de sustentar subjetividades marcadas pela dor, pela fé, pelo afeto e pelas desigualdades sociais.

A observação das práticas no ambulatório, na internação e nas reuniões de equipe demonstrou que a integração entre níveis de atenção, quando realizada com compromisso e criatividade, pode produzir cuidado de forma efetiva e humanizada, mesmo em cenários de escassez. Iniciativas como o ambulatório virtual e o uso da Terapia da Dignidade reforçam que o cuidado paliativo não depende apenas de recursos tecnológicos, mas de atitudes, vínculos e escutas transformadoras.

Esse percurso permitiu compreender que, para além dos sintomas físicos, os sujeitos demandam cuidado para suas histórias. E é nesse ponto que a psicologia encontra sua potência: não como ferramenta acessória, mas como presença implicada, que sustenta a complexidade do sofrimento e reconhece os atravessamentos de raça, classe, gênero e espiritualidade como dimensões legítimas da experiência de adoecimento.

A prática interprofissional, a escuta sensível e o olhar crítico para os determinantes sociais da saúde mostraram-se fundamentais para que o cuidado paliativo seja, de fato, integral. Encerrar esse relato é reconhecer que a formação em cuidados paliativos se faz no encontro com o outro, e que cada encontro tem potência formativa, ética e transformadora.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Psicologia da Saúde; Visita Domiciliar.

Divulgação

Os autores e revisores não relataram qualquer conflito de interesse durante a sua avaliação. Logo, o Congresso Pan-Amazônico de Oncologia detém os direitos autorais, tem a aprovação e a permissão dos autores para divulgação deste resumo, por meio eletrônico.

Referências

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados Paliativos: diretrizes para o cuidado. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
3. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. WHPCA; 2020.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Linha de cuidado para pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas redes de cuidados paliativos. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informe INCA nº 421. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
6. Organização Mundial da Saúde. Cuidados paliativos: Diretrizes para o alívio da dor e cuidados paliativos. Genebra: OMS; 2020.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2022. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
8. Figueiredo MG, et al. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: um olhar ampliado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Série Cuidados Paliativos. Vol. 1. Brasília: MS; 2022.
9. Chochinov HM. Dignity Therapy: Final Words for Final Days. Oxford: Oxford University Press; 2012.
10. Teixeira MJ, et al. A Rede de Cuidados Paliativos no SUS: desafios e perspectivas. In: Atlas de Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo: ANCP; 2023.
11. Saunders C. Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004. Oxford: Oxford University Press; 2006.
12. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018.
13. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano. São Paulo: Zahar; 2020.
14. Carneiro S. Enegrecer o feminismo. Rev Estud Feministas. 2003;11(2):463–475.
15. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016;25(3):535–549.
16. Clarke D. ‘Total pain’, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. Soc Sci Med. 1999;49(6):727–736.
17. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
18. Santos B de S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.