



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

JOSEANE PEREIRA ROLIM DE OLIVEIRA

**OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO QUE
INTEGRA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Juazeiro do Norte
2020

JOSEANE PEREIRA ROLIM DE OLIVEIRA

**OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO QUE
INTEGRA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão
Sampaio, como requisito para a obtenção do
grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte
2020

JOSEANE PEREIRA ROLIM DE OLIVEIRA

**OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO QUE
INTEGRA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação do curso de Psicologia do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito
para obtenção de grau de Bacharelado em
Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

JOEL LIMA JUNIOR
Orientador(a)

INDIRA FEITOSA SIEBRA DE HOLANDA
Avaliador(a)

YANE FERREIRA MACHADO
Avaliador(a)

OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO QUE INTEGRA A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

Joseane Pereira Rolim de Oliveira¹
Joel Lima Junior²

RESUMO

Os cuidados paliativos é um modelo de atenção à saúde que presta assistência biopsicossocial e espiritual a pacientes e familiares que enfrentam uma doença que ameaça a continuidade da vida, visando assim, proporcionar-lhes qualidade de vida diante da situação de crise a qual vivenciam. Sendo o bem estar psicológico fundamental para atender ao objetivo proposto pelos cuidados paliativos, a atuação do psicólogo torna-se imprescindível nesse contexto. Portanto, o presente artigo teve como objetivo, discutir os desafios e possibilidades na atuação do profissional de Psicologia que integra a equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos, para tanto, buscou-se identificar, como se dá a interdisciplinaridade dentro da equipe, analisar quais as atribuições desempenhadas por esta categoria profissional bem como, avaliar as intervenções deste profissional com o paciente, seus familiares e os demais profissionais que compõe a equipe. A metodologia utilizada para alcançar os objetivos supracitados foi a revisão bibliográfica de natureza exploratória, a qual possibilitou a identificação dos desafios e das possibilidades que permeiam a prática do profissional de Psicologia no contexto dos cuidados paliativos. Percebeu-se com o estudo que há uma dificuldade não apenas do psicólogo, mas de todos os profissionais que atuam na equipe de realizarem o trabalho em grupo, tendo em vista, que a formação estimula o trabalho individual e não grupal. As atribuições do psicólogo na equipe, é voltada para atender as demandas psicológicas de todos os envolvidos no processo de adoecimento e de morte e morrer (pacientes, familiares e equipe), em decorrência da morte ser percebida como algo vergonhoso e dessa forma ser negada pela sociedade contemporânea, a iminência da morte suscita sentimentos e emoções que geram sofrimento existencial, sendo o apoio psicológico e as intervenções, necessárias para a elaboração e ressignificação do sofrimento vivenciado pelos envolvidos no processo. Foi possível perceber através do referido estudo, que mesmo diante dos vários desafios que permeiam a prática do psicólogo no âmbito hospitalar e no contexto dos cuidados paliativos, o mesmo consegue através do conhecimento teórico e técnico atrelado a uma postura ética contribuir de forma significativa junto a equipe para os cuidados integrais do pacientes e seus familiares.

Palavras-chaves: Adoecimento. Psicologia Hospitalar. Equipe Interdisciplinar. Cuidados paliativos

ABSTRACT

Palliative care is a model of health care that provides biopsychosocial and spiritual assistance to patients and family members who face a disease that threatens the continuity of life, thus aiming to provide them with quality of life in the face of the crisis they experience. As psychological well-being is fundamental to meet the objective proposed by palliative care, the role of the psychologist becomes essential in this context. Therefore, this article aimed to

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

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

discuss the challenges and possibilities in the performance of the Psychology professional who is part of the interdisciplinary team of Palliative Care, for that purpose, it was sought to identify, how interdisciplinarity occurs within the team, to analyze what are the attributions performed by this professional category, as well as to evaluate the interventions of this professional with the patient, their family members and the other professionals who make up the team. The methodology used to achieve the aforementioned objectives was an exploratory bibliographic review, which made it possible to identify the challenges and possibilities that permeate the practice of Psychology professionals in the context of palliative care. It was noticed with the study that there is a difficulty not only for the psychologist, but for all the professionals who work in the team to carry out group work, bearing in mind that training encourages individual and not group work. The psychologist's duties on the team are geared to meet the psychological demands of everyone involved in the process of becoming ill and dying (patients, family members and staff), as a result of death being perceived as something shameful and thus being denied by contemporary society, the imminence of death raises feelings and emotions that generate existential suffering, with psychological support and interventions being necessary for the elaboration and reframing of the suffering experienced by those involved in the process. It was possible to perceive through that study, that even in the face of the various challenges that permeate the psychologist's practice in the hospital and in the context of palliative care, the same manages through theoretical and technical knowledge linked to an ethical posture to contribute significantly to team for comprehensive care of patients and their families.

Keywords: Illness. Hospital Psychology. Interdisciplinary team. Palliative care

1 INTRODUÇÃO

Dados estatísticos apontam, que nas últimas décadas houve um elevado número de mortes que tiveram como causa as doenças crônicas. Segundo o Ministério da Saúde (2018), entre os anos 1990 e 2017, aumentou em 27% o número de mortes causada por doenças crônicas, sendo essas, responsáveis por 73% das causas de morte no mundo e está entre as dez principais causas de morte no país. Nesses grupos de enfermidades estão o câncer, diabetes, problemas respiratórios, entre outras. As doenças crônicas são predominantes em países que passam por envelhecimento populacional e o Brasil apresenta esse perfil demográfico.

Diante do diagnóstico de uma patologia crônica, os pacientes passam por um processo de adoecimento, os quais são submetidos a vários tipos de tratamentos, bem como por inúmeras internações. Caracterizado por um processo longo, no qual irão perdendo suas funções de forma gradativa. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018)

Quando as doenças continuam a evoluírem, mesmo diante dos tratamentos e não existe mais uma perspectivas de cura, o olhar da equipe volta-se para a pessoa que está doente e não mais para a doença, o objetivo deixa de ser a cura e passa a ser o bem-estar e a qualidade de vida. Esses cuidados são realizados pela a equipe de cuidados paliativos.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2009, p.16), defini os cuidados paliativos enquanto sendo “uma abordagem que proporciona ao paciente e seus familiares qualidade de vida, quando estes enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida”.

O paciente é assistido de forma integral por uma equipe interdisciplinar, a qual irá prestar cuidados de acordo com a especialidade de cada membro, com o intuito de proporcionar bem estar físico, psíquico, social e espiritual ao mesmo. Os cuidados estendem-se ainda, aos familiares, que frente ao adoecimento do ente querido, são afetados de forma a necessitarem de apoio. Após o evento da morte do paciente, os familiares continuam a receber assistência no processo de elaboração do luto.

Partindo desse pressuposto, percebe-se a relevância da atuação do psicólogo junto a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, tendo em vista, que este presta assistência psicológica ao paciente, aos familiares e aos demais membros que compõem a equipe.

Nessa perspectiva, diante das demandas que os psicólogos deparam-se ao atuarem nesse contexto, é relevante discutir sua atuação e identificar os obstáculos e as possibilidades nessa prática.

Sendo assim, o objetivo geral do presente estudo é discutir os desafios e as possibilidades que o profissional de psicologia depara-se ao atuar em equipes interdisciplinares de cuidados paliativos.

Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: Identificar como se dá a interdisciplinaridade dentro da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, analisar as atribuições desempenhadas pelo psicólogo na equipe e avaliar as intervenções do profissional de psicologia com os pacientes, familiares e os demais profissionais que compõem a equipe.

O método utilizado para alcançar os objetivos supracitados foi a revisão bibliográfica de natureza exploratória, visando assim, o aprofundamento do tema. O material foi selecionado através de palavras chaves que englobam o tema abordado, sendo estas: adoecimento, psicologia hospitalar, equipe interdisciplinar e cuidados paliativos, bem como, pelo o ano de publicação, a partir de 2000, com exceção de algumas obras clássicas. Foram utilizados artigos científicos, teses e livros através de buscas em bibliotecas físicas, bem como bibliotecas virtuais: *Scielo* e portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic). Os autores usados como referência foram Sebastiani, Simonetti, Camon, Campos e Santos e outros de relevância reconhecida na área.

2 A PSICOLOGIA E O HOSPITAL

Ao longo da história da humanidade, o processo saúde doença, bem como a assistência prestada aos doentes foram compreendidos e interpretados de diversas formas, de acordo com as tendências sociais e culturais de cada época.

Na Antiguidade, os espaços que hospedavam os doentes, viajantes e peregrinos era denominado de “*hospitium*”. Portanto, a palavra hospital vem do latim “*hospitium*” que significa lugar onde hospeda pessoas. (MARINELI, 2006).

De acordo com Campos (1995), nessa época o hospital tinha uma influência direta da religião cristã, em decorrência disso o homem começou a colocar em prática o mandamento de “amar o próximo como a si mesmo”. Surge então, as enfermarias de cunho assistencialistas e religiosos para prestar cuidados aos enfermos. Nesse período as doenças eram percebidas enquanto um fenômeno natural.

Na Idade Média, as patologias passaram a serem compreendidas por uma perspectiva sobrenatural, dessa forma acreditava-se que as doença referiam-se a um castigo e/ou provação divina. Foi o período em que a influência religiosa teve maior prevalência, tendo em vista que nessa época, as cirurgias eram proibidas, sob a justificativa de que o corpo era feito a imagem de Deus e portanto abri-lo seria um sacrilégio, defendiam ainda, que a doença estava na alma e não no corpo e portanto o tratamento era voltado à espiritualidade. Com o advento da epidemia da lepra, religiosos dedicaram-se ao estudo de obras da medicina e passaram a praticá-las com o intuito de contribuir no tratamento dos enfermos. Porém, em 1312, o Concílio de Viena decretou que a terapêutica aos doentes seria realizado pelos leigos, aos religiosos era permitido o auxílio espiritual. (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011)

Os hospitais cristãos de acordo com Marineli (2006) permaneceram em atividade do século IV até o século XIII, momento em que iniciou-se o seu enfraquecimento e os mesmos passaram a serem administrados por leigos. No final da Idade Média muitas comunidades religiosas fecharam suas casas de assistências, concedendo aos laicos a prestação de serviços que haviam efetuado até aquele momento. Porém não significa que a igreja afastou-se completamente dos hospitais. A mesma continuou exercendo atividades principalmente administrativas e de enfermagem.

No Renascimento as instituições hospitalares adquiriram de forma progressiva um caráter municipal e à medida em que eram aperfeiçoadas as casas de assistências, mais a ciência progredia, sendo as cirurgias enfatizadas nesse avanço, pois estas, além de permitirem um aprimoramento no que se referia aos conhecimentos anatômicos, também rompeu com a obediência ao édito da igreja que proibiam a realização de procedimentos que implicasse em derramamento de sangue. (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011).

A ciência e a medicina tiveram consideráveis progressos durante os séculos XVII e XVIII decorrentes dos avanços tecnológicos e dos estudos embasados na fisiologia e na anatomia, os quais foram aprofundados ainda mais com a criação do microscópio no século XIX, o qual possibilitou que os cientistas realizassem análises das células e através da exploração e aprofundamentos desses estudos descobrissem que as doenças eram causadas por vírus e bactérias que adentravam as células do corpo, evoluíram ainda mais quando conseguiram distinguir quais as bactérias que originavam as doenças que mais causavam mortes. Ao tomar conhecimento desses dados, os médicos iniciaram um controle sobre as respectivas afecções. Nesse período, a principal causa de morte era por doenças infecciosas, as chamadas doenças agudas, que tem como características o surgimento de forma abrupta, que evoluem rapidamente, levando o paciente a cura ou a morte em um curto período de tempo. (STRAUB, 2005).

Para contenção das doenças, foi necessário realizar uma transformação nos hospitais. Segundo Foucault (1989), o objetivo era tornar o âmbito hospitalar um local de assistência médica aos doentes, com o intuito de cura-los, tendo em vista que até então, esse espaço funcionava enquanto um dispositivo de exclusão, desempenhando um papel de manter a ordem social, tendo como funções: a assistência de caráter caritativo e a transformação espiritual.

Segundo Marinelli (2006), para que as instituições hospitalares alcançassem o objetivo supracitado, foram estabelecidos alguns fatores considerados fundamentais. A princípio, o intuito foi eliminar os efeitos negativos causados pela a desorganização, em detrimento da sua forma de funcionamento até então. Sendo assim, o mesmo passou por um processo de purificação no que se refere às desordens relacionadas à doenças, assim como a econômica social. Essa reorganização só foi possível através da tecnologia política, denominada: disciplina.

A disciplina é considerada uma técnica de exercício de poder, a qual disponibiliza-se de novas formas de conduzir os homens, fiscalizando suas multiplicidades, utilizando-as e aumentando a eficácia do seu trabalho, esse resultado torna-se possível através de um sistema de poder passível de controlá-los. O poder disciplinar no entanto é confiado ao médico no âmbito hospitalar em decorrência da transformação do saber médico. Portanto a medicina hospitalar foi constituída pela a disciplinarização do hospital, assim como pela transformação do saber e da prática médica. (FOCAULT, 1989)

A partir do século XX, com os hospitais aptos a tratarem os doentes, com a melhoria da saúde pública e avanços científicos-tecnológicos, os quais possibilitaram o surgimento de novos medicamentos, aparelhos de diagnósticos e tratamentos, houve uma queda significativa das

doenças agudas e conseqüentemente a diminuição na taxa de mortalidade por essas afecções. No entanto, emergiu uma outra conjuntura de morbidade e mortalidade, definida por doenças crônicas. (SANTOS, 2011)

Segundo Angerami-Camon (2002), as doenças crônicas são multifatoriais e estão relacionadas ao estilo de vida, portanto desenvolvem-se de forma lenta e gradativa. Ribeiro (2010), afirma que além das características supracitadas, as condições patológicas crônicas são permanentes e portanto irreversíveis ou perduram por longos períodos. Em ambos os casos requerem, atenção, monitoramento e cuidados frequentes das equipes multiprofissionais.

Diante das patologias crônicas os médicos passaram a questionar-se o porquê das pessoas com a mesma patologia e com o mesmo grau de evolução reagirem de forma distinta ao tratamento. Estes não conseguiam compreender, pois a doença crônica possui um caráter dinâmico, logo, não seria possível precisar diagnósticos a partir de uma visão reducionista, ou seja, considerando apenas os aspectos biológicos do sujeito, perspectiva característica do modelo biomédico. (STRAUB, 2005)

Considerando essa nova dinâmica do processo saúde e doença, no ano de 1970, foram levantadas discussões acerca da contribuição do psicólogo no que se referia a promoção de saúde e prevenção e tratamentos das doenças. Em 1973 iniciou-se um estudo para avaliar as funções dessa categoria de profissionais no âmbito da saúde e através das informações obtidas, constataram a relevância das atividades desempenhadas pelos mesmos dentro desse contexto. As discussões e investigações supracitadas resultaram na oficialização da Divisão 38, realizada pela American Psychological Association (APA) no ano de 1978. Em decorrência desse acontecimento surge, então a Psicologia da Saúde. (SIMONETTI, 2016)

Segundo American Psychological Association (2003 apud CASTRO E BORNHOLDT 2004) “a Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença”. Remor (1999) afirma que a Psicologia da Saúde por estar fundamentada em um modelo biopsicossocial, o qual tem como premissa a compreensão do indivíduo de forma integral os seus conhecimentos são embasados nas ciências biomédicas, na Psicologia Clínica e na Psicologia Social-comunitária. Partindo desse pressuposto, o objetivo da psicologia da saúde não é anular os fatores biológicos, mas soma-los aos aspectos psicológicos e sociais, pois a mesma acredita que estes aspectos atuando simultaneamente determinam a saúde, bem como a vulnerabilidade do indivíduo a doença. (RIBEIRO, 2010).

O campo da Psicologia da Saúde fundada na década de 70, tem como objetivo a promoção, prevenção e tratamentos do processo saúde e doença e portanto abrange a atenção

em saúde nos níveis primário, secundário e terciário. Porém, os psicólogos começaram a atuar na área da saúde, especificamente nos hospitais, muito antes de 1970. Em 1946 a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao declarar que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, abre espaço para que outras categorias de profissionais da saúde prestassem assistência ao sujeito que começa a ser percebido enquanto um ser biopsicossocial. (AZEVEDO; CREPALDI, 2016)

Essa nova percepção acerca da saúde e bem estar do sujeito, possibilitou a inserção de vários outros profissionais nas equipes multiprofissionais de saúde, dentre estes o psicólogo. De acordo com Chiattonne e Sebastiani (1990) durante esse período, a psicologia teve um avanço significativo e aproximou-se da medicina, porém a função do psicólogo para a área médica até aquele momento limitava-se ao psicodiagnóstico.

De acordo com Sabrosa *et al* (2014) no Brasil o novo campo da psicologia, ampliou a sua atuação para o nível primário na atenção à saúde apenas em 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos princípios a integralidade. A partir dessa visão de perceber o indivíduo em sua totalidade, a interdisciplinaridade ganha espaço no que se refere a assistência ao usuário nas redes de saúde. Dentro desse contexto os serviços de psicologia foram ampliados para a atenção psicossocial e atenção básica de saúde. Dessa forma foi possível a atuação do profissional de psicologia no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), na Unidade Básica de Saúde (UBS) e Posto de Saúde da Família (PSF).

No entanto, Almeida e Malagris (2011) afirmam que no Brasil, o (a) profissional de Psicologia atua no nível de saúde secundário e terciário, especificamente no âmbito hospitalar desde 1950, onde iniciou suas práticas pautadas no modelo clínico. Porém, diante da complexidade que envolve o processo saúde e doença e dos desafios encontrados referentes a vários pontos que divergem do atendimento clínico, entre estes a própria dinâmica em torno da busca pelo atendimento psicológico, tendo em vista que no hospital não é o paciente que busca a assistência psicológica, e sim o (a) psicólogo (a) que vai até o paciente oferecê-la, a modalidade de atendimento é um outro ponto que entra em dissonância, considerando que não é viável realizar psicoterapia em pacientes que encontram-se hospitalizados, diante da imprevisibilidade da permanência destes no hospital, portanto o atendimento precisa ter início, meio e fim, e nessa perspectiva o mais adequado é realizar terapia breve focal, ou o aconselhamento psicológico.

Há ainda questões relacionadas ao tempo de duração das sessões que poderão sofrer alterações em decorrência da realização de algum procedimento médico. Em muitos momentos a privacidade fica comprometida já que os atendimentos são realizados no leito dos pacientes e no que se refere ao desempenho das funções do psicólogo dentro do contexto hospitalar, o mesmo terá que está apto a atuar nos diversos setores que compõe o hospital. O profissional poderá prestar assistência psicológica não apenas aos pacientes, mas também aos familiares e a equipe de saúde. (RIBEIRO, 2010).

Diante das peculiaridades que permeiam a prática do (a) psicólogo (a) no contexto hospitalar, o modelo de intervenção da psicologia clínica tornou-se insuficiente para atender as demandas das instituições hospitalares de forma satisfatória. Portanto, surge a necessidade de um aprimoramento dos conhecimentos teóricos e práticos de psicólogos que pretendiam atuar na área hospitalar e de forma gradual as faculdades passaram a dispor de disciplinas regulares ou optativas na área, bem como cursos de especialização (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1990).

A ênfase dada aos serviços de psicologia no âmbito hospitalar, atrelado a estudos, pesquisas e movimentos de psicólogos precursores da referida área em prol do aperfeiçoamento teórico-prático, com o intuito de adequar as práticas do psicólogo aos hospitais e assim possibilitar aos profissionais aptidão para melhor atender as demandas hospitalares, resultaram no surgimento da subespecialidade da Psicologia da Saúde, denominada de Psicologia Hospitalar. (CASTRO; BORNHOLDT, 2004)

Segundo Simonetti (2016, p.15) “a Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento psicológico em torno do adoecimento”. No que se refere ao campo de atuação e as atividades desenvolvidas, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2001) define que o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem suas funções voltadas para o âmbito secundário e terciário de atenção à saúde. A principal função do mesmo nesses espaços é a avaliação e o acompanhamento das alterações psíquicas dos pacientes que estão passando pelo o processo de adoecimento e hospitalização.

De acordo com Angerami-Camon (2002), o processo de adoecimento e hospitalização demanda do indivíduo uma serie de adaptações e ressignificações, tendo em vista que a doença o afeta nos mais amplos aspectos da sua vida, exigindo do mesmo, o desenvolvimento de novas habilidades, para lidar com essa nova realidade. Na sequência será discutido acerca da densidade e complexidade que envolve o processo de adoecimento e hospitalização, com o intuito de compreender o lugar ocupado pelo ser doente e as implicações psicológicas decorrentes desse processo.

3 PROCESSO DE ADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) as doenças crônicas, correspondente as doenças cardiovasculares, o câncer, diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas, são as principais causas de morte no Brasil e na maioria dos países do nosso continente. Ribeiro (2010) ressalta que as referidas patologias são passíveis de gerenciamento, atenuando assim os sintomas durante o seu curso, no entanto, não possuem uma perspectiva de cura e caso ocorra será a longo prazo, o autor as definem ainda enquanto progressivas que ao evoluírem provocam deterioração do corpo, implicando dessa forma na perda da sua funcionalidade e consequentemente a morte.

Angerami-Camon (2002), afirma que para se discutir o adoecimento, é importante explorar o tema adoecer, tanto pela a perspectiva médica, quanto pela a psicológica. Pelo o viés médico, o adoecimento é percebido enquanto uma disfunção orgânica e é em torno do organismo que a mesma é investigada, no intuito de estabelecer um diagnóstico e prescrever um tratamento de acordo com os resultados obtidos através de exames. Portanto, essa é a conduta recorrente dos médicos diante do adoecimento. Do ponto de vista psicológico, o adoecimento se configura enquanto uma circunstância imprevisível, a qual as pessoas nunca estarão aptas a experencia-las, pelo o fato de ninguém optar por adoecer. Dessa forma, a atuação do (a) psicólogo (a) dentro desse contexto estará voltada para o sofrimento psíquico advindo do processo de adoecimento.

Simonetti (2016), apresenta como marco inicial do processo de adoecimento, o momento que o indivíduo se depara com a doença no seu corpo, desencadeando assim, sentimentos, pensamentos, fantasias e crenças relacionados ao seu enfermar. Todos esses aspectos psicológicos em torno da doença são influenciados diretamente pela a história de vida do paciente. Nesse sentido, Angerami-Camon (1998), pontua que assim como é único o modo como cada pessoa experencia a vida, o adoecer também tem esse viés de singularidade, o que justifica o fato de pessoas acometidas pelas mesmas afecções, com os mesmos graus de evolução, apresentarem distintas formas de expressarem os sintomas, de reagirem ao diagnóstico e de enfrentarem a patologia.

A doença implica em várias mudanças na vida do indivíduo, demandado do mesmo uma reestruturação nos mais variados âmbitos da sua vida, bem como, coloca-o em uma posição reflexiva acerca de questões existenciais, como a finitude (KOVÁCS, 1992). Em decorrência dos aspectos supracitados, Angerami-Camon (1998) a configura enquanto uma situação de

crise, já que esta consiste em uma ameaça a estabilidade habitual ou ao equilíbrio existencial do indivíduo, revelando ao mesmo a fragilidade da condição humana.

Nesse sentido, Botega (2017) pontua que com a emergência da doença, atribuindo ênfase as doenças crônicas, o indivíduo conscientiza-se de que não possui controle sobre o seu corpo e isso o leva a consciência da sua finitude. Segundo o autor, essa percepção tende a gerar angústia e sofrimento.

Taddeo *et al* (2012), afirmam que o diagnóstico de uma doença crônica provoca um desajuste na dinâmica das relações do sujeito consigo mesmo e com os outros, as quais implicam em uma série de mudanças e adaptações, que diferente da doença aguda, não tem um caráter de transitoriedade. Nessa perspectiva, Palmeira (2009) diz que diante da característica de irreversibilidade da doença crônica, o doente crônico necessita aceita-la e integra-la a sua vida. Angerami-Camon (1998) pontua que é difícil para o paciente entender que irá conviver com uma doença por tempo indeterminado, a qual precisará submeter-se a tratamento permanente e rígido.

Com base no que foi discutido até então ao longo do referente tópico, é possível perceber que o surgimento de uma enfermidade crônica, demanda do sujeito recursos e habilidades para lidar com todas as limitações e perdas imposta pela doença, a qual torna incerto os planos para o futuro e representa uma ameaça a vida. Essas implicações segundo Imanishi e Silva (2016), geram angústia e ansiedade, que por sua vez irão desencadear mecanismos de defesas como: a regressão, na qual o paciente adota comportamentos infantis, demandando atenção constante da equipe de saúde e dos familiares, provocando disfunções na dinâmica familiar. Outro mecanismo comumente utilizado é a negação, essa reação aponta para resistência do sujeito em reconhecer sua enfermidade e em decorrência disso nega a necessidade de receber cuidados médicos, o que irá comprometer a sua adesão ao tratamento.

Botega (2017) afirma que após a etapa do diagnóstico e tratamento inicial o processo de readaptação do indivíduo a sua nova realidade com a doença é relativamente longo e no caso das doenças crônicas, esse processo está sempre se atualizando, já que durante o curso da doença o indivíduo torna-se suscetível a inúmeras hospitalizações, bem como a um prognóstico desfavorável, considerando o caráter progressivo da afecção. Nessa perspectiva, Simonetti (2016) declara que os sentimentos de angústia e sofrimento que podem ser desencadeados com o surgimento da doença, tende a se intensificarem com a internação hospitalar e com a evolução da patologia.

Angerami-Camon (2002), ao discutir sobre o processo de hospitalização, justifica de certa forma o agravamento dos sentimentos supracitados, ao declarar que a hospitalização se

configura para o paciente enquanto um processo invasivo, levando a uma despersonalização, na qual o sujeito torna-se alienado de si mesmo, por meio da submissão ao outro. Uma vez que ao ser admitido na instituição hospitalar passara a ser identificado não mais pelo seu nome, mas pelo número do leito ou pela patologia que apresenta. As vestimentas são padronizadas pelo o hospital, as normas estabelecidas determinam o horário das refeições, do banho, das visitas, entre outras, as quais exigem mudanças na rotina habitual. No que se refere aos procedimentos médicos, normalmente são realizados pela equipe de saúde sem que tenha sido acordado previamente com o paciente.

Nesse sentido, Campos (1995) declara que a referida postura médica denuncia a relação médico-paciente pautada no mecanicismo e tecnicismo, resultando em um olhar voltado para a doença, localizada em um determinado órgão do corpo e não para o doente dotado de subjetividade. Tesser (2009) pontua que a conduta técnica do médico é fomentada pela própria formação, quando está não explora os aspectos psicológicos como causa, agravamento e manutenção das doenças. Botega (2017) traz ainda uma outra perspectiva, afirmando que essa postura estaria relacionada a mecanismos de defesa, utilizados pelos médicos, com o intuito de afastar-se do sofrimento do paciente, em vários contextos, mas principalmente quando este encontra-se em uma situação clínica complexa e não responde de forma efetiva aos tratamentos.

Kovács (1992) corrobora com a afirmação supracitada, diante do sentimento de impotência que emerge no profissional de saúde frente as doenças crônicas que evoluem de forma, que os avançados tratamentos envolvendo a tecnologia, tornam-se insuficientes para impedir a sua progressão, o que resulta na deterioração do corpo e perda gradual da sua funcionalidade. Acrescenta ainda, que esse fato gera angústia por dois motivos: pela a sensação de nada poder fazer para salvar a vida do paciente, bem como, por colocá-lo em uma posição de reflexão acerca da sua própria finitude. Portanto, os mecanismos de defesa como a evitação, isolamento de emoções e intelectualização decorrem da tentativa de evitar a angústia.

No entanto, essa dinâmica de atuação, segundo Monteiro (2013) impossibilita que o profissional se implique na relação com o paciente e seus familiares, assim como, torne-se incapaz de compreender o processo de adoecimento, a partir do entendimento da patologia atrelada a história de vida do mesmo, resultando em formas padronizadas de informar os diagnósticos e prognósticos para indivíduos singulares, vivenciando situações específicas. Em relação a isso Santos, Frota e Martins (2016) pontuam a distinção de informação e comunicação, sendo a primeira uma forma automatizada de fornecer respostas ao paciente, em relação a diagnósticos e prognósticos, enquanto que a segunda é pautada na compreensão do processo de

adoecimento, incluindo e percebendo como relevante a participação de todos os envolvidos no processo e todas as questões referentes ao cuidado.

Portanto, a comunicação é sempre mais viável, tendo em vista que está valoriza a qualidade da relação com os pacientes e também com os familiares. No entanto, a realidade é que ela só começa a ser colocada em prática quando os profissionais se deparam com situações limites no tratamento, ou seja, quando não há mais recursos biotecnológicos eficazes para a estabilização do quadro clínico do paciente. É o momento que emerge a necessidade de buscar formas de comunicar um prognóstico desfavorável, considerada por muitos médicos a parte mais difícil do tratamento, a qual gera estresse para todos os envolvidos no processo. (ESCUDEIRO, 2011)

Segundo Cruz e Rieira (2016), frente as dificuldades apresentadas por profissionais da saúde em noticiar diagnósticos e prognósticos desfavoráveis, o oncologista Robert Buckman, elaborou um protocolo em 1992, denominado de SPIKES, o mesmo é composto por seis etapas: **I)** planejamento do encontro; **II)** análise do que o paciente já sabe da sua condição; **III)** investigação sobre as informações que o mesmo deseja obter acerca do diagnóstico, ou seja, se prefere que sejam detalhadas ou não; **IV)** comunicação da notícia desfavorável, o autor ressalta a importância de iniciar a transmissão, utilizando frases que sinalizem, que uma má notícia será anunciada na sequência da fala; **V)** permitir que pacientes e familiares expressem suas emoções, acolhendo esses sentimentos de forma empática e compreensiva; **VI)** planejar o tratamento com o paciente.

Escudeiro (2011) afirma que o protocolo SPIKES, tem como finalidade orientar e conduzir na comunicação da má notícia, bem como, no suporte necessário aos envolvidos, no intuito de atenuar os impactos negativos e propiciar aos mesmos confiança na equipe para continuidade dos tratamentos posteriores. Haja vista que mesmo diante de doenças sem perspectivas de cura, que evoluem progressivamente, ainda assim, não se extinguem as possibilidades de tratamentos. Tendo em vista, que o cuidado é uma forma de intervenção, com um viés paliativo, que visa a qualidade de vida, frente a iminência de morte.

4 CUIDADOS PALIATIVOS

Sempre há algo a fazer pelos pacientes, uma vez que diante do esgotamento de medidas curativas, o cuidado humanizado poderá proporcionar conforto, acolhimento e dignidade aos que se encontram acometidos por doenças graves e progressivas. Foi com essa ideologia, atrelada a inquietações relacionadas a forma como os doentes em sua terminalidade eram

negligenciados pela a medicina, que a Cicely Saunders, médica e com formação em enfermagem e assistência social, tornou-se precursora do movimento do *Hospice* moderno e através das mobilizações em prol de um modelo de atenção em saúde que prestasse assistência integral a enfermos nas condições supracitadas, fundou o St.Christopher's Hospice em 1967 em Londres (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), nas décadas precedentes a fundação do St. Cristofer's Hospice, em meados da década de 1950, a Cicely Saunders aproximou-se da realidade dos pacientes com prognóstico desfavorável, ao atuar enquanto enfermeira e assistente social, no St. Luke's Hospice, uma casa que acolhia enfermos em iminência de morte. O desenvolvimento do seu trabalho no referido espaço, possibilitou o acompanhamento dos sofrimentos dos pacientes lá atendidos, levando-a a refletir acerca de possíveis formas de atenuá-los. A partir dessa perspectiva, a mesma vislumbrou na formação em medicina uma possibilidade de torná-la capaz de elaborar estratégias de cuidados que pudessem tornar o processo de morrer o menos desconfortável possível. Motivada por esse propósito, cursou medicina e após a conclusão do curso recebeu uma proposta para exercer suas funções no St. Joseph's Hospice.

Dentro desse contexto, a Cicely Saunders fundamentou os princípios essenciais do moderno cuidado em um *hospice*. Ao possibilitar um espaço de fala para os enfermos e se dispor a ouvir atentamente as histórias das doenças e os sofrimentos desencadeados por essa situação de crise, a mesma conseguiu elaborar formas sistemáticas de controle da dor, bem como, criou o conceito de “dor total”, o qual refere-se a dor que envolve todas as dimensões do ser humano, física, psicológica, social e espiritual. A referente concepção de dor, colocou em evidência a complexidade do sofrimento dos pacientes em iminência de morte, e portanto, a necessidade de proporcionar aos mesmos uma assistência integral, através do trabalho de uma equipe multidisciplinar (GOMES; OTHERO, 2016)

Segundo Santos (2011), com base nos progressos adquiridos através do empenho em promover o alívio da dor, a preservação da dignidade e a qualidade de vida dos pacientes acometidos por doenças graves e progressivas, a Cicely Saunders fundou em 1967 o St. Christopher's Hospice, o qual foi idealizado e criado com o intuito não apenas de fornecer cuidados clínicos de qualidade, mas também promover e estimular pesquisa e ensino, possibilitando ao profissional de saúde acessos a práticas positivas e criativas pautadas em um modelo de cuidado humanizado.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) (2008) declara que enquanto essas inovações eram realizadas pela Cicely Saunders no Reino Unido, Elisabeth

Kubler-Ross com formação em psiquiatria, desenvolvia nos Estados Unidos, estudos e pesquisas acerca do processo de morte e morrer. Em 1969, publicou a sua primeira obra intitulada, *Sobre a morte e o morrer* (1996), a qual discorria etapas pelas quais o paciente em iminência de morte poderia vivenciar, sendo estas: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. A elaboração dos respectivos estágios foram embasadas em fatos empíricos, através de entrevistas realizadas com pacientes em iminência de morte. As discussões fomentadas pela Kubler-Ross no livro sobre a morte e o morrer, provocaram repercussões significativas na área da saúde, as quais foram fundamentais para que os profissionais percebessem o porquê era importante aderir ao conceito de *hospice* sugerido pela Cicely Saunders.

Segundo Combinato e Queiroz (2006), com a emergência da sociedade capitalista no século XX, o homem passou a ser valorizado pela sua capacidade de produzir. Nessa perspectiva, a morte passou a ter outras representações para o homem. Não era mais percebida como natural e sim como um acontecimento vergonhoso, que precisava ser escondido. Para os profissionais de saúde, ela representava um fracasso, uma falha na atuação, portanto, a ideia era combatê-la. Pessini e Bertachini (2006), pontuam que a negação da morte, atrelada aos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, levaram os mesmos a adotarem posturas como a obstinação terapêutica, ou seja, a insistência no tratamento curativo, que em fase avançada da doença não apresenta eficácia, além de expor os pacientes a sofrimentos e desconfortos desnecessários. Vale ressaltar ainda, que outra atitude recorrente nesse contexto, era o abandono ao paciente, diante da dificuldade em lidar com o processo de morte, desencadeando no enfermo sentimentos de desamparo e insegurança.

A partir dessas posturas, as precursoras do movimento hospice moderno a Cicely Saunders e Elisabeth Kubler-Ross perceberam que havia uma lacuna na área da saúde, relacionada aos cuidados de pacientes em fase final, pois, diante da ineficácia dos recursos biotecnológicos, não se vislumbrava outras possibilidades. Denunciando assim, uma relação médico-paciente estritamente técnica e mecanicista decorrente de várias questões, que já foram debatidas nos tópicos anteriores, mas que nesse contexto, é relevante pontuar a negação da morte e a formação deficitária, que tornava-os aptos a salvarem vidas, mas não a lidarem com a morte. Sendo assim, o desenvolvimento dos trabalhos de ambas, tinha como objetivo ampliar o olhar da comunidade médica científica, para a importância do cuidado humanizado na fase final, o qual possibilitaria que os pacientes recebendo assistência biopsicossocial e espiritual pudessem viver ativamente até o dia da sua morte, experienciando o seu processo de morrer, o que não era possível com a medicalização da morte. (BIFULCO; CAPONERO, 2016)

De acordo com o CREMESP (2008), não se pode negar a contribuição significativa dos avanços tecnológicos e científicos para a área da saúde durante o século XX, no entanto, a falta de discernimento referente ao emprego dos recursos tecnológicos disponíveis, implicaram em intensas discussões acerca de questões éticas na prática médica. Em meados de 1970 os regulamentos profissionais referentes a prática de saúde pautados em um modelo hipocrático com um viés paternalista, tornaram-se limitados para descreverem eticamente a conduta do profissional com o paciente, principalmente quando envolvia valores morais, como a eutanásia, ato de provocar a morte de uma pessoa com o seu consentimento no intuito de eliminar o seu sofrimento. Essa prática despertou muito interesse dos médicos na década de 1950, quando estes deparavam-se com pacientes acometidos por doenças graves e evolutivas, por não ter acesso e conhecimento a outras formas de cuidados no final da vida, percebia a eutanásia como a melhor opção.

Ainda segundo Bifulco e Camponero (2016), outra prática que era frequentemente utilizada nesse período e que já foi discutida anteriormente refere-se a obstinação terapêutica, ou seja, a distanásia, ato de adiar a morte de pacientes em estágio avançado da doença, através da utilização de recursos tecnológicos e procedimentos invasivos, os quais não apresentavam efeito de estabilização e provocavam desconforto ao enfermo. Essas e mais outras inúmeras práticas dentro desse contexto, apresentavam conflitos éticos, tornando imprescindível a reaproximação da filosofia com a ciência, a qual foi essencial para o surgimento da Bioética.

De acordo com Fischer *et al* (2007), a Bioética surgiu com o propósito de inovar a ideologia científica e as práticas decorrentes desta. Reconstituindo a interação entre a ética e a ciência, possibilitou reflexões em torno do comportamento humano no tocante a vida. A mesma possui uma abordagem interdisciplinar, a qual utiliza-se da contribuição e do diálogo pluralista dos conhecimentos biológicos e das ciências humanas. Tem como função essencial analisar frequentemente as ações que envolvem questões relacionadas a vida e a morte, interpretando-as com base nos seus princípios: beneficência (fazer o bem), não-maleficência (não promover o mal), autonomia (respeitar as decisões das pessoas) e justiça (de forma justa), com o objetivo de proporcionar qualidade de vida ao sujeito, assegurando sua integridade de ser humano, respeitando a sua autonomia e propiciando dignidade humana frente ao seu processo de vida e de morte.

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2009), as discussões éticas levantadas pela a Bioética acerca das condutas adotadas pelos os profissionais de saúde, em relação a assistência ofertada aos enfermos com doenças crônicas, evolutivas e progressivas que não apresentavam estabilização do quadro clinico com as terapêuticas curativas, foram

pertinentes para que se percebessem a relevância de elaborar um modelo de atenção em saúde para os pacientes nas condições supracitadas que utilizasse os conhecimentos técnicos científicos em harmonia com os cuidados humanizados e que essas condutas fossem pautadas em valores éticos.

Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde definiu em 1990 e atualizou em 2002, os cuidados paliativos como sendo uma abordagem, que visa a qualidade de vida e bem estar de pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, sendo estes assistidos por uma equipe interdisciplinar que atuaria de forma a prevenir e atenuar os sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais. (SANTOS, 2011)

A atuação da equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, é orientada por princípios estabelecidos pela OMS. Sendo estes, considerados fundamentais para efetividade do cuidado integral ao paciente: proporcionar atenuação da dor e de outros sintomas que geram desconforto; reafirmar a vida e compreender a morte como um processo natural; não antecipar e nem protelar a morte; incluir os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado do enfermo; fornecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver de forma ativa tanto quanto possível até a morte; fornecer um sistema de apoio aos familiares, visando auxiliá-los durante o processo de adoecimento do paciente, bem como, no processo de luto frente a morte do ente querido; utilizar abordagem interdisciplinar para que se possa ter acesso as demandas biopsicossocial e espiritual dos pacientes e seus familiares, de forma a prestar-lhes assistência, incluindo aconselhamento e suporte ao luto; intensificar e melhorar a qualidade de vida, de forma a influenciar positivamente no curso da doença; pode e deve ser aplicado no início do curso da doença, juntamente com as terapias que prolongam a vida, realizando avaliações frequentes para melhor compreensão e abordagem das situações clínicas que causam sofrimentos. (GOMES; OTHERO, 2016)

O objetivo primordial a ser alcançado a partir dos respectivos princípios, é a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam doenças crônicas de caráter evolutivo e progressivo. Segundo Santos (2011), a qualidade de vida a qual se refere a filosofia do cuidado paliativo é a que o enfermo e seus familiares avaliam como apropriada. Compete ao médico, auxiliá-los nas decisões que impliquem no respeito e na dignidade a vida, considerando sempre a singularidade de cada um envolvido no processo. Nessa perspectiva, a ANCP (2009), afirma que há um cruzamento do cuidado paliativo com os princípios da autonomia, beneficência e não-maleficência da bioética, uma vez que no respectivo modelo de atenção, o paciente tem autonomia para tomar decisões acerca do seu processo e estas são respeitadas. A equipe se

empenha em agir em benefício do mesmo, buscando sempre aliviar as dores e sofrimentos e evitando instituir terapêuticas fúteis que possam comprometer a qualidade de vida dos mesmos.

No Brasil a humanização na assistência à saúde adquiriu potencialidade quando o Ministério da Saúde percebeu-a enquanto um método que seria capaz de proporcionar melhorias para os serviços do SUS. A partir dessa compreensão, nos anos 2000, foi instituído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2002, foi instaurado o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (PNADCP), o qual contribuiu significativamente para que os cuidados paliativos se propagassem em nível nacional (SANTOS, 2011).

Em 2005, com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, houve um grande avanço institucional do cuidado paliativo no Brasil. A mesma desenvolveu um trabalho com o objetivo de ampliar cada vez mais esse modelo de cuidado, para que o mesmo se tornasse um serviço de saúde essencial e normatizado. Em 2018, o Ministério da Saúde divulgou uma resolução formalizando a oferta de cuidados paliativos no SUS. A normativa tem como finalidade assegurar que os pacientes e familiares frente a uma doença que ameaça a continuidade da vida, sejam assistidos por uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos desde o diagnóstico até a fase terminal, a mesma define ainda que os serviços devem ser ofertados de forma a abranger as redes de atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência (BRASIL, 2018).

Como pontuado anteriormente, o respectivo modelo de cuidado pode e deve ser inserido juntamente com outras modalidades terapêuticas desde o diagnóstico. No entanto, de acordo com o CREMESP (2008), ele torna-se imprescindível quando a doença evolui a um grau em que as terapêuticas curativas tornam-se ineficazes ao que se propõem: estabilização ou regressão da doença. Sendo este, o momento de comunicar ao paciente e aos familiares o prognóstico desfavorável. É importante ressaltar a relevância em realizar um planejamento de como esse prognóstico poderá ser comunicado, sendo este elaborado através do protocolo SPIKE. Esse protocolo possibilita além de uma adequação na comunicação, um momento de escuta que propicia aos atores envolvidos expressarem seus medos, suas angústias, suas dúvidas, assim como, é possível ainda apresentar outras possibilidades de cuidado, estratégias estas que poderão contribuir para que os mesmos sintam-se acolhidos e seguros, frente a esta complexa situação que tendem a torná-los vulneráveis.

Subsequente a esse momento de comunicação, a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, composta por médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a), assistente social e assistente espiritual, podendo ainda, serem inseridos outros profissionais de acordo com a demanda de

cada paciente, irá elaborar um plano terapêutico individual, de acordo com a compreensão do processo de adoecimento do paciente a partir da sua biografia. Nesse sentido, as relações interpessoais e o diálogo tornam-se fundamentais nos cuidados paliativos, pois é através desta relação e da comunicação com o paciente que a equipe compreenderá os aspectos subjetivos do adoecimento. Também através do diálogo entre os membros da equipe em relação a compreensão desse adoecimento, a partir da perspectiva de cada disciplina, que as propostas terapêuticas serão elaboradas junto ao paciente e familiares (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

5 ATUAÇÃO DO PSICOLOGO NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

O modelo de atenção à saúde dos Cuidados Paliativos por perceber a dor e o sofrimento de enfermos e familiares de forma multidimensional, bem como, o processo de adoecimento permeado de subjetividade, compreendeu que uma assistência pautada em um único saber seria insuficiente para atender as demandas complexas que emergem desse contexto (HERMES; LAMARCA, 2013). Nessa perspectiva, Santos (2011) afirma que nos cuidados paliativos é necessário que haja uma conversão da equipe médica para uma equipe de saúde, dessa forma, a interdisciplinaridade que é um dos princípios da humanização da assistência à saúde, ganha evidência em cuidados paliativos.

Segundo Matos e Pires (2009) a interdisciplinaridade abrange conhecimentos de vários especialistas em uma conjuntura coletiva. O diálogo entre as diversas disciplinas e a aposição dos saberes, possibilitam a percepção da integralidade e a atuação sobre a totalidade. De acordo com Santos *et al* (2015), no âmbito da saúde, a concepção interdisciplinar empenha-se em compreender o ser humano de forma integral e na sua prática busca aprimorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Ainda de acordo com os mesmos autores, para alcançar os respectivos objetivos, a equipe necessita estar em sintonia, e nesse sentido, os princípios que norteiam essa prática contribuem para isso. No entanto, é necessário que haja o envolvimento de todos os membros de forma convicta e sensível. Em relação a essa premissa, Cardoso *et al* (2013) compreendem que se faz necessário no momento da seleção das pessoas que irão compor uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, considerar a identificação de cada membro com certas metas e ideologias, já que para se construir a afinidade de ideias a partir de reuniões, estudos teóricos e discussões de casos, é relevante que haja, mesmo que minimamente pontos de compatibilidades precedentes.

O que irá contribuir significativamente para o desenvolvimento de outros aspectos fundamentais para a realização do trabalho em equipe, com caráter interdisciplinar, sendo estas: a comunicação, o respeito mútuo, a validação de cada disciplina e de cada membro. Elementos estes essenciais também para que a equipe se apoie reciprocamente e consiga lidar com as emoções, as tensões, as angústias e os conflitos que emergem nessas relações, considerando que são profissionais que deparam-se cotidianamente com a dor, o sofrimento e a morte de pacientes e familiares que experienciam enfermidades ameaçadoras da vida. Sendo este, um fator que favorece o surgimento do estresse e de questões emocionais (CARLO; QUEIROZ, 2007).

Logo, a ANCP (2009) afirma que a assistência psicológica torna-se imprescindível em uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, tendo em vista, que todos os envolvidos no processo de adoecimento, morte e morrer (paciente, familiares e equipe) necessitam de acompanhamento psicológico. Nesse contexto, a atuação dos profissionais de psicologia são permeadas de questionamentos e desafios que demandam dos mesmos ações criativas fundamentadas na ética e na abordagem teórica, sendo as suas identidades construídas na equipe a medida que desenvolvem as suas funções articulando-as entre teoria e prática.

O conceito inovador de dor total elaborado pela Cicely Saunders, possibilitou a inserção do psicólogo na equipe interdisciplinar, ao afirmar que há uma inter-relação dos aspectos biopsicossocial e espiritual e portanto, os sintomas físicos eram agravados pelo sofrimentos psíquicos, sociais e espirituais, assim como, estes intensificavam-se em decorrência do não controle das manifestações somáticas. Enfatizando assim, a necessidade de cuidados integrais que possibilitassem o controle das dores e a atenuação dos sofrimentos psicossociais e espirituais dos pacientes e familiares acometidos por doenças crônicas que representem uma ameaça a vida (ELIAS; GIGLIO, 2001).

De acordo com o CREMESP (2008), diante do diagnóstico de uma enfermidade com tais características, o sujeito conscientiza-se de que certos acontecimentos ocorrem independente da sua vontade, esse *insight* leva-o a refletir acerca da sua finitude, e nesse sentido, a doença sinaliza para a possibilidade da morte. Considerando que na sociedade contemporânea a morte é vista como algo vergonhoso, ao deparar-se com essa realidade, inúmeros sentimentos, emoções e sensações emergem: impotência, incerteza, ansiedade, tristeza, lamentações, medos, entre outros. Durante o curso da doença, ocorrem várias perdas e limitações impostas pela mesma, demandando do paciente e seus familiares ajustamento da rotina e dos papéis desempenhados e essa dinâmica de adaptação é constante, tendo em vista, que a medida que a doença evolui são inseridos novos tratamentos, as hospitalizações tornam-

se recorrentes para controle das crises e todas as etapas exigem readaptações. Quando não há um acompanhamento psicológico que auxilie pacientes e familiares a encontrarem recursos para lidar com as mudanças e todas as suas implicações a cada etapa do processo de adoecimento, o bem-estar de todos os envolvidos é comprometido, assim como a adesão ao tratamento, além de tornar mais complexo a elaboração do luto frente a prognósticos desfavoráveis.

Os cuidados paliativos devem ser iniciados precocemente, desde o diagnóstico. No entanto, apesar da evolução desse modelo no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas, ainda é recorrente a sua inserção apenas quando as terapêuticas curativas tornam-se ineficazes para o controle da doença. Sendo assim, a partir da comunicação do prognóstico desfavorável, o paciente passa a ser assistido pela equipe interdisciplinar de cuidados paliativos (SILVA; HORTALE, 2006).

Para a elaboração do plano terapêutico todos os membros da equipe reúnem-se e discutem o caso, considerando a especificidade da demanda e a necessidade do paciente e seus familiares. Em relação a dinâmica da equipe, Santos (2011) pontua que no Brasil os profissionais de saúde ainda encontram dificuldades de atuarem em equipe, principalmente nas de caráter interdisciplinar. O mesmo afirma que a formação não contribui para a interação de disciplinas, pois o modelo paternalista ainda exerce forte influência, no qual, predomina a atuação individualizada. Dessa forma, a possibilidade de realizar um trabalho em equipe pautado na filosofia do *hospice* se dá na prática, quando os membros guiados pelos os princípios dos cuidados paliativos se disponibilizam e se comprometem a propiciar qualidade de vida e dignidade diante da morte para os enfermos e seus familiares.

Após o médico comunicar o prognóstico desfavorável, o psicólogo se coloca à disposição para uma escuta ativa e acolhimento de todos os envolvidos no processo, com o intuito de atenuar o abalo emocional decorrente da iminência da morte. É importante ressaltar que a escuta ativa e a habilidade de comunicação são competências que todos os profissionais da equipe precisam desenvolver, as quais darão suporte ao luto, contribuindo dessa forma para a sua elaboração. Nesse sentido, o apoio ao luto, difere da terapia do luto, sendo esta última efetuada somente por profissionais de saúde mental (FUKUMITSU, 2018).

O profissional de psicologia ao atuar na área da saúde em Cuidados Paliativos, seja no âmbito hospitalar ou não, defronta-se com o sofrimento de pacientes, familiares e membros da equipe, pelas perdas causadas pelo adoecimento e pela morte. Portanto, é imprescindível que a formação deste capacite-o para lidar com as variações do luto seja ele, o luto antecipatório, relacionado as perdas reais e simbólicas durante o processo de adoecimento e de morrer, o luto

propriamente dito, quando ocorre a morte do paciente e o luto após a morte (PORTO; LUSTOSA, 2010). Nesse sentido, Santos (2011) comenta que dentre os profissionais que compõe a equipe, o psicólogo é por sua formação o que possui melhor manejo para lidar com as questões emocionais dos envolvidos, auxiliando-os assim, a reconhecerem, compreenderem e utilizarem recursos e possibilidades para lidar com os conflitos que emergem nesse contexto.

Segundo o mesmo autor, para que as intervenções sejam possíveis e efetivas, é necessário realizar algumas avaliações e somente após essa etapa, elaborar planos de estratégias. Sendo assim, é pertinente analisar a condição emocional do paciente, de seus familiares e da equipe em relação aos mesmos. Também se faz necessário, investigar as formas de enfrentamento utilizada frente ao processo de adoecimento, como se dá a dinâmica das relações e qual o grau de comprometimento dos envolvidos, avaliar as reações emocionais de pacientes e familiares, tendo como referência os cinco estágios emocionais diante da iminência de morte elaborados pela Elisabeth Kubler-Ross, investigar ainda se há ou não doenças psiquiátricas, se sim, analisar se é precedente ao adoecimento ou se desenvolveu-se durante o processo, é necessário também atentar-se para o nível de estresse e cansaço dos cuidadores formais e informais e observar se há uma compreensão e uma comunicação aberta entre os enfermos, familiares e os profissionais.

Nesse contexto, de acordo com a ANCP (2009) o psicólogo atua enquanto mediador e facilitador da comunicação entre todos os atores envolvidos no processo, contribuindo assim, para que estes consigam compreender as reações e emoções que emergem frente ao processo de morte e morrer, e a partir dessa compreensão possam estabelecer vínculos pautados no respeito, na empatia e no não julgamento, promovendo assim, o engajamento de todos afim de alcançar os objetivos propostos no plano terapêutico.

Segundo Kubler-Ross (1996), frente a um prognóstico desfavorável o paciente poderá experienciar os respectivos estágios: a negação, tende a ocorrer quando o mesmo recebe a notícia do prognóstico desfavorável, quando não é mais possível negar essa condição, o sentimento de raiva emerge como segundo estágio, a qual muitas vezes é projetada em familiares e na equipe, em uma tentativa de protelar a finitude o paciente entra no terceiro estágio, a barganha, sendo características dessa fase as promessas a divindades, bem como, as negociações com a equipe acerca de mudanças de hábitos para recuperar a sua condição precedente a doença. Após passar pelas etapas da raiva, negação e barganha, o paciente começa a refletir em relação as perdas sejam essas: do corpo, financeira, profissional, familiar, dos projetos que não irão concretizar-se, caracterizada como a fase da depressão e por fim a aceitação, quando o paciente compreende a morte como parte da vida. A autora afirma que as referidas etapas servem como parâmetro

para o atendimento psicológico, no entanto, é relevante salientar que nem todos os pacientes vivenciam todas as etapas e nem sempre seguem essa sequência.

A esperança, segundo Mendes *et al* (2009), está presente em todas as etapas supracitadas e é ela que contribui para que o paciente continue acreditando e buscando um sentido para tudo o que está vivenciando, sendo de grande relevância durante todo o processo, já que de acordo com Gomes (1992) quando existe um motivo pelo qual viver, as pessoas encontram formas de como viver. Portanto, a atribuição de significado diante de situações limite como a iminência da morte, poderá contribuir para a atenuação do sofrimento existencial, bem como, servir como fator de proteção contra a depressão e a desesperança.

De acordo com Breitbart (2009), até pouco tempo atrás os objetivos de intervenções psicoterápicas e terapêuticas na assistência a pacientes em iminência de morte, eram pautadas em dois conceitos básicos: apoio e não abandono. No entanto, atualmente os profissionais de psicologia tornaram-se “mais ambiciosos” em relação a finalidade desse processo, buscando trabalhar questões que contribuam para que estes aceitem a vida experienciada por eles, e dessa forma aceitem também a morte, sendo estas, molas propulsoras para inúmeras transformações, que poderão contribuir significativamente para o enfrentamento da finitude. Considerando que ao enfrentar a morte há um aperfeiçoamento na busca pelo sentido e significado da vida e da morte, bem como, o reconhecimento do potencial que possui e a possibilidade de viver intensamente o tempo que lhe resta, nesse contexto, é possível ainda que o enfermo transcenda a dimensão humana e conecte-se com uma força maior, que o fará compreender muitas questões, assim como, trará esperança, paz e conforto frente a essa situação de crise enfrentada pelo mesmo.

Para que o paciente consiga aceitar a finitude e desfrute do bem-estar psicológico e espiritual decorrente dessa aceitação, é necessário que o mesmo sinta-se compreendido, acolhido e aceito de forma incondicional, para tanto, é fundamental que haja investimento na relação terapêutica, pois é a partir da confiança estabelecida nessa relação que o paciente conseguirá expor as questões que provocam sofrimento existencial e dessa forma o psicólogo poderá através da escuta ativa e de habilidades técnicas possibilitar o autoconhecimento e o reconhecimento de recursos para o enfrentamento da finitude. Nesse contexto há ainda as intervenções pautadas na comunicação não verbal, tendo em vista, que de acordo com as condições clínicas de cada paciente, às vezes a comunicação verbal torna-se comprometida, demandando do psicólogo a presença física, utilizando-se de toques e gestos que denotam apoio, cuidado, acolhimento e empatia (MENDES *et al*, 2009).

De acordo com o CREMESP (2008), além das habilidades para trabalhar com o paciente dentro desse contexto, é imprescindível o conhecimento e a competência para desenvolver trabalhos terapêuticos com grupos e ou famílias, uma vez que o psicólogo realiza grupos terapêuticos em sala de espera, assim como, com familiares. De acordo com Kovács (1992) frente ao prognóstico desfavorável de um ente querido, os familiares tendem a passar pelos mesmos estágios do paciente, e o modo como irá enfrentar essa situação, dependerá da estrutura de cada um dos membros que compõe o sistema familiar e ainda da relação que se estabelece entre os mesmos. Podendo surgir assim, várias questões relacionadas ao luto antecipatório, a ambivalência de sentimentos, receio de presenciar o sofrimento e a degradação do paciente, o sentimento de impotência por não vislumbrar possibilidades de atenuar o sofrimento, assim como, a culpa e a necessidade de reparação.

Diante das referidas demandas, Santos (2011) afirma que o suporte psicológico torna-se fundamental. Considerando que se estas demandas não forem trabalhadas poderão interferir negativamente na relação paciente-familiares e equipe e conseqüentemente na finalidade dos cuidados paliativos que é a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares durante esse processo. Portanto, cabe ao psicólogo na intervenção com os familiares, possibilitar um espaço de escuta e acolhimento para que estes possam expressar seus medos, angústias e ansiedades, possibilitando assim, as intervenções terapêuticas as quais poderão auxiliá-los a encontrar estratégias de enfrentamento para lidar com a situação de crise, assim como, elaborar as perdas decorrentes desse processo. Segundo Kovács (1992), trabalhar o luto antecipatório dos familiares durante o processo de morrer do paciente, diminui a probabilidade do luto complicado após a morte, é importante ressaltar ainda, que esse suporte psicológico ao luto dos familiares é fornecido antes, durante e após a morte do paciente.

No contexto dos Cuidados Paliativos, de acordo com Hermes e Lamarca (2013), não são apenas os pacientes e familiares que são afetados pela a iminência da morte, os profissionais da equipe também. Tendo em vista, que o acompanhamento do processo de morrer do paciente, poderá fazê-los refletir acerca da sua própria finitude, gerando assim, angústia e ansiedade. No entanto, essa não é a única fonte de desconforto para os profissionais de saúde que atuam na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, considerando que cotidianamente os mesmos vivenciam situações estressoras, quando em decorrência dos estágios da negação e da raiva, pacientes e familiares agem de forma agressiva, resistem seguir as recomendações que lhes são solicitadas, não respeitam as regras do serviço e fazem acusações. Quando não manejadas essas fontes de estresse pode desencadear a Síndrome de *Burnout*, que ocorre quando o estresse

laboral se torna crônico, causando efeitos negativos graves, comprometendo dessa forma a qualidade de vida nos âmbitos: pessoal, profissional, familiar e social.

De acordo com a ANCP (2009), na tentativa de evitar que as fontes de estresse ocasionem danos severos ao profissional de saúde. O psicólogo busca identificá-las através de canais de comunicação formais e informais, assim como, se colocando sempre à disposição para o diálogo com os membros da equipe quando estes sentirem-se desconfortáveis com situações envolvendo o paciente e seus familiares. Dessa forma, o profissional de psicologia poderá elucidar para os membros da equipe, que alguns discursos e atitudes do paciente e seus familiares consideradas hostis por eles, são provenientes da condição de estar frente a morte, auxiliando-os assim, a compreenderem a psicodinâmica destes, a partir do contexto da iminência de morte, proporcionando ainda, um espaço de escuta e acolhimento para que os profissionais possam expressar como se sentem nessas relações, abrindo assim, possibilidades para as ressignificações. Uma outra forma de intervenção com a equipe de saúde, citada por Mendes *et al* (2009), é a metodologia de *Balint*, na qual o grupo discute casos, com a finalidade de uma melhor compreensão acerca das questões emocionais, visando a atenuação de contra-ataque dos profissionais, considerando que revidar as respostas emocionais do paciente e familiares, poderá ter implicações desfavoráveis no processo de cuidar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das discussões acerca dos obstáculos e possibilidades na atuação do psicólogo que integra a equipe de cuidados paliativos, foi possível perceber que a formação do psicólogo não habilita-o para a atuação no âmbito hospitalar, sendo necessário que este recorra a cursos de formações e especializações que abordem a Psicologia da Saúde e Hospitalar, bem como a Tanatologia, uma vez que lidará cotidianamente com o processo de adoecimento e quando atuando em equipe de cuidados paliativos com o processo de morte e morrer, demandando do mesmo habilidades e competências para auxiliar no processo de elaboração do luto do paciente, seus familiares e membros da equipe, diante das perdas reais e simbólicas que ocorrem durante o processo.

Foi possível perceber ainda que há uma dificuldade não apenas do psicólogo, mas de todos os profissionais que atuam na equipe em realizarem o trabalho em grupo, tendo em vista, que na formação, os mesmos são estimulados ao trabalho individual e não grupal. Portanto, é na prática que os profissionais desenvolvem a habilidade do trabalho em equipe.

As atribuições do psicólogo na equipe, são voltadas para atender as demandas psicológicas de todos os envolvidos no processo de adoecimento e de morte e morrer (pacientes, familiares e equipe). Em decorrência da morte ser percebida como algo vergonhoso e dessa forma ser negada pela sociedade contemporânea, a iminência da morte suscita sentimentos e emoções que geram sofrimento existencial, sendo a assistência psicológica relevantes para a elaboração e ressignificação do sofrimento vivenciado pelos envolvidos no processo

Para tanto, é necessário que o psicólogo pautado na teoria, na técnica e na ética, realize intervenções que possibilite que os atores envolvidos no processo de morte e morrer encontrem recursos e possibilidades para enfrentarem esse momento. Contribuindo assim, não apenas para o bem estar individual, mas também, para o equilíbrio nas relações paciente-familiares e equipe de cuidados.

A iminência da morte, suscita inúmeras perdas. No entanto, possibilita também crescimento e evolução, pois frente a finitude, surge a necessidade e a implicação dos pacientes em refletirem e compreenderem a sua vida e encontrarem um sentido para a vida e para a morte. Sendo o psicólogo um facilitador desse processo de autoconhecimento. O suporte psicológico aos familiares, permite que os mesmos consigam elaborar o luto durante o processo de morte e morrer, diminuindo assim, a probabilidade de um luto complicado após a morte do ente querido.

Portanto, mesmo diante dos vários desafios encontrados na prática do psicólogo que integra a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, o mesmo consegue contribuir de forma significativa junto a equipe para que o paciente e os seus familiares enfrentem o processo de adoecimento e o processo de morte e morrer com qualidade de vida e dignidade.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 2009.

ALMEIDA, Raquel Ayres; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A pratica da psicologia da saúde. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 2011

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto Et Al. **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1998.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Novos rumos na psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

AZEVEDO, A. V. S; CREPALDI, M. A. A psicologia do hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Constituição da Organização Mundial de Saúde em 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 09, Set.2019

BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. São Paulo: Minha Editora, 2016.

BOTEGA, Neury José. **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sobre a vigilância de DCNT. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>. Acesso em: 19, Mar.2020

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Ministério da Saúde normatiza cuidados paliativos no SUS. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44723-ministerio-normatiza-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 29, Maio.2020

BREITBART, W. Retidão, integridade e cuidado: como viver frente a morte. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. 2009

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U, 1995.

CARDOSO, D. H, et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto – Enfermagem**. 2013

CARLO, M. M. R. P; QUEIROZ, M. E. G. **Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2007.

CASTRO, Elisa Kern; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2004.

CHIATTONE, H. B. C; SEBASTIANI, R. W. **Introdução em Psicologia Hospitalar**. Nemeton. São Paulo, 1990.

COMBINATO, D. E; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP Nº 02/01**. Brasília, 2001.

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES**. 2016.

- ELIAS, A. C. A; GIGLIO, J. S. A questão da espiritualidade na realidade hospitalar: o psicólogo e a dimensão espiritual do paciente. **Estudos de Psicologia**. 2001
- ESCUDEIRO, Aroldo. **Tanatologia: temas impertinentes**. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011.
- FISCHER, Joyce Mara Kolinski, et al. **Manual de Tanatologia**. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FUKUMITSU, K.O. **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. Summus, 2018.
- GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**. 2016
- GOMES, J. C. V. **Logoterapia: a psicoterapia existencial humanista de Viktor Emil Frankl**. 1992.
- HERMES, E. R; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2013
- IMANISHI, Helena Amstalden; SILVA, Lucieli Lopes. Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 2016
- KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- MARINELLI, Alexandra. **Evolução da assistência à saúde**. Rio de Janeiro, 2006.
- MATOS, E; PIRES, D. E. P. P. Práticas de cuidados na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto – Enfermagem**. 2009
- MELLO, Inaia Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008.
- MENDES, J. A, et al. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 2009
- MONTEIRO, Daniela Trevisan. **A comunicação de más notícias na perspectiva de médicos e familiares**. 2013.
- MOSIMANN, Laila T Noletto; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e o Hospital. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Rio de Janeiro, 2011.
- PALMEIRA, Aline Tonheiro. **Representações sociais de doença crônica: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica**. 2009.
- PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?**. Paulus. 2006

- REMOR, E. A. **Psicologia da Saúde: Apresentação, Origens e Perspectivas**. 1999.
- RIBEIRO, José Luís Pais. **Psicologia e Saúde**. Placebo, Editora LTDA. 2010
- SANTOS, R. N. L. C. Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2015
- SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: editora Atheneu, 2011.
- SANTOS, Z. M. S. A; FROTA, M. A; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. 2016.
- SEBASTIANI, R. W. **Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva Latino-Americana**. 2006
- SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nessa área. **Cadernos de Saúde Pública**. 2006
- SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2016.
- SOBROSA, Genesis Marimar Rodrigues, *et al.* O desenvolvimento da psicologia da saúde a partir da construção da saúde pública no Brasil. **Revista de Psicologia da IMED**. 2014
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre. Artmed, 2005.
- TADDEO, Patrícia da Silva Et Al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2012.
- TESSER, Charles Dalcanale. Três considerações sobre a “má medicina”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 2009