

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

**GIOVANO OLIVEIRA CUNHA**

**HOSPITAL, PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS**

**JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2019**

GIOVANO OLIVEIRA CUNHA

**HOSPITAL, PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito obrigatório para obtenção do título de Graduado em Psicologia.

Orientador: Joel Lima Junior

JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2019

## HOSPITAL, PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS

Giovano Oliveira Cunha<sup>1</sup>  
Joel Lima Junior<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente estudo objetivou compreender a atuação do profissional de psicologia frente ao processo de finitude em cuidados paliativos. Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, de abordagem qualitativa realizada no período entre agosto de 2019 à novembro de 2019, na qual foi realizada uma busca através de plataformas como a Scielo, Pepsic, Periódico capes, bem como por meio de livros. Apesar da morte fazer parte do processo do desenvolvimento humano, nem sempre o sujeito frente à sua finitude é tratado de forma humanizada, tendo muitos dos seus direitos básicos violados por um sistema que preza somente pela obtenção da cura. Observou-se ainda, que o profissional de psicologia vem ganhando cada vez mais espaço no âmbito hospitalar nos últimos anos, dispondo de uma visão holística perante os sujeitos doentes, bem como seus familiares. Dessa forma, considerar o paciente com prognóstico desfavorável em cuidados paliativos na sua totalidade é de fundamental importância para o andamento do processo, valorizando a sua subjetividade condições para o mesmo ser capaz de mudar sua atitude diante da sua enfermidade.

**Palavras-chave:** Hospital. Psicologia Hospitalar. Cuidados Paliativos.

### ABSTRACT

This study aimed to understand the performance of the psychology professional facing the process of finitude in palliative care. This is a descriptive literature review, with a qualitative approach conducted from August 2019 to November 2019, where a search was performed through platforms such as Scielo, Pepsic, Periodical capes, as well as through books. Although death is part of the process of human growth, the subject is not always treated in a humane way, and many of it's basic rights are violated by a system that values only the cure. It was also observed that the psychology professional has been gaining more and more space in the hospital environment in the last years, having a holistic view before the sick subjects, as well as their relatives. Thus, considering the patient with an unfavorable prognosis in palliative care in its entirety is fundamental for the progress of the process, valuing their subjectivity conditions for them to be able to change their attitude towards their illness.

**Keywords:** Hospital. Psychology. Palliative care.

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços tecnológicos que a contemporaneidade tem proporcionado ao ser humano como forma de beneficiá-lo ou aprimorar a sua qualidade de vida, a cultura de um

---

<sup>1</sup>Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO. Email: giovano324@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO. Mestre em Ciências da Saúde, UFRN. Email: joellima@leaosampaio.edu.br

modo geral ainda se encontra em um estado de total despreparo emocional e/ou psicológico para discutir abertamente sobre a morte, processo este que ainda se caracteriza como um tabu enraizado difícil de ser fragmentado, podendo ter sua tipificação manifestada de diversas formas. Dependendo das circunstâncias e cenários culturais nos quais o ser humano esteja adentrado contribuirá inevitavelmente no seu entendimento sobre a sua representação de morte ou da existência em si (ESCUDEIRO, 2011).

Frente a essa realidade, o homem contemporâneo se encontra inserido em uma sociedade onde o capitalismo demanda vitalidade e produtividade nas suas respectivas ocupações profissionais, na maior parte das vezes de forma mecanizada, assim, o homem em prol da sobrevivência diante do meio social busca de qualquer forma estender a sua vida para não ter contato com a sua finitude. De acordo com Guerreiro (2014), atualmente a sociedade explora meios para ampliar o tempo de sua existência, empregando métodos que retarde o processo de envelhecimento, com a finalidade de afastar-se cada vez mais da morte em sentidos físicos e pensamentos, já que a morte se tornou um acontecimento que causa repulsa e medo.

Assim, estando ou não introduzido no hospital, o contato do ser humano com a morte é um processo inevitável de sua existência, onde é essencial que o profissional de saúde ou o profissional de psicologia tenha tido uma preparação adequada para saber se portar nessas devidas situações, sem que haja a ocorrência de constrangimento ou alguma forma de negligência. De acordo com Costa e Lima (2005), é primordial que haja uma preparação por parte dos profissionais de saúde para cuidar e acolher o paciente em questão como também sua família, devendo interpretar o modo que eles se apresentam frente à finitude para só assim poder sanar suas necessidades nesse período tão crítico de suas vidas.

Desta forma, é indiscutível a relevância do ofício do profissional de Psicologia inserido no âmbito hospitalar, dispondo de sua prática orientada ao sofrimento causado pelo processo de hospitalização tendo a morte lado a lado nesse meio, havendo como foco principal a minimização destes sofrimentos e das consequências emocionais provocadas por esse processo adoecedor. A atuação do psicólogo hospitalar não se restringe somente ao suporte dado ao paciente, mas também, aos seus familiares como para a equipe de saúde envolvida no caso, cooperando no enfrentamento dos obstáculos provenientes desse ambiente, muitas vezes adoecedor, compromisso este que faz com que os respectivos pacientes se tornem sujeitos autônomos ao ponto de poder vir a contribuir positivamente no seu tratamento.

Diante disto, o presente artigo tem como objetivo principal compreender a atuação do psicólogo frente ao processo de finitude em cuidados paliativos; colocando-se como objetivos secundários, compreender a relevância do estudo da Tanatologia e dos Cuidados Paliativos para a atuação do profissional de psicologia; compreender a contribuição do profissional de psicologia na equipe interdisciplinar em cuidados paliativos; e compreender a prática psicológica no fortalecimento do núcleo familiar.

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, de abordagem qualitativa, conforme as definições oferecidas por Gil (2002), sendo produzido entre o período de agosto de 2019 à novembro de 2019. As palavras-chave empregadas para o levantamento de dados foram as seguintes: Hospital, Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos, avaliados e colhidos por meio das plataformas Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), revistas científicas e livros. Os critérios adotados para inclusão de artigos científicos como também de livros foram aqueles que faziam aproximações diretas com os objetivos da pesquisa. Foram utilizados artigos publicados entre o ano de 2000 ao ano de 2019, sendo que para livros não houve restrição para data de publicação.

## **2. BREVE HISTÓRICO ACERCA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

O hospital se constitui como um equipamento de alta complexidade, no qual seu termo ao longo do tempo sofreu mudanças conforme a caracterização das culturas. Assim, a palavra hospital é de origem bastante recente, possuindo uma raiz oriunda do latim "Hospitalis" e "hospitium", que vem do termo "hospes" que quer dizer hóspede, pois caracterizava-se como um local no qual abrigava peregrinos, viajantes, enfermos ou pacientes incuráveis (BRASIL, 1944).

Baseado em uma perspectiva contemporânea, o hospital evidencia-se como um âmbito designado ao acolhimento de sujeitos doentes com a finalidade de conceder tratamentos pertinentes e diagnósticos referente aquela enfermidade detectada. Seguindo essa lógica de instrumento terapêutico, Foucault (1986) aborda que a constituição desse processo é algo novo, tendo a sua ocorrência já no final do século XVIII.

Em contrapartida, antes da materialização do hospital em suas estruturas físicas, o tratamento era baseado exclusivamente em preceitos do senso comum, ou seja, era dever dos integrantes do núcleo familiar do sujeito, basicamente os que possuíam uma maior longevidade. Deste modo, o ato do cuidado direcionado ao outro com a intenção de curar ou

mesmo de aliviar as dores era exercido exclusivamente por figuras como o dos curandeiros, parteiras, rezadores, familiares, sacerdotes ou líderes religiosos (ORNELLAS, 1998).

Sob a ótica da Idade Média referente ao aparecimento das doenças, os princípios religiosos prevalecem diante do tempo perdurando uma conotação de que seja algo ruim, maligno ou do que seja um castigo cedido por Deus ou uma outra entidade maior. Assim, até meados do século XVIII a figura principal do hospital configurava-se como sendo o pobre necessitado que já se encontrava no fim de sua vida, pois os sujeitos que atuavam nesses âmbitos não objetivavam a cura do enfermo, mas sim, a salvação do mesmo, podendo ter afeição e proximidade com a religião ou ser completamente leigo (CATÃO, 2011).

Em contrapartida, os enfermos que se encontravam nas instalações hospitalares da época não desfrutavam do mesmo tratamento, sendo muitas vezes esquecidos ou negligenciados por parte dos que atuavam naquele espaço. Conforme Foucault (1986), além de todo o amparo cedido aos pobres, o hospital também se caracterizava por promover e reproduzir na realidade processos de exclusão e de fragmentação dos sujeitos, ou seja, de distanciá-los do seu meio social.

Diante dos progressos da Medicina nos últimos tempos, marcado pelas inovações, técnicas em prol de diagnósticos e tratamentos eficientes de curta duração, proporcionou ao sujeito doente a expansão da sua qualidade de vida e bem-estar bem como a aproximação com a sua subjetividade. Para Bruscatto (2010), o hospital ainda se caracteriza como uma instituição onde há a ocorrência de circunstâncias estereotipadas, pelo embate constante entre a vida e a morte, sentimentos decorrentes desse processo tão sofrido como insegurança, desesperança, indignação, descontentamento e raiva, misto de sentimentos que não se restringe somente ao sujeito ou seus familiares, podendo desaguar para os profissionais de saúde que visam, sobretudo, a cura e não a morte.

Deste modo, o hospital atualmente se alicerça na delegação de poderes, ou seja, na descentralização que resulta em um largo processo complexo de funcionamento e gerenciamento, originando estratégias de curto prazo para a obtenção de resultados significativos. De tal modo, a qualidade é definida prioritariamente pelo respectivo paciente o qual possui expectativas e necessidades a serem sanadas (MOSIMANN; NOLETO; LUSTOSA, 2011).

Diante dessa mudança estrutural, tecnológica e organizacional do hospital, a figura do médico se mantém, muitas vezes, em uma posição de distanciamento do seu público-alvo, ou seja, dos pacientes de uma forma geral, visando então somente promover a cura daquela respectiva enfermidade. Conforme Mello e Silva (2012), inibir eventuais invasores e

processos prejudiciais com o objetivo de vedar que a morte se suceda é função do exercício profissional da medicina. Assim, ao se deparar com a morte o médico vivencia uma perda dentro de si referente à sua função principal que é salvar vidas. Portanto, a perda carece de atenção apurada para que o sofrimento psíquico não venha à tona (LEITE JÚNIOR, 2011).

Perante o panorama da relação de distanciamento entre o médico e o paciente, o sujeito adoecido submete-se a situações no qual estão fora do seu nível de alcance, podendo se evidenciar como situações que vão além do seu livre arbítrio. De acordo com Campos (1995), dependendo da necessidade que o indivíduo tenha procurado o atendimento, é provável que acabe por experimentar enquadramentos, limites ou que venha à sofrer com as determinações impostas pela instituição hospitalar.

Ao ser hospitalizado o indivíduo submete-se à determinadas circunstâncias consideravelmente desumanas, podendo ser caracterizadas como abusivas ou até mesmo invasivas, podendo resultar na perda da identidade do sujeito enfermo. Angerami-Camon (2010) aborda que o paciente sofre um processo de despersonalização, no qual seu nome é anulado para dar espaço como portador de determinada patologia ou até mesmo ser denominado e/ou reconhecido pelos profissionais de saúde através de uma numeração de leito.

Inserido nessas circunstâncias o indivíduo doente carrega consigo a partir desse momento um estigma social, podendo ser evidenciado explicitamente pela equipe médica e pelos demais profissionais como também pela comunidade o qual o indivíduo estivera inserido. Nesse sentido, Goffman (1988) define estigma como um signo onde o meio social emprega para discriminar sujeitos de determinadas características que não seguem ou que fogem dos padrões construídos e adotados pela esfera social.

Portanto, mediante a utilização da disciplina como meio de controle, tanto o sujeito enfermo como os profissionais de saúde passam por um procedimento de homogeneização pela instituição hospitalar possuindo em sua estruturação um caráter fechado. Para Goffman (1961), as instituições totais almejam buscar o domínio de todas as ações que se sucedem no interior da mesma. Impedindo que os internos tenham contato com a esfera social por um determinado tempo de suas vidas, prolongando o tempo de permanência dentro dessas instituições por parte dos sujeitos enfermos, dirigentes e dirigidos como dos próprios profissionais da instituição.

Em contrapartida, com o passar dos anos o hospital foi tomando outras formas em suas dimensões estruturais como no seu modo de funcionamento. Conforme Lisboa (2002), o caráter institucional do hospital altera-se mediante as evoluções dos tempos, dando lugar para

o tratamento do sujeito enfermo, isto é, tendo como finalidade única a obtenção de uma cura para determinada enfermidade.

A religiosidade que desde o princípio mostrava-se presente no âmbito hospitalar, vem perdendo espaço cada vez mais. Assim, o médico se torna uma figura central no âmbito hospitalar, se caracterizando como o principal responsável habilitado capaz de comandar toda a instituição (LISBOA, 2002).

## 2.1. A PSICOLOGIA HOSPITALAR

De acordo com Mäder (2016), a Psicologia Hospitalar foi somente reconhecida no ano de 2001 como especialidade da área, sendo atualmente regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007. Assim, essa Resolução se concretizou por meio da luta constante e do engajamento dos profissionais de Psicologia que trabalham em hospitais, preservando as particularidades da sua atuação nesse respectivo campo de atuação.

A Psicologia Hospitalar surge com a finalidade de amenizar e/ou dizimar questões enraizadas no âmbito hospitalar, como o distanciamento dos profissionais para com o paciente bem como para familiares, proporcionando um clima harmônico nas relações estabelecidas quanto ao modo de funcionamento. Simonetti (2011) remete o campo da Psicologia Hospitalar como uma área do conhecimento que se propõem em compreender e proporcionar o método adequado a respeito de dimensões psicológicas que manifestam-se atreladas ao processo de adoecimento. Enquanto que para Angerami-Camon (2010, p. 10) o objetivo principal da Psicologia Hospitalar é “[...] a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização”.

Após longos embates para a inserção da Psicologia em outros âmbitos da sociedade, o profissional de Psicologia adentra ao âmbito hospitalar, constituindo-se assim, um novo local para a sua prática. Diante disso, Almeida (2000) aborda que a área hospitalar aparece como um novo âmbito de serviço logo após a clínica privada ter enfrentado um período de crise, como também, a inserção do profissional sem a compreensão precisa da real função ali naquele espaço.

Sendo assim, Silva (2009) enfatiza que somente com o passar do tempo bem como a inserção do psicólogo ocupando vagas em instituições hospitalares foi perceptível visualizar de forma clara a elaboração e a estruturação da atuação propriamente dita do profissional de Psicologia neste espaço, evolução que diz respeito tanto em aspectos de níveis técnicos como também da expansão da bagagem teórica em suas diversas temáticas.

Campos (1995) retrata que o profissional de Psicologia buscará mediante a sua prática conceder uma relação saudável com os sujeitos que se encontram naquele espaço, efetuando o direcionamento do diálogo para com o sujeito enfermo como também para seus respectivos familiares, para a equipe de saúde envolvida no caso e, podendo se expandir para a comunidade no qual o paciente enfermo encontrava-se inserido anteriormente.

O Psicólogo Hospitalar enfatiza em sua prática diária o aspecto psicológico da enfermidade, condição essa que pode ser detectada no sujeito com alguma enfermidade ou com prognóstico desfavorável, na família do mesmo e nos demais profissionais que compõem a equipe, deste modo, a Psicologia visualiza a instituição e os sujeitos que compõem ela de forma holística. Assim, Simonetti (2011) aborda que a Psicologia Hospitalar não direciona o seu olhar para uma causa individual, mas detecta e preocupa-se com o relacionamento estabelecido entre o paciente enfermo, sua família bem como a equipe de profissionais que mantém contato constantemente com o caso em questão.

Mediante o processo de hospitalização do sujeito, é importante que o profissional de Psicologia possua cautela estando inserido no âmbito hospitalar. Assim, o profissional de Psicologia necessita compreender até aonde vai a sua atuação como profissional para que não ocorra de se tornar mais um elemento prejudicial que agrida ainda mais o sujeito mediante o processo de hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Conforme Moretto (2001), a Psicologia tem como essência dar voz à subjetividade do sujeito que se encontra em estado de adoecimento que até então era silenciada pela medicina. Assim, a Psicologia Hospitalar se interessará pela forma como o sujeito doente enxerga a sua enfermidade, isto é, o modo como esta situação foi ressignificada pelo mesmo, não direcionando atenção exclusivamente para a doença em si (SIMONETTI, 2011).

Teoricamente, a função do profissional de Psicologia demonstra-se ser de fácil execução ao público leigo, como de modo simplista para os demais profissionais da saúde, onde estará inserido em uma equipe com outros profissionais sendo da sua área ou não, tendo que se desvencilhar de uma perspectiva estruturalmente clínica. Deste modo, Almeida (2000) retrata que o âmbito hospitalar é marcado pela hierarquização do saber médico e do nível de formação, assim, a Psicologia Hospitalar buscará se contrapor a um modelo médico já cristalizado para compreender melhor de fato a complexidade de todo o processo do sujeito.

Portanto, a Psicologia Hospitalar insere-se em um novo campo de atuação, no qual o interesse no ser humano se dá de forma holística, de tal modo que sua prática se favorece das articulações estabelecidas entre as mais diferentes áreas do conhecimento existente entre a esfera social e institucional (SIMONETTI, 2011).

### 3. A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A comunicação entre si configura-se como sendo um elemento constituinte da prática dos profissionais de saúde, implicando no diálogo entre eles próprios, com os familiares bem como com os pacientes com prognóstico desfavorável. Deste modo, usufruir de competências para o ofício da comunicação para com o outro é de tamanha relevância ao permitir possibilitar uma atenção de qualidade em serviços voltados para a área da saúde (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Nessa medida, o processo de comunicação em si para com outra pessoa é importante para que haja uma construção de uma relação entre sujeitos e com sujeitos. Portanto, a comunicação se caracteriza por "tornar comum entre duas ou mais pessoas de um grupo de interesse uma determinada informação ou conhecimento disponível" (MARANHÃO; MACIEIRA, 2004, p. 210).

Mediante as circunstâncias em que o sujeito se encontra no presente momento, a comunicação pode se caracterizar e ser ressignificada de diversas formas para o mesmo. Ou seja, variando a forma de como se configura o contexto do ambiente, a expressão designada "comunicação" pode ser delineada de diversas maneiras, sendo compreendida como qualquer cenário no qual haja uma relação mútua entre sujeitos havendo o diálogo entre eles próprios (PRIMO; GARRAFA, 2010).

Através da comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente enfermo, o sujeito tem consigo a autonomia para utilizar-se de sua experiência existencial para decidir tomar posicionamentos ou até mesmo decisões a respeito da informação repassada, podendo decidir internalizar determinada informação que lhe dê maior sentido naquele respectivo momento. Desta forma, nem toda informação transmitida para o outro significa que houve a ocorrência de uma comunicação, entretanto, toda forma de comunicação cometida em sua ação prática requer que em sua estrutura envolva a propagação de uma informação (OLIVEIRA et al., 2004).

Ainda no que concerne a comunicação, para que a sua ocorrência seja efetivada de fato é necessário que exista o primeiro contato com uma pessoa, sendo que esta ação preliminar pode vir à tona nas mais diversas configurações e formas em sua concretude perante a realidade. De acordo com Freitas (2009), o primeiro elo existente entre duas pessoas decorre por meio do contato, aproximação esta que pode ser caracterizado por meio da postura, da observação, da gesticulação, do suspiro, do silêncio, do toque, da aceitação ou até mesmo da percepção de tensões musculares.

Dispondo dessa prática alicerçada na função do profissional de saúde, o mesmo deverá proporcionar um processo de comunicação harmoniosa para com o sujeito que venha a possuir algum tipo de relacionamento no qual haja a comunicação sendo ela de forma verbal ou não. De tal modo, a habilidade em comunicar-se permite ao sujeito que profere a palavra aperfeiçoar seu arcabouço teórico juntamente com seus conhecimentos já construído ao longo da sua existência, adquirir prazer ao mitigar suas necessidades, bem como no processo de transmissão de seus respectivos pensamentos e sentimentos mediante aquela circunstância, interagindo e tomando conhecimento do outro a partir do contato estabelecido (PEREIRA, 2005).

O desenvolvimento quanto o fortalecimento dessas habilidades orientada ao modo de comunicação dos profissionais da saúde viabiliza fomentar possíveis relações interpessoais que disponha de qualidade mediante a sua transmissão, principalmente, no que tange a sujeitos enfermos e seus familiares. Nesse sentido, ao se buscar minimizar as necessidades dos sujeitos enfermos, é imprescindível compreender que os profissionais de saúde bem como os doentes em si caracterizam-se como sujeitos detentores de crenças, princípios e valores únicos sendo distintas em suas formas, se detendo a uma visão holística do sujeito, respeitando-o sem a ocorrência de futuros julgamentos (PEREIRA, 2005).

Ao se deparar com a enfermidade que lhe aflige e todo o processo de hospitalização e/ou despersonalização ocasionado pela entrada na instituição hospitalar, o sujeito enfermo se depara com a incerteza frente ao mundo, questionando-se constantemente da sua funcionalidade perante as suas responsabilidades e/ou cargos ocupados em um momento precedente a esse processo. Conforme Borges et. al. (2012, p.115), “[...] sentimentos de insegurança, medo da dor, da morte e do desconhecido [...]” são possíveis de virem à tona ao longo desse processo de entrada no âmbito hospitalar, de tal modo que a negligência referente ao cuidado manifesta-se de forma cristalizada na conjuntura hospitalar.

Dessa forma, o modo como será transmitido a má notícia para o sujeito o qual possui alguma doença crônica ou que não possui mais a obtenção de uma possível cura poderá agravar ainda mais o quadro do paciente em questão. Segundo Sombra Neto et. al. (2017), o modo como é comunicado pode prejudicar a forma como o sujeito recebe o diagnóstico, tendo influências nos relacionamentos familiares quanto pessoais, na relação até então estabelecida com o médico, no desejo por melhorar a sua qualidade de vida quanto a aceitação diante do tratamento ofertado ou até mesmo da supressão da esperança após receber determinada informação a seu respeito.

Nessas circunstâncias, o profissional de saúde tomará como uma das funções do seu ofício repassar determinada informação para o sujeito enfermo e/ou para a família que encontra-se no local. Assim, esse processo não pretende transmitir a morte de forma anunciada, ou seja, de modo repentino, mas sim, almejar comunicar aos familiares e principalmente ao paciente com prognóstico desfavorável sobre a escassez de artifícios que venha a promover a restauração da saúde e vitalidade do mesmo (SILVERIO, 2011).

Conforme a atitude do profissional frente a essas situações cotidianas imprescindíveis do seu ofício, Silva (2012, p. 50) aborda que é necessário saber que:

cada processo de comunicação exige uma técnica adequada ao seu conteúdo. [...] a maneira de dar uma má notícia varia de acordo com a idade, o sexo, o contexto cultural, social, educacional, a doença que acomete o indivíduo, seu contexto familiar... [...] a eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para utilizar a técnica adequada em cada circunstância.

Dessa forma, Grinberg (2010) descreve que a comunicação direcionada a outra pessoa pode modificar drasticamente a vida da mesma, podendo acarretar no desencadeamento de benefícios e/ou tranquilizando-o ou até mesmo podendo prejudicar radicalmente todo o processo já iniciado, dependendo da forma que essa informação for pronunciada. Portanto, não há um modelo padrão adotado pelos profissionais do âmbito hospitalar para agir com os demais pacientes e familiares.

Nessa perspectiva, a transmissão de uma notícia que possua um caráter negativo para o sujeito pode afetar plenamente o modo que este compreende o mundo bem como a sua forma de funcionamento frente a enfermidade bem como a seu futuro. Dando seguimento às ideias de Grinberg (2010), caso a emissão da má notícia seja expressa de forma inadequada, poderá à vir afetar negativamente o modo de funcionamento do sujeito, prejudicando seriamente o mesmo a possuir ou a desenvolver e/ou fortalecer uma perspectiva futura de vida.

De acordo com os autores Primo e Garrafa (2010), a compreensão do esclarecimento concedido pela figura do médico e a maneira como o paciente experiencia a enfermidade irá variar de acordo com a percepção de cada pessoa, envolvendo e circundando em torno de diferentes aspectos da doença, como o sociocultural, o psicossocial e o patológico que necessitam ser compreendidos individualmente. Assim, tanto o profissional de saúde como o paciente em questão podem assimilar a transmissão da má notícia sobre diferentes prismas, isto é, pode ser compreendido mediante perspectivas distintas (SILVERIO, 2011).

De outro modo, o entendimento do paciente sobre o que lhe é dito não se dá somente pela expressão verbal da figura do médico ou de outro profissional da área da saúde que tenha que lhe repassar a notícia, podendo ao se manifestar não demonstrar uma consonância entre a

expressão verbal com a não-verbal. Ferreira (2000) aborda que a expressão não-verbal pode se dá a partir do modo como a sujeito, no caso o profissional transmissor da má notícia, se dispõem em relação ao espaço em que esteja inserido, mediante a postura, a atenuação da voz seguido da gesticulação ao pronunciar a notícia quanto a sua expressão facial.

A comunicação em si pretende proporcionar uma minimização do sofrimento dos familiares presentes, enquanto que para o paciente esse modo de comunicação pode ser gerada como uma forma de reduzir a ansiedade ou até mesmo as expectativas diante de um possível diagnóstico agravante, visando ao longo do tratamento preservar a autonomia seguida da participação do sujeito enfermo neste período tão crítico de suas vidas. De acordo com Silva (2012), para a eventualidade da ocorrência de uma boa morte é preciso que a autonomia e a dignidade trilhem o mesmo caminho juntos.

Portanto, o processo de comunicação precisa ser realizado em algum momento do tratamento, visando alcançar o êxito bem como o fortalecimento do paciente e de seus respectivos familiares. A comunicação de más notícias se configura como uma das ações mais complexas quando se trata de relações interpessoais envolvendo duas ou mais pessoas, desta forma, frente a essa circunstância crítica, a comunicação precisa ser bem transmitida ao ponto de não desencadear repercussões físicas e/ou gerar malefícios para o âmbito familiar e social do sujeito (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

#### **4. O PACIENTE COM PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL**

Prestes a realizar o ato de transmitir a má notícia, o profissional precisa ter em mente que o paciente enfermo pode-se encontrar muitas vezes em um estado crítico, havendo a necessidade de ser qualificado ao ponto de conseguir estabelecer um bom contato para com o mesmo. De acordo com Domingues et al. (2013), o paciente com prognóstico desfavorável se configura sendo aquele sujeito no qual sua condição de saúde encontra-se tão agravada que já não é mais possível proporcionar a restauração da mesma como tornar viável sua comodidade e sensação de bem-estar.

Enquanto que para Gutierrez (2001) esse mesmo processo se constitui quando as alternativas do sujeito se tornam limitadas ao ponto de que sua aproximação com a morte se torne um encontro previsível e inevitável, onde já não é mais possível reverter esse processo de caminhada já iniciado pelo paciente.

Seguindo essa mesma perspectiva de identificação, Ribeiro e Leal (2010, p. 79) evidencia que o paciente com prognóstico desfavorável é “[...] aquele internado em unidades intensivas, onde a gravidade dos problemas de saúde requer cuidados especializados e

ininterruptos”. Desta forma, o sujeito frente a seu estado crítico requer uma atenção redobrada dos profissionais diferentemente do indivíduo que chega ao hospital apresentando uma queixa onde não é preciso efetuar a internação, ou seja, se caracterizando como um processo aparentemente fácil de ser solucionado.

Apesar das classificações adotadas por alguns autores e da própria literatura que aborda esta temática, conceder um diagnóstico referente a um paciente com prognóstico desfavorável ainda se evidencia na atualidade como um momento complicado à prática do profissional de medicina, pois não envolve somente o olhar de um único e exclusivo profissional. Mesmo havendo a ocorrência de uma “[...] avaliação crítica, neutra e isenta de preconceitos [...]” (QUINTANA et al., 2006, p. 418) os profissionais ainda acabam por adotar uma postura temerosa em dispor de um posicionamento para o qual assegure fielmente que um paciente disponha de um prognóstico desfavorável ou não.

No tocante ao impasse existente referente a uma conceituação que determine se caracteriza ou não como um sujeito com prognóstico desfavorável, Gutierrez (2001) aborda que os obstáculos que perdura ao longo do tempo não interferem de forma alguma nos benefícios que pacientes e suas devidas famílias, nem mesmo os profissionais de saúde envolvidos podem possuir ao reconhecer esta condição existencial e natural do processo evolutivo de todo ser humano.

O paciente em torno da sua enfermidade pode passar por diversos percursos no qual irá necessitar de um suporte proveniente do seu ciclo familiar quanto dos profissionais que estejam ao seu redor. De tal modo, o sofrimento espiritual e físico pode manifestar-se ao longo dessa fase terminal do sujeito, onde o núcleo familiar possui um poderoso papel no que diz respeito ao processo no qual irá acolher e adaptar-se a situação quanto ao modo de funcionamento do paciente com prognóstico desfavorável (BRAGA et al., 2010).

A necessidade de dispor de suportes emocionais desde familiares e/ou profissionais mediante essa fase de sua vida se dá pelo simples fato do sujeito está inserido em um local que muitas vezes é mais adoecedor do que seu próprio estado de saúde, deparando-se constantemente com situações que vão contra a sua própria vontade. Desta forma, Angerami-Camon (2010) trata que esses aspectos surgem devido ao processo de hospitalização, no qual muitas situações se caracterizam como abusivas e invasivas a este, onde o paciente com prognóstico desfavorável não é respeitado perante os seus limites, vontades e suas exigências.

Dando seguimento às ideias Angerami-Camon (2010, p. 93), “[...] além da debilidade orgânica inerente à própria doença, carrega o fardo de alguém “desacreditado” socialmente, seja em termos de capacidade produtiva, seja em termos da mitificação de que se reveste a

problemática da doença”. Desta forma, com o passar do tempo o paciente com prognóstico desfavorável pode perceber-se esquecido ou até mesmo sendo rejeitado nas suas mais diversas situações cotidianas, podendo ser desde situações familiares até âmbitos nos quais produziam ou frequentava num momento anterior a sua entrada no hospital.

Ao adentrar no processo de hospitalização, se caracterizando de fato como um paciente com prognóstico desfavorável, o mesmo caminha em uma direção que vai contra, muitas vezes, dos seus princípios éticos seguido de seus valores morais. Campos (1995) discorre que ao ser efetivado o processo de internação, o paciente em questão se ver obrigado em abster-se da presença de seus familiares, podendo se suceder naquele espaço uma mortificação do eu, isto é, a supressão da subjetividade do paciente, podendo agravar-se ao ponto de ser reconhecido por meio da nomenclatura da sua enfermidade ou sendo através de um simples número de prontuário, tratamento este que nem sempre chegará ao paciente de forma humanizada.

Logo, Gomes e Próchno (2015) discorrem sobre a existência de uma desestruturação emocional do paciente, efeito no qual se sucede devido a gama de fatores causado pelo processo de hospitalização em si quanto da enfermidade que acomete o mesmo. Desta forma, o paciente se depara com a sua finitude que a tanto almejava distanciar-se dela através dos meios disponíveis que estavam ao seu alcance.

Visualizando a condição existencial do paciente com prognóstico desfavorável de outro prisma, essa situação se caracteriza perante a sociedade como algo que lhes causa repulsa, no qual a sociedade de um modo geral abomina essa condição do ser humano, batalha esta impossível de ser vencida. Logo, o sujeito frente à contemporaneidade é impulsionado por um desejo incessante de estender o seu tempo de vida, preservando-se de uma possível enfermidade, cobiçando por um imaginário ideal de saúde, bem-estar e até mesmo de um corpo perfeito adotado como forma de satisfação plena do ser, esquivando-se totalmente da ideia no qual a morte faz parte inerente do processo constitutivo do ser humano (IMANISHI; SILVA, 2016).

Mediante esse pensamento, torna-se pertinente um olhar que vise à totalidade do sujeito, ou seja, da sua integralidade. Conforme Ismael (2010), o processo de hospitalização é capaz de acarretar um apagamento do sujeito, de tal modo, que os processos sociais, emocionais entre outros precisam ser levados em consideração para a obtenção de uma compreensão mais apurada e precisa.

Ao buscar dialogar em prol de apenas e tão somente curar a doença, coloca o paciente com prognóstico desfavorável em uma posição de aniquilamento da sua voz quanto da sua

participação perante o tratamento. Conforme Kübler-Ross (2008), o paciente é mantido em um lugar no qual o seu direito de opinar demonstra-se limitado ou praticamente inexistente nesse espaço, onde a decisão final sobre o sujeito parte sempre de um terceiro, isto é, da figura de um profissional de saúde, o qual desconsidera desejos, sentimentos, pontos de vistas e o que é dito pelo paciente.

Desta forma, mesmo diante de todo aparato tecnológico existente na contemporaneidade para estender o tempo de vida, o sujeito busca entre todos os modos distanciar-se cada vez mais da morte e da sua finitude. Nesse sentido, Kovács (2013) elucida que o medo é o estado emocional habitualmente adotado pelo sujeito ao perceber-se diante da cessação da sua existência. Desta forma, o temor direcionado ao morrer se configura de forma universal, ou seja, “[...] independente da idade, sexo, nível socioeconômico e credo religioso” (p. 15).

Episódios como fuga ou até mesmo o uso de estratégias para fugir desse processo inevitável que é a morte, não se configura como um evento originado na atualidade, revelando ter suas raízes em tempos passados, tipificando-se atualmente como um tabu para sociedade. Contudo, a sociedade encara a cessação da vida, ou seja, a morte, através de bloqueios que causam a minimização dos debates nos seus mais diferentes níveis e/ou afastando ou restringindo o contato das crianças perante esse contexto julgado como aversivo pela sociedade (KÜBLER-ROSS, 2008).

Ao adotar para si esse posicionamento e comportamento perante a sua realidade existencial, o sujeito em si bem como o paciente com prognóstico desfavorável remete a morte associada a um local despovoado, sem a presença de pessoas ou familiares. Kovács (2014) considera que a suspensão da vida pode transformar-se em um evento solitário, havendo a omissão diante da manifestação de rituais e da expressão do sofrimento dos respectivos familiares do paciente, assim, prolongar o tempo de vida do paciente enfermo pode ocasionar o surgimento de estresse e conflitos entre a equipe de profissionais envolvidos, familiares e o próprio paciente em questão.

Desta forma, dialogar sobre a morte com o paciente com prognóstico desfavorável evidencia-se de forma dificultosa na sociedade, entretanto, avanços significativos tem ganhado notoriedade com a finalidade de que haja uma mudança de comportamento. Assim, “a morte é algo difícil de falar em nossa cultura, justamente pela inquietação, medo e ansiedade que dela suscita” (ROCHA; FONSÊCA; SALES, 2019, p. 34).

## **5. COMPREENDENDO OS CUIDADOS PALIATIVOS**

Com o progresso nos avanços tecnológicos e científicos, a vida nos últimos anos tem se tornado um dos fatores enfatizados nos estudos de pesquisadores e profissionais da saúde, tendo como objetivo maior prolongar cada vez mais a existência do ser humano. De acordo com Gomes e Othero (2016), mediante os debates sobre a existência humana, é perceptível visualizar que a vida quanto o seu tempo de duração nela tem se prolongado, isto é, o ser humano tem encontrado recursos capazes de prolongar o seu tempo de vida em seu meio social. Mesmo diante dos esforços e conquistas, a morte ainda se caracteriza como a única certeza na vida do ser humano, ameaçando consideravelmente o ideal de cura na qual os profissionais de saúde são instruídos ao longo da sua formação acadêmica (MATSUMOTO, 2009).

Em consonância aos progressos efetuados na sociedade quanto na medicina, se sucedeu um movimento contrário no que se trata as condições de vida das populações de um modo geral. Apesar de todos os avanços ocasionados ao longo do tempo frente à ampliação do tempo de vida do ser humano, em contrapartida, se sucedeu uma multiplicação no número das doenças crônicas quanto à elevação de casos no qual os pacientes não conseguiram obter a cura daquela respectiva enfermidade (CHAVES et al, 2011).

Em contramão ao pensamento vigente da contemporaneidade, estender a existência do ser humano não é sinônimo de bem-estar, isto é, dispor da mesma qualidade de vida de anos anteriores. Para Matsumoto (2009), a ampliação do tempo de vida do sujeito não está associada necessariamente na qualidade de vida do mesmo, podendo este já ter sofrido por enfermidades graves ou já ter iniciado o processo de velhice.

Outro pensamento comumente característico da sociedade contemporânea, principalmente quando se trata da pessoa leiga, é colocar em pauta que serviços com a finalidade paliativa não desencadeia efeitos eficazes para o paciente já em seu processo de finitude. De acordo com Pessini e Bertachini (2006), a sociedade detentora de uma compreensão simplista visualiza as ações paliativas como uma ferramenta incapaz de resultar avanços significativos na vida do paciente, no qual a realidade permanecerá inalterada ou que o problema não será de fato minimizado ou solucionado.

Os cuidados em saúde direcionados ao outro não é um processo iniciado juntamente com a modernização das pesquisas ou dos avanços dos maquinários utilizados na prática médica, mas sim, a um processo capaz de ser visualizado desde os tempos mais remotos da humanidade. Para Santos (2011, p. 3), abordar a história referente aos cuidados em saúde quanto aos cuidados paliativos é “remontar à origem da humanidade e à ligação histórica entre saúde e religião”.

Assim, o surgimento das enfermidades bem como do sofrimento desencadeado acompanha o homem desde o seu surgimento na terra nas mais diferentes culturas, levando o mesmo a buscar meios para sanar ou aliviar o sofrimento. Conforme Santos (2011), as civilizações mais antigas como a xamã, a egípcia, a caldeia, a chinesa e os povos hindu foram os primeiros povos a colocar em prática procedimentos que aliviasse o sofrimento desde os aspectos físicos até demandas espirituais. Enquanto que para Pessini e Bertachini (2006), desde as civilizações mais antigas o apoio bem como o suporte necessário e a comodidade já eram ofertados pela sociedade aos sujeitos que possuíam algum tipo de enfermidade grave ou que já estavam em seu processo em que a obtenção da cura não era mais viável.

O Profissional de Psicologia no âmbito hospitalar atua não só com o paciente em questão, mas também com seus respectivos familiares, ferramenta esta que é conhecida popularmente como Cuidados Paliativos. Conforme Maciel (2008), os Cuidados Paliativos revelam-se como sendo um processo de envolvimento profundo do profissional sendo tido de tamanha relevância não só para o paciente em específico como para seus familiares que lhe acompanham nesse percurso, distanciando-se cada vez mais de um processo de finitude marcado por momentos conturbados e de excessivo sofrimento de forma demasiada.

Desta forma, os Cuidados Paliativos evidenciam-se como um processo que vai muito mais além de uma tentativa de adiar a morte. Conforme Pessini e Bertachini (2006), os Cuidados Paliativos podem auxiliar no processo de uma maior naturalização dos processos frente a morte e o morrer.

Assim, os Cuidados Paliativos teve seu princípio proveniente do termo hospice que provém do latim hospes que quer dizer estrangeiro ou estranho, ou seja, era utilizado para “descrever um local de acolhida para peregrinos e viajantes, uma hospedaria” (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 9). No entanto, na língua portuguesa o termo tomou uma conotação negativa, ou seja, foi incorporado como hospício, lugar este voltado para tratar de pessoas com doenças mentais (SANTOS, 2011).

Portanto, o termo paliativo origina-se do latim pallium, significando manto ou capote, sobretudo, diferentemente do que aborda na maioria da literatura referente aos cuidados paliativos, esse manto em específico carrega consigo uma simbologia quanto um significado próprio (SANTOS, 2011). Etimologicamente, os cuidados paliativos referem-se à providenciar um manto que tenha como finalidade aquecer “aqueles que passam frio”, de tal modo que esses pacientes já em seu processo de terminalidade não podem mais ser ajudados pelos profissionais de medicina (PESSINI; BERTACHINI, 2006). Nesse sentido, Santos

(2011, p. 4) complementa ainda que “em latim, pallium ou pallia e o omoforium são vestimentas usadas pelo Papa e pelo bispo, respectivamente”.

Posteriormente, o termo hospice foi representado portando outros significados como “[...] hospitalis significava uma atitude de boas-vindas ao estranho; hospicium significava hospitalidade, alojamento [...]” (SANTOS, 2011, p. 4). Diferentemente das traduções de língua portuguesa que caracteriza o termo hospice como sinônimo de hospício, ou seja, em nossa língua concerne a uma instituição tendo como propósito maior atender indivíduos portadores de alguma doença mental (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Após inúmeras transformações diante do significado do termo hospice, foi perceptível notar conotações distintas quando comparadas com a palavra hospital, estando esta inserida na língua portuguesa. De acordo com Santos (2011), a palavra hospice tem o seu significado direcionado ao público carente como também aos pobres, portadores de necessidades especiais, sujeitos com doenças que não respondem mais positivamente ao tratamento proposto e sujeitos com alguma enfermidade, enquanto que o termo hospital é voltado para sujeitos enfermos que terão a sua estadia naquele local em um curto espaço de tempo, isto é, que possuem ainda alguma perspectiva de cura futura bem como a sua saída do hospital.

O paciente enfermo que chega ao hospital nem sempre carregará consigo recursos necessários para poder suportar determinadas situações perante o âmbito hospitalar. Assim, o paciente com prognóstico desfavorável durante todo o decorrer da sua enfermidade poderá apresentar as mais diversas limitações e/ou fragilidades tanto de natureza psicológica, física, espiritual como também demandas sociais (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Portanto, o sujeito enfermo mediante essas possíveis situações necessita ser visualizado e cuidado a partir de um outro prisma pelo profissional de saúde. Para Santos (2011), o que permeia notar a diferenciação entre os cuidados humanitários para os cuidados paliativos seja a introdução do fator morte.

Dessa forma, os cuidados paliativos objetivam-se fornecer bem-estar ao paciente com prognóstico desfavorável nos momentos que antecede a sua morte. Assim, Firmino (2005) define os cuidados paliativos como um modo que tem como intuito dar o suporte necessário para sujeitos que não respondem mais positivamente ao tratamento ofertado, se caracterizando por dispor de uma conduta pró-ativa frente aos sinais e sintomas pertencente ao estágio avançado da doença incurável do sujeito.

A conduta dos profissionais de saúde seguindo essa perspectiva de cuidado para com o outro não se deve pautar em olhar somente a doença em si do sujeito com prognóstico desfavorável e/ou do paciente doente. De acordo com Maciel (2008), o ponto central para ser

visualizado com atenção não deve ser a enfermidade em si com a finalidade de ser sanada ou minimizada, mas sim, enxergar o sujeito doente na sua totalidade, dando os subsídios necessários para que o mesmo obtenha autonomia e que se torne ativo mediante as decisões que forem tomadas em seu tratamento.

Diante de uma prática que muitas vezes se configura de forma mecanizada, os cuidados paliativos inserem-se no âmbito hospitalar com o propósito de romper com esse processo cristalizado da atuação de boa parte dos profissionais de saúde. De acordo com Pessini e Bertachini (2006), os cuidados paliativos propõem-se mitigar as manifestações de sofrimento ou quaisquer tipos de padecimento de pacientes com prognóstico desfavorável. Assim, “os cuidados paliativos asseguram, de maneira ampla e otimista, que o sofrimento pode e deve ser aliviado, mesmo diante de uma sobrecarga provocada pela doença” (SANTOS, 2011, p. 13).

Dessa forma, um paciente que se encontra inserido em uma ala pública ou no setor privado de um hospital não lhe restringe de receber o mesmo suporte dado pelos profissionais de saúde, isto é, um cuidado que seja direcionado para a sua totalidade enquanto sujeito. Pessini e Bertachini (2006) aborda que os cuidados paliativos não se restringem a uma categoria como idade, sexo, o tipo de enfermidade, o setor em que esteja inserido ou a um órgão, mas sim, o parecer de um possível diagnóstico onde consiga perceber as reais necessidades especiais do paciente com prognóstico desfavorável quanto da sua respectiva família que lhe acompanha nesse momento.

Consequentemente, os cuidados paliativos não dizem respeito a somente um profissional de saúde em específico, podendo abranger todos os profissionais que compõem a equipe. Conforme Maciel (2009, p. 76-77), estando inserido em um modelo assistencial no qual vise os cuidados paliativos, a equipe de saúde deve contar com os respectivos profissionais, sendo eles:

Um médico em período parcial de trabalho; uma enfermeira bem treinada e que atue em consonância com a enfermeira clínica de origem; uma psicóloga bem treinada na prática de Cuidados Paliativos; uma assistente social, de acordo com a demanda local; outros profissionais não-vinculados diretamente à equipe, mas que atuem em consonância com os princípios dos Cuidados Paliativos e que possam prestar assistência ocasional em situações selecionadas pelo grupo (nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico etc.); [...].

A sociedade de um modo geral assimila os cuidados paliativos como uma ferramenta que é apenas utilizada quando o paciente se encontra com alguma doença que ameace a vida, sobretudo, atualmente é perceptível visualizar outro cenário. Mediante o curso de uma determinada doença sendo ela progressiva, que ameace a vida do sujeito ou que o processo

curativo se evidencia de forma inconcebível torna-se possível nos dias atuais a possibilidade de ofertar os cuidados paliativos já no estágio inicial da enfermidade (PESSINI; BERTACHINI, 2005). Sendo assim, tal ato pode acarretar no prolongamento de vida do paciente enfermo.

De acordo com Santos (2011, p. 13), “[...] cuidado, compaixão, empatia, justiça, resiliência, coragem, humildade e audácia, sensibilidade às diferenças, verdade, espiritualidade e aceitação da morte como parte do ciclo da vida” são algumas das atribuições que o profissional da área da saúde necessita dispor para proporcionar maior eficácia em sua prática para com os cuidados paliativos. Assim, o cuidado de forma individualizada deve proporcionar não só qualidade de vida ao paciente com prognóstico desfavorável, mas sim, englobar no processo todos os familiares presentes (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Portanto, é perceptível a manifestação dos cuidados paliativos apenas nos âmbitos institucionais, ou seja, percebida a sua prática somente nos âmbitos hospitalares e/ou nos hospices. Conforme Pessini e Bertachini (2006), a prática dos cuidados paliativos pode se suceder no próprio domicílio do paciente com prognóstico desfavorável, nas próprias instituições hospitalares ou nos hospice, sendo esta última instituição designada unicamente para paciente que possuem alguma doença que ameace a sua vida.

Em suma, essa nova perspectiva de cuidado para com o outro procura trabalhar juntamente com o paciente com prognóstico desfavorável e seus respectivos familiares um processo que até então se caracterizava de forma solitária, de tal modo que o paciente era excluído do seu próprio processo. Matsumoto (2009) aborda que a inserção dos cuidados paliativos no âmbito hospitalar proporciona aos sujeitos que estão em volta desse processo perceber o processo de finitude como um ciclo natural da existência humana, enfatizando para o sujeito com prognóstico desfavorável a vida que ainda pode ser vivida, isto é, aproveitar da melhor forma cada instante que lhe resta.

## **6. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Sabe-se que a prática do profissional de Psicologia Hospitalar difere dos demais campos de atuação existentes na contemporaneidade. Ao estar inserido em uma equipe de cuidados paliativos, este profissional em questão necessita adotar uma postura focalizada no cuidado para com o outro em relação a esse processo irreversível da existência humana. É imprescindível a adoção de uma perspectiva multidisciplinar que conceba a possibilidade de visualizar o processo de forma harmônica e sem a ocorrência de julgamentos, onde a probabilidade de conter ou até mesmo de minimizar sintomas sendo eles de ordem social,

física, espiritual e psicológica seja manifestada de forma mais acentuada do que por uma busca propriamente dita de um processo curativo (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

É fundamental que o profissional de Psicologia, diante de pacientes com prognóstico desfavorável, saiba que mesmo dispondo de uma vasta bagagem teórica, é essencial que se mantenha atento ao reconhecer que fatores ambientais podem se configurar de modo positivo ou não ao tratamento ofertado ao paciente. Conforme Ribeiro e Leal (2010), da mesma forma que pode favorecer positivamente no processo de recuperação orgânica do sujeito enfermo que se encontra em cuidados paliativos, o ambiente em si também pode se caracterizar de modo que favoreça ainda mais para contribuir na desestruturação psíquica do mesmo.

Considerando todo o processo de exclusão, solidão e despersonalização do sujeito gerado principalmente pelo processo de hospitalização, o profissional de Psicologia mediante a sua prática hospitalar buscará romper com esse modo de funcionamento vigente, no qual restringe das mais diferentes formas a participação do paciente doente. Nesse sentido, dispondo de uma escuta apurada que se difere dos demais profissionais, o profissional de Psicologia abre espaço para que o paciente com prognóstico desfavorável expresse livremente sua subjetividade seguido de seus sentimentos referente ao processo, bem como suas angústias, medos e limitações, ou seja, essa forma de condução rompe com a ideia de sujeito excluído para dar voz ativa ao sujeito perante o seu processo (RIBEIRO; LEAL, 2010).

Percebendo como uma das possibilidades adotadas pelo profissional de Psicologia, a escuta clínica pode se configurar como uma grande ferramenta capaz de facilitar todo o processo do paciente agravado por uma doença que não haja a possibilidade de obtenção de cura, isto é, que ameace a existência do sujeito. De acordo com Nunes (2009), a utilização desse utensílio pode contribuir significativamente no decorrer do tratamento com a finalidade de auxiliar o paciente em questão a identificar e ressignificar a percepção negativa acarretada de perdas, sofrimentos e tristezas.

Nesse sentido, compreender ou mesmo visualizar o sujeito com prognóstico desfavorável na sua totalidade requer do profissional de Psicologia uma preparação no que diz respeito ao seu autoconhecimento, ou seja, a elaboração de um fortalecimento para que disponha de um suporte psicológico bem estruturado para direcionar o seu cuidado para um sujeito doente. Mediante essa busca de conhecer a si mesmo, Campos (1995, p. 59) aborda que todo este processo tem como finalidade “[...] facilitar a compreensão e o manejo adequados do doente”.

Quanto a contribuição do profissional de Psicologia mediante o manejo para com a família do paciente, desde a sua inserção até a participação da mesma no processo, Franco

(2008, p. 74) aborda a importância da inclusão da família “[...] como parte da indivisível unidade de cuidados, mesmo que estes tenham que ser observador em sua especificidade”. Tendo como finalidade maior confortar familiares e entes queridos próximos ao ponto destes não se sentirem desamparados nesse período crítico.

Neste sentido, para que os Cuidados Paliativos sejam colocados em prática de forma eficiente depende, sobretudo, de uma abordagem multidisciplinar, de tal modo, que a junção de diversos profissionais resulta em uma assistência de forma harmônica correspondendo ao sujeito enfermo e a sua família, sendo assim, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional necessitam possuir um tratamento que seja eficaz para estes pacientes enfermos (CARDOSO et al., 2013).

Em uma unidade hospitalar se faz necessária a presença de uma equipe multidisciplinar, em que o profissional de Psicologia se caracteriza como sendo um elemento de grande relevância para o restante da equipe. De acordo com Oliveira (2008, p. 49), além do psicólogo, a equipe de cuidados paliativos é composta por “[...] assistente social, farmacêutico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), terapeuta ocupacional, enfermeiro(a), [...] nutricionista, dentista e outros [...]”. Quando unidos, a atenção da equipe não se restringe somente ao paciente em si, mas também aos familiares do paciente enfermo.

Quanto à atuação do profissional de Psicologia na equipe de Cuidados Paliativos, Hermes e Lamarca (2013, p. 2583) abordam que:

O trabalho do psicólogo em cuidados paliativos consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família, que permita a ela conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases, além de buscar a todo tempo, maneiras do paciente ter sua autonomia respeitada.

Portanto, a atuação do profissional de Psicologia em Cuidados Paliativos é norteada em prol da qualidade de vida do paciente enfermo e/ou com prognóstico desfavorável, ofertando o suporte necessário para familiares com a finalidade de compreender as mais diferentes facetas da enfermidade que o aflige, buscando alternativas para que a autonomia e a dignidade do sujeito enfermo não sejam jamais violadas.

Desta forma, a atuação dos demais profissionais dependerá das características pessoais dos mesmos como da profissão de cada um, de tal modo, que o espaço para atuação pode ser o mesmo para todos. Assim, é preciso que os profissionais de saúde que compõem a equipe adentrem o espaço sem receio, espaços estes que podem ser os postos de saúde, em um ambulatório de hospital público, no programa de Saúde da Família, dentro de uma enfermaria

ou até mesmo proporcionando o suporte necessário na assistência domiciliar (OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido, a equipe de Cuidados Paliativos visualizará o paciente com prognóstico desfavorável na sua totalidade, assim, Matsumoto (2009), inclui a dimensão espiritual entre as dimensões do ser humano, dimensão essa que até então era desconsiderada por a grande maioria dos profissionais da área da saúde.

Cabe ao profissional de Psicologia juntamente com a equipe multiprofissional proporcionar maior qualidade de vida e bem-estar mediante o processo de finitude do sujeito enfermo. Portanto, mediante a rede de saberes e práticas da equipe multiprofissional será possível visualizar efeitos significativos em unidades de cuidados desde pacientes enfermos até seus familiares (OLIVEIRA, 2008). Assim, a rede de atenção possibilitará enxergar o sujeito de forma holística, possibilitando viabilizar o suporte necessário para a vida do mesmo, incluindo os familiares, de tal modo, que os profissionais possam abarcar todos os sujeitos sem a diferenciação e/ou que os mesmos sintam-se negligenciados, maltratados ou até mesmo abandonados naquele espaço pelos profissionais de saúde (MACIEL, 2008).

Assim, a atuação do profissional de Psicologia pretende valorizar no sujeito o que lhe foi retirado desde a sua inserção no âmbito hospitalar. Desta forma, o profissional de Psicologia Hospitalar estando na equipe de cuidados paliativos terá a sua atuação marcada por processos concernentes ao valor, a qualidade de vida e bem-estar bem como ao significado da vida, aspectos que eram até então negligenciados (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Desta forma, o profissional de Psicologia enfrenta constantemente obstáculos mediante a sua atuação hospitalar, pois encarrega-se de colocar em prática procedimentos ignorados pela equipe médica e/ou pelo restante dos profissionais que compõem a equipe. De acordo Porto e Lustosa (2010), o Psicólogo Hospitalar proporcionará subsídios para que o doente consiga lidar melhor com sua respectiva situação atual bem como ressignificar o sentido da vida no presente momento vivenciado pelo mesmo.

A falta de profissionais de Psicologia capacitados para a prática em cuidados paliativos, o número reduzido de profissionais, a sobrecarga de atividades e o despreparo emocional, são algumas dificuldades que os profissionais de Psicologia enfrentam mediante o seu exercício profissional diante da equipe de cuidados paliativos (ALVES, R.F. et al., 2015).

Outro fator agravante na prática do profissional de Psicologia em cuidados paliativos é o despreparo ao comunicar sobre o diagnóstico. Dessa forma, Torres (2018) constata a relevância do vínculo estabelecido entre o profissional para com o paciente enfermo e seus familiares, dessa forma, conseguirá adquirir ao longo do tempo maior abertura e experiência

para realizar a transmissão da má notícia de forma acolhedora. Outra condição bastante presente na atualidade é o fato de ignorar a subjetividade do sujeito enfermo que ali se encontra, onde muitas vezes “[...] é tratado apenas por sua enfermidade, sendo isso a despersonalização e coisificação da pessoa” (TORRES, 2018, p. 371).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, ao longo do trabalho é perceptível a relevância dos cuidados paliativos bem como da figura do profissional de psicologia hospitalar inserido na equipe de cuidados paliativos no qual tem como finalidade auxiliar no processo de uma maior naturalização dos processos frente a morte e o morrer, de tal forma que os cuidados ofertados são colocados em prática de forma humanizada, visando o sujeito doente na sua totalidade, isto é, de modo integral, sem a ocorrência de julgamentos e negligências.

Assim, o psicólogo hospitalar pode contribuir positivamente no andamento do tratamento do paciente com prognóstico desfavorável, proporcionando ao mesmo bem-estar e qualidade de vida nesse momento crítico que é o processo de finitude do sujeito doente. Dessa forma, a psicologia hospitalar no Brasil vem ganhando espaço e sua prática sendo fortalecida cada vez mais através de intervenções e tratamentos eficazes por profissionais especializados que atuam no âmbito hospitalar.

A morte é um processo natural da existência humana, evidenciado principalmente quando se trata do âmbito hospitalar. Muitas vezes o paciente enfermo sofre um processo de despersonalização tendo seus direitos básicos violados, assim, tanto pela falta de informação ou por não saberem se posicionar frente o caso muitas famílias não buscam modificar situações que podem ser caracterizadas como adoecedoras para o sujeito.

Conforme a revisão da literatura nota-se que a atuação do profissional de Psicologia é de extrema importância para o âmbito hospitalar, visto que este profissional tem sua prática voltada para o relacionamento entre os demais profissionais como também para o paciente e seus familiares, possuindo como foco em sua atuação promover o bem-estar e qualidade de vida do paciente nos momentos finais de sua vida, objetivando tornar o sujeito ativo e valorizando a autonomia do mesmo, ou seja, colocando o paciente em uma posição na qual possa participar ativamente do seu processo.

O profissional de Psicologia tem sua atuação pautada frente ao paciente, a família e equipe de saúde. Tratando-se da morte, é necessário que este profissional seja qualificado e que possua habilidades e experiências como a utilização da escuta ativa, do suporte voltado

para a família e o sujeito doente e que mantenha um bom relacionamento com os demais profissionais pertencentes a equipe.

Vale ressaltar que o profissional de Psicologia juntamente com a equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos atuam necessariamente na compreensão da subjetividade do sujeito doente no seu processo de terminalidade, de forma que seja de forma humanizada e que o paciente seja percebido na sua totalidade, proporcionando uma melhor assistência e bem-estar quanto a minimização do sofrimento acarretado pelo processo de hospitalização.

Sendo assim, espera-se com este estudo contribuir nos debates acerca do tema em questão. Ressalta-se ainda, o interesse do pesquisador em dar continuidade ao tema, ampliando assim, pontos que aqui não puderam ser trabalhados com maior profundidade.

Em suma, os cuidados paliativos ainda têm um longo caminho à percorrer, visto que essa temática ainda é pouco discutida em âmbitos acadêmicos e entre os próprios profissionais de saúde, necessitando de uma maior discussão para a ampliação do conhecimento e de intervenções.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. C. O psicólogo no hospital geral. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 24-27, setem. 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300005)>.

Acesso em: 02 Setem. 2019.

ALVES, R. F. et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 165-176, 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922015000200165&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000200165&lng=en&nrm=iso)>.

Acesso em: 19 Nov. 2019.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning. 2010. p.1-14.

BORGES, M. S.; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 3, p. 113-126, 2012.

Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>>.

Acesso em: 12 Setem. 2019.

BRAGA, E. M.; FERRACIOLI, K. M.; CARVALHO, R. C.; FIGUEIREDO, G. L. A.

**Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal**. Investigação, v. 10, n. 1 p. 26-31, 2010. Disponível em:

<<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/150>>.

Acesso em: 11 Outubr. 2019.

BRASIL. **História e evolução dos hospitais**. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro; Ministério da Saúde. p. 588, 1944. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf)>. Acesso em: 26 Agos. 2019.

BRUSCATO, W. L. A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.) **A prática da Psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010. p. 17-33.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: uma experiência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Nov. 2019.

CHAVES, J. H. B. et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180600132011000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132011000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

COSTA, J. C.; LIMA, R. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Agos. 2019.

ESCUDEIRO, A. Sobre o viver e o morrer. In: \_\_\_\_\_ (ORG.). **Tanatologia: temas impertinentes**. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011. p. 17-27.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer\*. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Out. 2019.

FERREIRA, M. I. P. R. **A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação**. 2000. Dissertação (Mestre em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/78500>>. Acesso em: 30 Setem. 2019.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenção de enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 50, n. 4, p. 347-359. 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-555183>>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 99-101.

FRANCO, H.P. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: Psicologia. In: OLIVEIRA, R.A. (ORG.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de

São Paulo. p. 74-76, 2008. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/livro-cuidado-paliativo-do-cremesp/>>. Acesso em: 15 Outu. 2019.

FREITAS, J. L. Reflexões sobre a relação psicoterapêutica: diálogos com Merleau-Ponty. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 103-107, dez. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672009000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200005)>. Acesso em: 26 setem. 2019.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estud. av.** São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

GOMES, D. R. G.; PROCHNO, C. C. S. C. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 780-791, Setem. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000300780&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300780&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Outu. 2019.

GRINBERG, M. Comunicação em oncologia e bioética. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 376-377, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000400001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000400001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 Setem. 2019.

GUERREIRO, E. A Ideia de morte: do medo à libertação. **Diacrítica**, Braga, v. 28, n. 2, p. 169-197, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0807-89672014000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0807-89672014000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Agos. 2019.

GUTIERREZ, P.L. O que é paciente terminal?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 92, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Setem. 2019.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

IMANISHI, H. A.; SILVA, L. L. Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 41-56, jun. 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Setem. 2019.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, S.M.C. (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. v. 1. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 5.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

\_\_\_\_\_. Um caminho de morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Out. 2019.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte o morrer**. 9.ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LEITE JÚNIOR, F.F. A dor da perda: aspectos psicofisiológicos do sofrimento psíquico da ausência. In: ESCUDEIRO (ORG). **Tanatologia: temas impertinentes**. 1.ed. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011. p. 73-84.

LISBOA, T.C. **Breve história dos hospitais: da antiguidade à Idade Contemporânea**. Notícias Hospitalares. v. 4, n. 37, p. 01-32, 2002. Disponível em: <<http://iph.org.br/acervo/livros/breve-historia-dos-hospitais-da-antiguidade-a-idade-contemporanea-1109?lang=en>>. Acesso em: 19 Nov. 2019.

MACIEL, M. G. S. Definição e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. **Cuidado paliativo**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo: Cremesp, 2008. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: **Manual de cuidados paliativos**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <[https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

MÄDER, B. J. (org.). **Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Psicologia em diálogo, Curitiba: CRP-PR, 2016. Disponível em: <[https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF\\_CRP\\_Caderno\\_Hospitalar\\_pdf.pdf](https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_Hospitalar_pdf.pdf)>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

MARANHÃO, M.; MACIEIRA, M. E. B. **O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2.ed. 2004.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: **Manual de cuidados paliativos**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 52-60, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008)>. Acesso em: 28 Agos. 2019.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um Analista no Hospital?**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

MOSIMANN, L.T.; NOLETO, Q.; LUSTOSA, M.A.; A Psicologia hospitalar e o hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 200-232, 2011. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012)>. Acesso em: 28 Agos. 2019.

NUNES, L.V. Papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <[https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)>. Acesso em: 29 Out. 2019.

OLIVEIRA, R. A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacao/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacao/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

OLIVEIRA, V. Z. et al. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 9-17, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722004000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100003)>. Acesso em: 26 Setem. 2019.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de pacientes e de outros personagens menos referenciados. **Rev. bras. enfer.** Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671998000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671998000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Agos. 2019.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072005000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000100004&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 12 Setem. 2019.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde - São Paulo**, v. 29, n. 4, 2005. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/32/03\\_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf)>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **O que entender por cuidados paliativos?**. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2006.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 76-93, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Nov. 2019.

PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400010)>. Acesso em: 26 Setem. 2019.

QUINTANA, A. M. et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde ao paciente terminal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Outubr. 2019.

RIBEIRO, I. D. F.; LEAL, S. F. A atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde. In: FILGUEIRAS, M.S.T.; RODRIGUES, F.D.; BENFICA, T.M.S. (orgs). **Psicologia hospitalar e da saúde: Consolidando práticas e saberes na Residência**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

ROCHA, A. P. C.; FONSÊCA, L.C.; SALES, R.L. Dialogando sobre a morte como forma de prevenção do luto mal elaborado. **Revista Psicologia & Saberes**. Maceió, v. 8. n. 12, 2019. Disponível em: <<https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1054>>. Acesso em: 14 Outu. 2019.

SANTOS, F. S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: \_\_\_\_\_. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 3-16.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 36, n. 1. p. 49-53, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/comunicacao\\_mas\\_noticias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf)>. Acesso em: 15 Out. 2019.

SILVA, R. R. Percursos na história da Psicologia Hospitalar no Brasil: a produção em programas de doutorado em Psicologia no período de 2003 a 2004 no banco de Teses da Capes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 69-79, dez. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-08582009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582009000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 set. 2019.

SILVERIO, R.C.F. A complexidade da comunicação de más notícias. In: ESCUDEIRO (ORG). **Tanatologia: temas impertinentes**. 1. ed. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011, p. 119-131.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2011.

SOMBRA NETO, L. L. et al. Habilidade de comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 260-268, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010055022017000200260&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010055022017000200260&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 set. 2019.

TORRES, A. A. **Cuidados paliativos: a atuação do psicólogo com pacientes com câncer sem expectativa de vida**. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas. Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 361-376, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15930>>. Acesso em: 19 Nov. 2019.