



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

THAIS PEREIRA DA SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE: IMPLICAÇÕES SOBRE O OLHAR  
DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA.**

Juazeiro do Norte  
2020

THAIS PEREIRA DA SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE: IMPLICAÇÕES SOBRE O OLHAR  
DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada 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

THAIS PEREIRA DA SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE: IMPLICAÇÕES SOBRE O OLHAR  
DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA.**

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)

---

NADYA RAVELLA SIEBRA DE BRITO SARAIVA

Avaliador(a)

---

MARIA JÚLIA BEZERRA BARREIRA ROMÃO

Avaliador(a)

# CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE: IMPLICAÇÕES SOBRE O OLHAR DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA.

Thais Pereira da Silva<sup>1</sup>  
Joel Lima Junior<sup>2</sup>

## RESUMO

A proeminência deste trabalho reporta acerca das implicações sobre o olhar do profissional de psicologia frente os cuidados paliativos e finitude, uma vez que discursos como finitude tornam-se cada vez mais abrangentes diante um prognóstico desfavorável. A psicologia encontra nesse espaço um diálogo com a interdisciplinaridade, possuindo como ferramenta a subjetividade e promoção de vínculos entre família, paciente e equipe multidisciplinar. O presente artigo trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e bibliográfico que possui como objetivo geral discutir o papel da Psicologia frente os cuidados paliativos e finitude. Ressalta-se que a partir da estimativa para novos casos de câncer, se faz importante refletir acerca das representações e dimensões que afetam o paciente, o manejo para humanização da dor e alívio de sintomas que constantemente precisam se atualizar, conforme se compreende o ser humano como bio-psico-social-espiritual.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Processo de adoecimento. Psicologia. Finitude.

## ABSTRACT

The prominence of this work reports on the implications of the psychology professional's view of palliative care and finitude, since discourses such as finitude become increasingly comprehensive in the face of an unfavorable prognosis, psychology finds in this space a dialogue with interdisciplinarity, having as a tool the subjectivity and promotion of bonds between family, patient and multidisciplinary team. This article is a qualitative, descriptive and bibliographic study whose general objective is to discuss the role of psychology in palliative care and finitude. It is noteworthy that from the estimate for new cases of cancer, it is important to reflect on the representations and dimensions that affect the patient, the management for humanization of pain and relief of symptoms constantly needs to be updated, as the human being is understood as bio-psycho-social-spiritual.

**Keywords:** Palliative Care. Illness process. Psychology. Finitude.

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: thaispereira293@gmail.com

<sup>2</sup>Mestre em Ciências da Saúde. UFRN. Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail:joellima@leaosampaio.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

Os Cuidado paliativos (CPs), tal qual conhecemos na atualidade, referem-se à um movimento que tem como precursora Cicely Saunders, pois foi a partir de sua experiência com um paciente com prognóstico desfavorável que permitiu que a mesma aprofundasse o olhar para as pessoas e famílias que vivenciavam e enfrentavam o sofrimento de uma doença ameaçadora. Em seus estudos Cicely buscava atender princípios que fosse de encontro com as necessidades dos pacientes, considerando a dor física, emocional, social e espiritual, contextualizando-se por “dor total”. (SANTOS, 2011, p. 08).

As condições tratadas pelos CPs, atendem às características muito específicas da doença que acomete o enfermo, as tecnologias em muito contribuem, mas o foco principal do cuidado paliativo está em refletir novas condutas diante da finitude, compreendendo o sujeito em sua “dor total” e adotando uma postura que trabalhe qualidade de vida e qualidade de morte, para isso cabe mencionar que não trata-se de uma terminalidade, mas sim de uma doença que ameaça a vida, possuindo assim possibilidades de ação e assistência que regem os princípios dos CPs. (MATSUMOTO, 2012, p.23-26).

Na proporção que os CPs crescem, no Reino Unido, outra pesquisadora conhecida por Elisabeth Kubler- Ross realizava entrevistas com pacientes com prognóstico desfavorável, a mesma foi capaz de reconhecer a fala desses sujeitos e apresentar em seu livro “ Sobre a Morte e o Morrer” os questionamentos e história desses pacientes, apresentando novos escritos sobre a morte, e afirmando a possibilidade de estudá-la cientificamente. (SANTOS, 2011, p.11).

Assim como todo tratamento, os CPs necessitam da atenção redobrada de uma equipe de profissionais, que juntos atuarão para contribuir com a minimização da dor, a partir de estratégias que ofertem a possibilidade de bem-estar e conforto. Este artigo trará como discussão a prática do cuidado do profissional de psicologia, de forma a compreender sua atuação frente a doença, pois diferente da conduta médica, esse profissional lida constantemente com as reações psicológicas, estando frequentemente familiarizado com o discurso de morte que costuma vir à tona nessa fase da vida.

Esse tema ganha justificativa a partir da necessidade de se entender que CPs e finitude tem a relevância de ser debatido, colocando em pauta as vivências dos

sujeitos enfermos, assim como familiares e profissionais. Entendendo as fragilidades e limitações de alguém que luta contra uma doença ameaçadora, fazendo de grande valia para aprofundamento de estudos e pesquisas na área, contribuindo para a formação de profissionais e métodos de humanização da dor.

Portanto o presente artigo se caracteriza como um estudo qualitativo, descritivo e bibliográfico que possui como objetivo geral discutir o papel da psicologia frente o cuidado paliativo e finitude, contando com os seguintes objetivos específicos, analisar a relação do psicólogo com o paciente, compreender a representação social da doença e analisar as condutas de humanização de dor e alívio de sintomas.

O levantamento da literatura foi feito através de banco de dados: Sites oficiais como Ministério da Saúde, livros, BV e Scielo, o critério de inclusão foi por textos descritos em língua portuguesa publicados entre 2004 e 2020, em um período de 03 de fevereiro de 2020 a abril do mesmo ano. Utilizou-se como descritores: Cuidados paliativos, finitude humana, câncer e processo de adoecimento.

## **2 O CÂNCER E O PROCESSO DE ADOECIMENTO**

Enquanto enfermidade, o câncer é um dos principais problemas de saúde pública existente no mundo, estima-se um aumento caracterizado pelo processo de envelhecimento, pelo crescimento populacional e prevalência de desenvolvimento socioeconômico. Essa condição patológica pode ser afetada por contextos culturais, biológicos, políticos e sociais, diferindo de pessoa para pessoa. No Brasil, há uma estimativa que aponta para 625 mil casos novos de câncer e para isso se faz importante compreender o processo de adoecimento e sua representação enquanto posição social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Com a estimativa crescente da doença no Brasil, o registro de novos casos foram apresentados em síntese pelo Ministério da Saúde (2019) indicando as atuais situações para os anos de 2020-2022, o maior número estimado é para o câncer de pele, com aproximadamente 83.770 em homens e de 93.160 em mulheres, a segunda maior incidência está para o câncer de mama estimando 66.280 novos casos e em terceira instância o câncer de próstata contando com 65.840 novos casos. Baseado nesses dados e considerando margem de erro, se faz importante

utilizar dessa informação como meio preventivo, bem como conscientização para que seja refletido e pautada novas condições e métodos de tratamento.

Receber um diagnóstico em meio uma rotina pessoal, não é algo esperado pelas pessoas e se torna ainda mais difícil tomar conhecimento de um câncer, a partir dessa informação muitos questionamentos são elencados, sendo um deles, o que é o câncer, para isso, o Instituto Nacional de Câncer, informa que em condições fisiológicas, “ O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos” ( MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, n.p).O tratamento para a doença consiste em cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante, o Sistema Único de Saúde (SUS) efetua todo o tratamento, aliado a isso, o cuidado paliativo surge como uma medida que objetiva manejar os sintomas e melhorar as condições clínicas do paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Submeter-se a um tratamento oncológico, retrata dá novos sentidos e significados a uma nova realidade, objetivando uma nova adaptação do usuário, assim como da família, as mudanças afetam o cotidiano de todos os envolvidos. Por isso, a intervenção do cuidado paliativo deve contemplar o apoio de familiares e equipe cuidadora. Para isso, o Programa de Saúde da Família (PSF), enquanto atenção primária, que está inserida na comunidade e assume uma condição focada, deveria ter estrutura para atender e prestar assistência também em cuidados paliativos, e essa discussão se dá devido à dificuldade do sistema de saúde de manejar comorbidades. (SANTOS; MATTOS, 2011, p. 18-23).

Adoecer ocupa lugar na condição de saúde, em termos fisiológicos algumas limitações tendem a ser mais observadas e sentidas pelo paciente, por isso a troca de informações e comunicação tende a possuir um espaço que facilita o enfermo narrar sua experiência e apresentar sua visão frente uma doença ameaçadora (MANSO *et al*, 2019 p. 68-69). Enquanto um aspecto psicossocial, as mudanças elencadas pelo padecimento de uma doença podem elevar os níveis de ansiedade e depressão, pois constantemente o paciente encontra-se em um colapso de reações e estímulos. Em 2017, um estudo realizado com 233 pacientes oncológicos, relevou que mais de um quarto possuem prevalência para (26,18% ansiedade e 31,33% depressão), predominando o sexo feminino com maior taxa de depressão, por isso mediante a fala dos pacientes se faz importante o lugar de escuta, assim como a

incidência do acompanhamento familiar frente esse desafio. (FERREIRA, *et al*, 2017 p.322-326).

Em termo de representação social, compreender o processo de adoecimento compete abordar muitos sentidos e significados construídos e experienciados de forma muito subjetiva, para isso, Canguilhem(2009), traz com clareza a ideia de uma normalidade enquanto condição normativa, porém tende a variar quando se entende a linha tênue da condição subjetiva que está inteiramente ligada a relação consigo mesmo, e a simultânea relação com o mundo, com isso o indivíduo passa a experimentar a possibilidade entre o normal e patológico, sendo assim, o patológico é entendido como algo que está para fora da norma.

Os ensaios e notas de Berger e Luckmann (2004), apontam para uma construção da realidade baseada naquilo que o sujeito vivencia e sua interação com o mundo, as mudanças se adaptam e ganham forma na medida que se entende e aceita os fenômenos externos e internos, a rotina ganha espaço para novos processos, possuindo significados. Sendo assim cabe salientar quando Berger e Luckmann (2004, p.39) dizem que " a realidade da vida cotidiana está organizada em torno do aqui de meu corpo e do agora do meu presente". Sendo assim o adoecer ou receber a informação de uma doença, surge como um experimento que foge o interesse de qualquer sujeito, que almeja outras condições.

A comunicação é um dos fatores primordiais em um processo de diagnóstico, uma vez que a mesma assume uma posição complexa e quando não bem administrada pode causar prejuízos na vida do paciente. Para isso é necessário ter a competência de transmitir uma má notícia, mesmo compreendendo toda a dor causada por essa notícia, é direito do paciente ser informado. Silva e Araújo (2012), evidenciam que essa troca não deve ser apenas por meio da fala direta, o manejo está em objetivar uma relação de cuidado, compreensão das reações, expressões e interações, a difícil dimensão da comunicação exige do profissional uma série de estratégias verbais e não verbais que quando unidas ao contexto prático tendem a causar menos danos.

Um dos modelos mais usados em comunicação de más notícias é o protocolo Spikes, que assume uma série de 6 passos que propõe facilitar para que o profissional tenha mais tranquilidade e segurança na hora de transmitir o diagnóstico, Cruz e Riera (2016, p. 107) descrevem que os passos usados no protocolo, " Preparando para o encontro, percebendo o paciente, convidando para o

diálogo, transmitindo informações, expressando emoções, resumindo e organizando estratégias”. Os autores pontuam que essas estratégias podem diminuir a tensão e funcionar de roteiro que vise a humanização da dor do outro, assim como preparar para uma boa comunicação.

### **3 CUIDADOS PALIATIVOS E FINITUDE**

#### **3.1. BREVE PERCURSO HISTÓRICO DOS CPS**

O cenário dos CPs surge com o crescimento de doenças crônicas e severas que ameaçam a vida, mas nem sempre foi assim, o termo já foi confundido com a palavra “ hospice”, que eram abrigos ou hospedaria que tinham como função abrigar fieis e viajantes. A época em questão datava do século V, o que retoma a preceitos culturais extremamente religiosos de matriz cristã, avançando no tempo, na Europa durante o século XVII esse termo “ hospice” converte no conhecimento de uma instituição de caridade que tinha por objetivo abrigar as pessoas excluídas da sociedade que costumavam ser doentes e sem teto, mais a frente essa perspectiva de abrigo evolui no século XIX, quando denota características semelhantes a hospitais, devido a prática do cuidado através de irmãs de caridade que realizavam cuidado espiritual através de preces e orações com a tentativa de controle da dor (MATSUMOTO, 2012, p.23-24).

Na história moderna elencada por Santos (2011, p. 05) “ o primeiro uso registrado da palavra hospice relacionada ao objetivo de cuidar de moribundos foi empregado na cidade de Lyon, França, em 1842, por Madame Jeanne Garnier, que fundou vários hospices.” Entretanto somente em 1967 a partir da experiência de Cicely Saunders nos hospices St. Joseph e St. Luke, ela pôde analisar durante 7 anos seus escritos, a partir de entrevistas e pesquisas sobre o controle de sintomas dos pacientes que acompanhava, e isso a torna pioneira nos estudos de pacientes com prognóstico desfavorável (SANTOS,2011).

Cicely Saunders não parou por aí, ingressou na busca pela formação em enfermagem, e em sua prática teve conhecimento de um paciente chamado David, que possuía uma doença inoperável, com isso Cicely Saunders visitou o mesmo até sua morte, tendo conhecimento de sua vida através de várias conversas. Em sua partida, David deixa toda sua fortuna para a jovem enfermeira, assim como uma

frase que a motivou olhar o cuidado de outra forma: “ Eu serei sua janela na sua casa”. Ainda no ano de 1967 na cidade de Londres ela funda o St. Christopher’s Hospice, que permitia estudos e linhas de pesquisa assim como a assistência para pessoas doentes. (MATSUMOTO, 2012, p.25).

O tecnicismo do tratamento desenvolvido na pessoa com prognóstico desfavorável era evidenciado por muitos aparelhos que sobrecarregavam a qualidade de vida, causando dor e sofrimento ao paciente, assim como à família, os poucos recursos dificilmente voltavam o olhar para questões emocionais. As várias tentativas para manter vivo o paciente, em muito aumentavam seu sofrimento, com isso a partir dos estudos e pesquisas proporcionados pela Cicely Saunders, mudanças foram propostas na intenção de que se entendesse que a doença não é tudo que define a pessoa, por trás de um diagnóstico existe uma vida que tem perspectiva de ser visto antes de tudo como humano. Com a expansão desse novo conceito de estudo, o que era hospice passa ser conhecido por cuidado paliativo, que de acordo com a OMS significa:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares. (OMS apud Maciel 2008, p.19).

A evolução do conceito passa a ser entendida por uma filosofia, os CPs são dirigidos por princípios éticos que padronizam ações fundamentais que formulam e integram acima de tudo um bem-estar, em diferentes partes do mundo, o que antes era discutido por uma necessidade apenas de quem estava em posição de morte eminente, hoje, o tratamento e inserção desse cuidado começa bem cedo, na fase inicial da descoberta de uma doença inoperável. Atrelado a uma prática que utiliza uma equipe multiprofissional, os CPs aplicam e integram valores éticos que compreendem o ser humano como bio-pisco-social-espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Em CPs, a preservação e garantia dos direitos é um princípio da bioética mínimo que proporciona dignidade e atende as necessidades individuais de cada paciente, considerando sua subjetividade, o princípio da beneficência permite que seja evitado qualquer tipo de procedimento que provoque maior sofrimento, o princípio da não malevolência implica o respeito e honestidade, assegurando as decisões e medidas cabíveis ao contexto, o princípio da autonomia deve ocorrer de forma natural, sem

cobranças, respeitando acima de tudo os aspectos subjetivos, o princípio da justiça defende a equidade e reconhecimento pelas diferenças, das necessidades individuais (CRIPPA *et al.* 2015).

A assistência à saúde em CPs perpetua um novo modelo que por vezes consiste na humanização da dor, a autora Rios (2011), debate que esse ponto de vista permanece em atualização, uma vez que quando se considera os processos subjetivos, isso está sujeito a adaptações. Conforme outrora mencionada, durante os anos 2000 o ministério lançou um programa nacional de humanização da assistência hospitalar que após dois anos, se torna uma política nacional de humanização, a representação deste termo promulga a promoção de um ambiente que qualifica a prática do cuidado, considerando os valores e a dimensão subjetiva do ser humano.

Diante disso, entende-se que dor é aquilo que o paciente diz que é dor, ela é uma combinação de experiências emocionais, sociais, físicas e espirituais, o olhar de dor total, precisa ser compreendido para abordar o sujeito de forma mais ampla e específica. No ambiente hospitalar, as necessidades da dor humana são colocadas em pauta a todo momento, a intervenção ao qual os profissionais são formados, é para avaliar toda a jornada do paciente até sua hospitalização, apesar de rudimentar as políticas públicas em muito contribuem a continuidade do tratamento, sensibilizar-se pela dor do outro, mostra sutilmente a dignidade humana. CPs é trabalhar qualidade de vida e morte, em sua conduta ética administrar a prevalência de sintomas, onde a fadiga se coloca em primeira posição como o que mais debilita e altera o sono, apetite, disposição, a partir disso, o trabalho da equipe paliativista em muito contribui (PESSINI,2002).

### **3.2 Equipe Paliativista**

Receber um diagnóstico nem sempre é enfrentado de maneira positiva, afinal se encara logo como algo que está inteiramente ligado a finitude, sendo assim é necessário reunir uma equipe com as habilidades e formações necessárias para acolher e cuidar daquele paciente, uma das abordagens utilizada pela equipe de saúde é a prática do cuidado paliativo, considerando que a mesma lida com a morte diariamente a experiência vivida pela família e paciente é única, assim como para a

equipe que acompanha o paciente. Como a assistência social, psicologia, enfermagem e medicina (RODRIGUES; ZAGO, 2015).

Com o espaço dos CPs definido como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e família, Hermes e Lamarca (2013) designam através de um estudo realizado com alguns profissionais paliativistas (médico, assistente social, enfermeiro e psicólogo) como a equipe interdisciplinar e multiprofissional que partilha de responsabilidades que proporcionam uma ampliação no cuidado. Esses papéis representativos descritos proporcionam mudança significativa na vida dos pacientes, a individualidade de cada atuação forma um conjunto aprimorado de tratamento e prevenção, que implicam ampliar o cuidado e bem-estar (HERMES; LAMARCA, 2013). Os CPs constituem-se de atendimentos que podem ser ofertados conforme dito por Nunes (2012 p.338):

“(...) vale lembrar que os Cuidados Paliativos não se resumem à assistência prestada a pessoas em fase final de vida. O tratamento paliativo pode acontecer em diferentes âmbitos (enfermaria, ambulatório, hospedaria, visita domiciliar), o que torna plenamente possível a ocorrência de casos em que o doente e a família sejam acompanhados pela equipe ao longo de anos.”

### **3.2.1 Assistente Social**

O (a) assistente social desempenha o papel de comunicação e funções burocráticas entre paciente e família. As mudanças vividas por quem recebe um diagnóstico são muitas, adaptar-se requer tempo, as primeiras impressões e preocupações são para como sobreviver uma rotina densa de tratamento, com isso todos os serviços hospitalares contam com uma equipe de assistência social, que garantirá e viabilizará os direitos como, habitação, educação, renda, trabalho, transporte, saúde e lazer, os serviços do assistente social podem ser encontrados em ambulatórios, enfermarias, emergências e internação domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

### **3.2.2 Enfermeiro**

No resultado de uma pesquisa realizada por Markus et al. (2017), a atuação do profissional de enfermagem no cuidado paliativo, está na assistência e monitoramento dos medicamentos da dor e eventuais riscos sintomáticos, assim

como o auxílio no enfrentamento da doença. Mas não somente isso, ele visa integrar uma relação que acolha a família, que considere as mudanças e fortaleça uma confiança e maior liberdade para uma boa comunicação. De acordo com o autor, o (a) enfermeiro (a) perante os outros profissionais, é o que permanece de forma integral na vivência desse paciente e sua relação com o diagnóstico, fazendo seu acompanhamento e atualizações acerca de suas reações frente as mudanças que lhe ocorrem.

### **3.2.3 Médico**

A atuação desse profissional se dilui na medida que a medicina se atualiza, por muito tempo seu cargo se encarregava de um trabalho sólido e de dominação do saber, atualmente com a interdisciplinaridade, observa-se o reconhecimento de outras áreas afim de somar e contribuir com o tratamento. A prática médica realiza a avaliação e o diagnóstico do paciente, ficando responsável também por administrar o tratamento fisiológico e medicamentoso, garantindo o alívio de sintomas e potencial diminuição da dor (CONSOLIM, 2012).

### **3.2.4 Psicólogo**

A dinâmica do atendimento interdisciplinar pressupõe estabelecer relação com outros campos de atuação, porém diante da demanda de cotidiana vivida por profissionais, se fez necessário estudar e refletir processos que recriem um serviço que abarque a uma dimensão maior, sendo assim Saltz e Stephan (2009 p. 54) refletem em seus estudos, que “ a transdisciplinaridade é a tentativa de construção de uma conceituação multidimensional, considerando vários níveis de realidade. A vida existe na relação com o meio ambiente, com o todo.” A partir disso a caracterização desse termo visa construir uma autonomia, que alie recursos necessários para o bem-estar, exemplificando melhor o termo, respeitar a decisão de não internação e desejo por morrer em casa, é um trabalho que contorna e atravessa família e sociedade (SALTZ; STEPHAN, 2009).

Quando se integra tudo que envolve os CPs, além de atender a um pressuposto trabalho em equipe, atende também a atuação do profissional de psicologia, que possui habilidades técnicas para acolher o sofrimento bem como aspectos subjetivos

na intenção de minimização da dor, proporcionando mediar o vínculo entre paciente e família, conversar sobre a doença bem como elaborar e enfrentar a mesma. A partir da escuta ativa, Saltz e Stephan (2009 p.59) integram que:

A inclusão do psicólogo na equipe atende às necessidades de suporte psicossocial ao paciente, aos familiares e à própria equipe. Este atua nas diversas fases da doença: diagnóstico, tratamento, remissão dos sintomas, controle, recidiva, cura, terminalidade e luto. A atuação ora é multi, ora é Inter, e muitas vezes Transdisciplinar.

Em sua atuação, diversas vezes o psicólogo relaciona-se de forma mais ativa com a subjetividade do paciente, possuindo uma ligação próxima, em um estudo realizado em prol da compreensão de qualidade de vida e relação família, equipe e paciente, Schliemann (2011), analisou que um dos sintomas mais presentes e característicos era a ansiedade em paciente e família, que por vezes se sobressai e tende piorar o quadro físico e emocional, em segunda instância o grau de consciência com relação ao prognóstico revela muitas reações bem como os estágios descrito por Elisabeth Kluber- Ross, em seus últimos resultados a autora supracitada analisa a importância da comunicação, como um aspecto fundamental para relatar sentimentos e elaborar as emoções.

A oferta do atendimento aborda também formar uma rede de apoio, por isso entender a rotina antes do prognóstico, fará muita diferença na formação de vínculos, até mesmo para registrar importantes informações que venham a somar, portanto, trabalhar com possibilidades e reconhecimento de limites, aponta para a construção que valoriza as habilidades multiprofissionais. A necessidade de um plano de cuidado com esse paciente, conduzirá a melhores condições, afim de otimizar atendimento (NUNES,2012).

Em um serviço realizado no ambulatório de Oncologia em Niterói-RJ, a partir de entrevistas com 19 pacientes com câncer, Medeiros (2019) desvelou 4 categorias articuladas na abordagem da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl, dentre elas a percepção do sentido da vida, estratégias de enfrentamento, resignificação e visão de futuro. A investigação do seu trabalho revelou a possibilidade de alguns pacientes sentirem-se mais motivados para viver e refazer ações que contribuam para um sentido, mas que para algumas pessoas resignificar está fora de cogitação, o que pode desencadear um maior adoecimento a caráter de crise existencial, enquanto que suas estratégias de enfrentamento muitas vezes baseiam-se na fé e espiritualidade. A autora supracitada, refletiu a ampliação do

cuidado sobre o sentido da vida de forma a contribuir com quem sofre de uma enfermidade crônica.

Apesar de todo trabalho interdisciplinar que atrai um diálogo de diferentes disciplinas em prol de uma ação, os profissionais presenciam e gerenciam seus próprios sentimentos e conflitos na medida que atua em sua prática laboral, lidar com a dor do outro constantemente, resulta em vários fatores emocionais, com isso Incontri (2011) discute que um tema importante a ser debatido é a morte, pois não se trata de evita-la, mas obter apoio e lidar com toda angustia que envolve o tema, se for o caso o trabalho do psicólogo externo, seria de grande valia nessas condições.

### **3.3 Finitude**

A morte e a vida são dialéticas que conversam muito entre si, no contexto dos CPs se faz mais presente, uma vez que são baixas as perspectivas de cura. Na medida que Cicely Saunders elaborou sua filosofia de CPs, ela pôde avaliar através da comunicação com os pacientes que a maior queixa estava na dor, mas não no sentido de algo somente físico, mas psíquico, social e espiritual, logo o contexto de “dor total” passa fazer sentido em seus estudos. Enquanto isso, no estado norte americano do Arizona, a psiquiatra suíça Elisabeth Kluber-Ross, ficou conhecida por seus documentos que descrevem as experiências vividas com pessoas que apresentavam enfermidades crônicas, uma de suas obras de maior impacto foi “ Sobre a morte e o morrer” na qual descreve os estágios de quem luta com uma doença ameaçadora, sendo eles: “ negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. ” (PESSINI; BERTACHINI, 2006 p. 30). A contribuição da Elisabeth Kluber- Ross cooperou e expandiu muitos hospices nos Estados Unidos (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Trabalhar com o medo, o desconforto com o temor da morte, faz parte da integralidade do serviço dos CPs, aliado a outros profissionais, o psicólogo assume papel importante de mediador, destacar que o medo é normal e pode ser discutido faz parte do processo de terapia, mediar e contextualizar a liberdade do doente e seus direitos é uma das necessidades colocadas pelos CPs, a circunstância de desejar realizar alguns prazeres ou escolher por não ser entubado em situação de grande calamidade, pode materializar-se através do que se conhece por Diretrizes

antecipadas de vontade (DAV) , que consiste em uma declaração onde o paciente descreve seus desejos, inerente a incapacidade de responder por si (NUNES,2016).

Em seu livro Sobre a morte e o morrer Elisabeth Kluber-Ross descreve sobre os ensinamentos dos moribundos, em reflexão ela traz que habituar-se com a morte e o morrer cria uma relação maior de aceitação, do que esperar para pensar sobre isso apenas em situação de risco, da mesma forma que o profissional encarregado de diagnosticar, ao provar honestidade, sem relacionar a doença a morte, presta bem sua missão, quando se abre a possibilidade de que a vida não acabou e não há tempo a perder, se oferta um suporte para quem sofre. Por várias vezes a autora, menciona sobre não tratar a morte como um tabu, ou algo ruim (KLUBER-ROSS, 2005).

Diante a temática e apresentação do tema, estudado pela ciência, filosofia e religião, a morte é intrínseca e partir dela impera muitos comportamentos, a espiritualidade enquanto visão de homem, remete essencialmente ao que se conhece por coping espiritual, que de maneira natural assume a forma de enfrentar questões que evocam diversas reações frente os conflitos. Observou-se efeitos positivos quando o sujeito doente se aproxima de sua fé, sem minimizar o tratamento farmacológico, possibilitando que o manejo de dor e alívio de sintomas se voltem para uma dimensão não apenas física como espiritual (SILVA et al. 2011).

As terapias de base espiritual constituem-se por intervenções cujo buscam auxiliar, começada a ser estudada em 1998, com a evolução da mesma, entre os anos de 2000 e 2005 foi desenvolvido um programa de treinamento intitulado Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), atuando profissionais da psicologia, enfermagem, medicina e terapeutas, em um estudo realizado, objetivou descrever e analisar os tipos de dor, a dor psíquica é representada pelo sofrimento de culpa, depressão, angústia e tristeza, a dor espiritual é caracterizada pelo temor a morte, foi observado que a constante dor sentida por pessoas com prognóstico desfavorável é a dor espiritual, em razão disso as terapias de base espiritual foram desenvolvidas para evocar bem estar e diminuição de sintomas ( ELIAS, 2011).

A finitude humana faz parte da vida, independentemente de ser paciente paliativista ou não, a questão da morte está tão presente quanto a vida, as marcas deixadas pela finitude são fatores que precisam ser gerenciados, por isso na obra de educação para a morte, Kovács (2005), propõe refletir a finitude como uma característica natural e original, que faz parte do ciclo da vida. A possibilidade de

estudar a morte eleva o auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, uma vez que se aceita a única certeza, pressupõe prepara-se para algo que não se escolhe, mas que pode sim ser preparado para oferecer tranquilidade e suporte de aceitação, por isso desconstruir que o paciente paliativo teme a morte é fundamental para sensação de equilíbrio.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A incidência de novos casos de câncer, tem crescido bastante, conforme esses dados se atualizam, as formas de tratamento e cuidado também, uma vez que a ciência possui uma característica de saber contestável, as pesquisas e os estudos no âmbito dos CPs, finitude e psicologia, ganham novos sentidos e significados. Oferecer suporte diante um diagnóstico é bastante desafiador para quem vive, convive e trata a doença, apesar das políticas públicas contribuírem, pensar sobre planos de ação e prevenção devem ser colocados em pauta, pois isso constitui prever contingências diante uma crise por exemplo.

Em detrimento de uma construção de trabalho interdisciplinar, os estudos baseados nas práticas profissionais em muito contribuem como fenômeno potencializador da humanização da dor e alívio de sintomas, espera-se que não se limite a uma troca em escritos no prontuário, mas uma verdadeira conexão que tenha como objetivo comum o cuidado. Os fatores biológicos, sociais e psicológicos permeiam como ciência há bastante tempo, tendo em vista que a dor espiritual tem sido a que mais afeta os pacientes, vale salientar sua importância e seus processos interventivos como forma de tratamento que venha a contribuir na diminuição da dor.

As premissas destacadas tiveram como característica descrever e refletir o aprimoramento das equipes que acompanham os pacientes com prognóstico desfavorável, assim como, questionar o aumento das doenças como os vários tipos de câncer, elencando entender o porquê de um aumento tão abrupto da doença. Religar os saberes científicos das profissões ocupa adaptar-se mediante o contexto em que se vive, por isso o interessar-se em analisar a soma dos tratamentos como um saber que oferece suporte, se faz notório para estudantes e profissionais dedicarem tempo na construção de novos conhecimentos.

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, S. B.; MINAYO, M. C. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 30 abr. 2013.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CONSOLIM, O. L.O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP), 2012.
- CRIPPA, Anelise *et al.* Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. **Revista Bioética**, Porto Alegre, v. 1, n. 23, p. 149-160, 2015.
- CRUZ, C, O; RIERA, R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. **REVISTA DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO**, São Paulo, v. 21, ed. 3, 26 fev. 2016. Disponível em:[http://associacaopaulistamedicina.org.br/assets/uploads/revista\\_rdt/4613f3ef3919fa1f48317cbbd3fd0b2c.pdf#page=12](http://associacaopaulistamedicina.org.br/assets/uploads/revista_rdt/4613f3ef3919fa1f48317cbbd3fd0b2c.pdf#page=12). Acesso em: 29 maio 2020.
- ELIAS, A. C. A. Terapia de base espiritual em cuidados paliativos: Rime (relaxamento, imagens mentais e espiritualidade). In: SANTOS, S.F (Org.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- FERREIRA, A, S. et al. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 62 (4), 321-326, 2017.
- HERMES, H. R; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 30 abr. 2013.
- INCONTRI, D. Equipes interdisciplinares em Cuidados Paliativos: Religando o saber e o sentir. In: SANTOS, S.F (Org.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- KÓVACS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2005.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- MACIEL, S. G. M. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, A. R (Coordenador Institucional). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008.
- MANSO, M. E, et al. Convivendo com o Câncer: Narrativas de adoecimento de um grupo de pessoas idosas na cidade de São Paulo. *Revista Kairós- Gerontologia*, 22 (3), 67-84, 2019.
- MARKUS, Lucimara Andréia *et al.* A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS. **REVISTA GESTÃO & SAÚDE**, [S. l.], p. 71-81, 6 jun. 2017. Disponível em:

<http://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

MEDEIROS, A.Y. B.B. V. A percepção do sentido da vida para o paciente com câncer: um olhar logoterapêutico. 2019. 141 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

MENDES, J. A; LUSTOSA, M. A; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf&ved=2ahUKEwjEsafu7ofpAhWPK7kGHcXtBYwQFjADegQIBRAH&usg=AOvVaw1Y9Ag6pfdhvesSNXgOYWWQ>. Acesso em: 23 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Direitos sociais da pessoa com câncer: Orientações aos usuários. 5 ed., 1. reimpr: Rio de Janeiro, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (Inca) (ed.). Tratamento do Câncer: Cuidados Paliativos. In: **Tratamento do Câncer: Cuidados Paliativos**. [S. l.], 26 nov. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 27 abr. 2020.

NUNES, R. Diretrizes antecipadas de vontade. **Conselho Federal de Medicina**: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Brasília, 2016.

NUNES, V.L. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

PESSINI, L, BERTACHINI, L. O que entender por Cuidados Paliativos? São Paulo: Paulus, 2006.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*-vol.10- n° 2,2002.

RIOS, C. I. Humanização da assistência à saúde. In: SANTOS, S.F (Org.). **Cuidados Paliativos**: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

RODRIGUES, I. G; ZAGO, M. M.F. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Ciência Cuidado e Saúde**, São Paulo, v. 1, p. 31-38, 23 nov. 2015.

SALTZ, E, STEPHAN, C. M. Da Simplicidade à Transdisciplinaridade: História de um Serviço de Oncologia em um Hospital Geral *in*: VEIT, M. T. (coord. Geral) **Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado**. São Paulo. HR Gráfica e Editora. Realização: ABRALÉ – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, 2009.

SANTOS, C, L; MATTOS, L, F, C. Os Cuidados Paliativos e a Medicina de Família e Comunidade. *In*: SANTOS, F, S. (Org.). **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. 1. Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, S. F. O desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos e a Filosofia Hospice. *In*: SANTOS, S.F (Org.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SCHLIEMANN, L.A. Cuidados paliativos e psicologia: a construção de um espaço de trabalho. *In*: SANTOS, S.F (Org.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SILVA, P.J.M; ARAÚJO, T.M.M. Comunicação em Cuidados Paliativos. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

SILVA, S. C, SIQUEIRA, J, STROPPIA, A, ALMEIDA, M. A. Coping espiritual e Cuidados Paliativos. *In*: SANTOS, S.F (Org.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.