



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

LUYARA KELLY NONATO FEITOSA

**NECESSIDADE DE VIDA NA MORTE: O ENFRENTAMENTO DE  
FAMILIARES E PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Juazeiro do Norte  
2020

LUYARA KELLY NONATO FEITOSA

**NECESSIDADE DE VIDA NA MORTE: O ENFRENTAMENTO DE  
FAMILIARES E PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Artigo 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

LUYARA KELLY NONATO FEITOSA

**NECESSIDADE DE VIDA NA MORTE: O ENFRENTAMENTO DE  
FAMILIARES E PACIENTES EM 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: 14/12/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Esp. Indira Feitosa Siebra de Holanda  
Orientadora

---

Me. Joel Lima Junior  
Avaliador

---

Esp. Nadya Ravella Siebra de Brito Saraiva  
Avaliadora

# NECESSIDADE DE VIDA NA MORTE: O ENFRENTAMENTO DE FAMILIARES E PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Luyara kelly Nonato Feitosa <sup>1</sup>

Indira Feitosa Siebra de Holanda <sup>2</sup>

## RESUMO

O presente trabalho visa refletir sobre a compreensão do enfrentamento de familiares de pacientes em cuidados paliativos, e de que forma essa experiência se manifesta no percurso da vivência do sujeito. Considera-se, cuidados paliativos, como uma área de conhecimento da Tanatologia, a qual envolve uma atenção maior aos sujeitos que vivem processos de morte pela perda de pessoas significativas, processos de adoecimentos em decorrência de comportamentos autodestrutivos, suicídios ou por causas externas, pela violência presente principalmente nos grandes centros urbanos. Assim, os cuidados paliativos configuram uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença, por meio da prevenção e redução do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A pesquisa apresenta natureza qualitativa do problema, com uma explanação de caráter exploratório, obtendo todo seu procedimento de cunho bibliográfico. A análise é realizada por área temática atendendo os objetivos propostos referentes ao trabalho. Percebe-se nesta construção científica o engajamento daqueles que contribuem para formação do Psicólogo, buscando sempre evidenciar as particularidades dos sujeitos implicados nesse processo de vivência de enfrentamento dos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Psicologia. Finitude. Processo de enfrentamento em cuidados paliativos.

## ABSTRACT

The present work aims to reflect on the understanding of coping with family members of patients in palliative care, and how this experience is manifested in the course of the subject's experience. Palliative care is considered to be an area of knowledge of Thanatology, which involves greater attention to the subjects who live death processes due to the loss of significant people, illness processes, due to self-destructive behaviors, suicides or external causes, due to the violence present mainly in large urban centers. So, palliative care constitutes assistance promoted by a multidisciplinary team, which aims to improve the quality of life of patients and their families in the face of a disease, through the prevention and reduction of suffering, early identification, assessment and treatment of pain and other physical, social, psychological and spiritual symptoms. The research presents a qualitative nature of the problem, with an exploratory explanation, obtaining its entire bibliographic procedure. The analysis is performed by thematic area meeting the proposed objectives regarding the work. It is noticed in this scientific construction the engagement of those who contribute to the formation of the Psychologist, always seeking to highlight the particularities of the subjects involved in this process of experiencing palliative care.

**Keywords:** Palliative care. Psychology. Finitude. Coping process in palliative care.

---

1Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: luyara\_kelly123@hotmail.com

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

## 1 INTRODUÇÃO

Entre vida e morte se percorre o tempo do viver. Quando próximo da morte, a dor emerge de uma determinada forma, fazendo surgir alguns cuidados necessários como os paliativos. Considera-se, cuidados paliativos, como uma área de conhecimento da Tanatologia, a qual envolve uma atenção maior aos sujeitos que vivem processos de morte pela perda de pessoas significativas, processos de adoecimentos, em decorrência de comportamentos autodestrutivos, suicídios ou por causas externas, pela violência presente principalmente nos grandes centros urbanos (QUINTANA, 2006).

Segundo afirmam Andrade, Costa e Lopes (2013), os cuidados paliativos configuram uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença, por meio da prevenção e redução do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Neste cenário, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos é a principal instituição no país, a qual reúne uma representação de equipes multiprofissionais fornecendo conhecimentos e orientações sobre a prática paliativa no Brasil, apresentando números pontuais sobre esses cuidados. Na contemporaneidade, no Brasil, há cerca de 40 milhões de pacientes necessitando de cuidados paliativos, em que esse número tende a crescer a partir do momento que mais pessoas apresentam piora do quadro clínico das doenças crônicas. Com o objetivo de preservar o máximo possível a autonomia dos pacientes, assim como, o cuidado necessário com experiências dolorosas físicas e emocionais, o trabalho em equipes multiprofissionais se torna fundamental. Neste contexto, o trabalho do psicólogo se torna imprescindível no apoio a esses pacientes (ANCP, 2019).

Complementa Cruz e Almeida (2019) que a responsabilidade para proceder os cuidados paliativos se dirige aos profissionais na área de saúde buscando um cuidado na totalidade do paciente. Desta forma, não se trata de uma função não especializada, fazendo com que surja a contribuição da psicologia como algo significativo e fundamental para sustentar o paciente na medida em que ele possa lidar com as angústias desses momentos, medos, como também, as dificuldades da relação com a família advindas dessa experiência. Esse contexto, aponta que as dificuldades desses momentos ainda são passíveis de

elaboração. A finitude da vida, não é um processo simples humano, apesar de inevitável, e quando acompanhado de adoecimento se torna ainda mais desafiante. Diante desta situação e do crescente número de pacientes carentes desse tipo de cuidados, convém a psicologia discutir com a sociedade sobre suas contribuições neste campo em ascensão.

Dado essas circunstâncias, o presente trabalho propõe a seguinte questão: quais os impactos sócios afetivos provocados nos familiares de pacientes em cuidados paliativos? Para problematizar essa questão, o trabalho possui por objetivo geral analisar formas de enfrentamento de familiares de pacientes em estado paliativo. Os objetivos específicos se desmembra em verificar como o processo de cuidado paliativo impacta na vida dos familiares e na relação família-paciente, e de que forma se dá a elaboração dos papéis da família nesse processo.

Considerando essas discussões, será apresentado o percurso metodológico do trabalho, visto que o método da revisão bibliográfica como uma metodologia ideal conforme pontua Gil (1994), que aponta a revisão de literatura como algo que permite um processo de elaboração mediante um aporte de conhecimento disponível em determinado campo. Considerando este conceito, este trabalho foi desenvolvido com base em pesquisas de artigos no banco de teses da CAPES e plataformas PEPSIC, SCIELO. Foram selecionadas em sua maioria publicações nos anos de 2015 à 2019, objetivando conteúdo baseados em pesquisas recentes dos últimos 05 anos. A articulação destas pesquisas, será fundamentada com as construções teóricas de autores clássicos sobre o tema. As palavras-chaves utilizadas para busca serão “cuidados paliativos”, “finitude”, “psicologia”. Serão considerados critério de inclusão, artigos e resumos em português e espanhol, relacionados ao tema e a Psicologia, e critério de exclusão todos os artigos e resumos que não estiverem dentro deste parâmetro.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A MORTE E O MORRER**

Pontuam Mendes, Lustosa e Andrade (2009) que a morte é um enigma. Ao mesmo tempo que sua presença é inevitável na vida, exerce de forma controversa o terror e o fascínio. Fazer da morte questão é também comum na história humana. Seja o que fazer com a morte em vida, seja se haverá vida após a morte, a dor quem fica, esses vieses fazem da morte ainda um desafio nesse tempo. Nas culturas diversas há diferentes formas de lidar com a morte, assim como há diversos entendimentos de como viver o luto e lidar com perdas. Nesse sentido, fazer

uma elaboração da morte é se deparar com o morrer de cada momento. Enfrentar essa perda constituinte, apesar de fazer insistência como parte da vida, não torna esse movimento simples ou fácil. De uma forma geral, morrer se aproxima da dor de existir e de um destino o qual ninguém escapa.

Há um sofrimento profundo entre viver e morrer. Nietzsche (2008) chegou a escrever que quando o homem sofre se faz necessário olhar friamente as coisas, é como se o homem se encontrasse com o que não é na sua vida, em um encontro profundamente verdadeiro de suas impossibilidades. A vida se faz, neste sentido do escritor, sem cor e sem encanto. Quando o adoecimento acomete a vida, algo vai se desfazendo aos poucos na relação do sujeito com o que mantém a vida. Doenças quanto mais severas, mais aproximam o homem desse fim inevitável e trágico. Não há como escapar daquilo que contem de trágico o fim da vida. É como receber da vida esse olhar frio que toma a existência e que lembra, inevitavelmente, que a morte é parte da vida. Enfrentar o trágico da vida não se mostra apenas enquanto vive, mas também, quando se reconhece que ela também caminha em direção a esse fim, que pode estar logo ali.

Mesmo com as literaturas que tratam sobre a morte e seus significados, percebe-se que essa temática acarreta em sua maioria um imaginário tenebroso e bastante temido na sociedade, visto que, o evitar tratar desse assunto se torna uma alternativa para muitos. Entrelaçando o contexto da morte advindas por doenças ou outras ocasiões, assim como aponta o parágrafo anterior, enxerga-se também um ponto bastante relevante que é o prolongamento do processo de morrer, consequência afim de sua negação, fazendo com que o sujeito enfermo ou o seu próximo, seja submergido ao sentimento de culpa, desencadeando todo um processo de elaboração da morte de forma confusa e pouco inerente com a realidade (KOVÁCS, 2008).

São nessas considerações que se enfrentam os contextos diante da morte e do morrer, banhado pelos seus significados e seus processos, em que lidar com essa realidade promove não somente um enfrentamento adequado diante daquilo que se é inevitável, mas também, o entregar-se a uma experiência que possa construir novas verdades, sendo uma configuração até mesmo evolutiva do ser humano no que se trata de que algo ainda visto como um processo natural de vida. A morte e o seu processo de morrer, não pode ser enfrentado pela sociedade apenas como dois marcos importantes para o homem, atrelado ao sentimento de culpa ou outros vícios que responsabilizem por algo necessário, mas deve ser compreendido como um processo de adequação a realidade histórica do homem na terra (CORREIA E TORRES, 2011).

Contribui assim o trabalho de Camon (2010) quando pontua que o morrer é um processo que contem sua solidão, principalmente quando se trata de um momento de adoecimento. Dessa forma é comum que uma vez adoecido, o paciente precise se afastar da

família em um processo de internação. O ambiente frio do hospital, seus sons, e seu silêncio remete o sujeito a esse estar só consigo mesmo. Evidencia uma proximidade com o fim, com uma passagem que só pode ser feita por cada um. A solidão que envolve esse momento da morte, vai se aproximando passo a passo se mostrando como um desafio de como fazer o seu morrer. Considerando isso, o morrer se mostra como um espaço a ser percorrido e um desafio de construção e elaboração de cada um. Na medida do seja possível fazer sentido ou desfazer sentidos postos vai se tornando para o sujeito essencial no seu percurso de morrer. Entender esse momento como percurso amplia a visão do que seja esse tempo que perpassa toda a vida.

A partir das discussões explicitadas que constitui um apontamento da ideia da morte e do morrer, é evidente uma inclinação de pensamento sobre a morte e seus temores, o medo da morte cria por si uma conotação de solidão, separação de quem se ama e promove uma interrupção dos sonhos e planos. Mas o que se torna necessário evidenciar é que esse processo não é algo alheio, mas vivenciado no decorrer de nossas vidas em que há várias perdas ao longa da nossa trajetória colocando assim a concepção sobre essa experiência permeada pela cultura do sujeito, algo que deve ser entendido como inerente ao ser humano, em que cada pessoa leva consigo uma morte, produzindo a sua própria representação e personificação de formas e qualidades (KOVÁCS, 2010).

Trata-se então de entender esse fenômeno não totalmente associado a angústia, crueldade, solidão ou abandono, mas sim um fator que atravessa apenas algo biológico e se caracteriza como um fator humano, presenciado no homem ou em outros contextos situacionais. A morte representa em essência a ausência, mas não deve ser temido como tal, e sim compreendido a partir do que ela pode ensinar aos sujeitos imergidos nelas, configurando não o enfermo, mas a todos que de alguma forma foram atravessados por essa realidade (JARAMILLO, 2006).

Dentro desses aspectos pode-se perceber a morte como experiência determinante para o homem, porém se a discussão sobre essa vivência é o que se deve ser possibilitada a uma observação, sendo assim algo estruturante na sociedade, que cultua uma cultura e uma visão de povos sobre a mesma temática, é com esse contexto que se desmembra certas discussões do que é a morte e o processo de morrer, e são nessas discussões que se promove a luz um entendimento daquilo que temos como concreta na vida humana (TEIXEIRA, 2006).

Pensar em vida e em morte, lembra a contribuição fundamental da escuta psicológica para o sujeito. Rogers (2005) marca que a escuta psicológica permite que o sujeito expresse e faça uma elaboração de seus sentimentos. A dor que perpassa o corpo, mas também suas emoções, ganham na fala possibilidade de costura. Independentemente de quais sejam os



sentimentos de quem fala em relação a sua vida e morte, a fala transforma em palavra a dor que engasga e até o indizível. No insuportável que permeia esses momentos, o sujeito faz palavra na medida que é possível. Fazer do morrer e viver uma via pela palavra se mostra para quem fala uma possibilidade de dizer algo dessa experiência. É nesse contexto que a escuta psicológica pode fazer para o sujeito que fala importante sustento para sua angústia.

Faz uma contribuição significativa sobre o viver e o morrer o trabalho de Kubler-Ross (1985) quando apresenta estágios comuns que expressam em quem está passando pelo percurso da morte. Inicialmente, há uma negação e isolamento, pois é comum que uma notícia de morte cause um choque no paciente e ele precise de tempo para aceitar o fato que irá morrer. Após a confirmação que de fato, não há como evitar o fim, o paciente pode entrar no estágio da raiva, no qual é tomado pela revolta de estar doente se comparando com quem não está. É importante que o profissional de saúde saiba dessas fases, e assim possa prestar um melhor acolhimento ao paciente. Essa segunda fase é marcada pela raiva de saber que o planejado para sua vida não poderá mais se realizar, pelo reconhecimento que não poderá realizar o que pensou para si e para quem ama. É um doloroso momento de perda.

Em um terceiro momento, o paciente pode entrar em uma espécie de barganha e tentar negociar evitar ao máximo que chegue o momento da morte. O paciente tenta prolongar o que ainda pode da vida, renova sua esperança que terá como viver, mesmo que não haja fatos que indiquem isso. É comum que fale de sua vida com arrependimento como se sentisse culpa pela morte que vem, ou se a tivesse procurado. Já no quarto estágio, o paciente é tomado pela depressão. As dificuldades financeiras ficam mais latentes, o paciente já tem gastado o que tem e o que não tem, a família também já está cansada. A solidão desse tempo de morrer fica mais latente, tomando pela tristeza, o fim se torna cada vez mais real. No último estágio, é quando o paciente pode finalmente chegar à aceitação. Nesse tempo provavelmente já está no ápice do desgaste e cansaço físico. Nessa fase, é comum o paciente precisar falar, é nesse momento que a preparação adequada da escuta é fundamental (KUBLER-ROSS, 1985).

## 2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Ao adentrar na temática sobre os cuidados paliativos, partimos do princípio de entender o seu conceito, no qual o Cuidado Paliativo (CP) tem a sua origem no movimento *hospice*, sendo idealizado por Cecily Saunders no ano de 1967, Inglaterra. Nela se descreve em sua filosofia no ato do cuidar do sujeito que está acometido em um processo de encontro com a finitude, objetivando nesse aspecto avaliar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual evidenciando o seu propósito de fins de cuidado e não de curar, em que foge dessa ideia de se

agregar a crença da cura em um ato generalista, passando a entender toda essa experiência vivenciada pelo sujeito algo mais naturalizado e cômodo, obtendo todos os cuidados necessários para que mais uma vez não seja tomado por algo tenebroso e/ou totalmente traumático (SILVA, 2008).

Percebe-se então que o termo designado aos cuidados paliativos, seja utilizado para uma ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Considera-se a oração “paliativa” originada do latim “*palliun*” que representa manto, proteção, sendo esse levada a ideia daqueles que visam proteger aqueles que a medicina curativa já não mais acolhe. Em outros olhares, o seu termo também se defronta ao termo *hospice*, sendo eles abrigos que tinham a função de zelar os doentes, peregrinos e viajantes; instituições estas mantidas por religiosos cristãos, sendo encalcados dentro de uma perspectiva caridosa, percebendo nessa faceta a ramificação do cuidado com o outro, e também levando a observação da forma desse cuidado, de como pode ser conduzido, não confundido ele a algo curativo (TOLEDO, 2012).

No aspecto nacional, somente em 2010, a Medicina Paliativa foi considerada área de atuação com formação específica, constituindo assim um grande passo para que os cuidados paliativos sejam considerados como ofício no País, pois, nesse contexto facilita não somente o seu reconhecimento para a sua ação, mas também fomenta políticas públicas de saúde que abranjam essa área, levando a toda sociedade uma maior preocupação em introduzir definitivamente os cuidados paliativos desde a sua preparação em universidades, até a legitimação da sua prática profissional (FIGUEIREDO, 2006).

Os cuidados paliativos inferem uma ação concreta a partir da formação e prática de uma equipe multiprofissional, partindo de seu véis que determina o cuidar do indivíduo em todos os seus aspectos, seja ele emocional, espiritual, social, físico e mental. O indivíduo considerado como paciente, quando se encontra em um estado terminal deve ser amparado de forma integral, fazendo com que surja uma complementação de saberes, responsabilidades e demandas diferenciadas que possam ser resolvidas em conjunto, entendendo os aspectos já apresentados no direito do paciente, e entendendo o seu contexto de enfermidade (SILVA,2010).

É com esse entendimento que partimos a perceber e compreender as facetas multideterminadas que o adoecimento proporciona à equipe, fazendo com que ela desenvolva uma atuação diversificada e ampla, sendo esta consequência da observação, orientação, análise, que busca identificar os aspectos negativos e positivos que sejam relevantes no quadro do paciente. Em meio a essa conduta, torna-se relevante ressaltar que os saberes implicados nesse

processo são inacabados, sendo eles limitados e necessitando sempre de complementos. O paciente nesse processo deve ser sempre compreendido não como algo meramente enquadrado em aspectos biológicos ou sociais, mas também deve ser envolvido em suas experiências que o compõem, fazendo dele um indivíduo atravessado e marcado pela espiritualidade, pelos fatores psicológicos e pela cultura que o cultiva, fazendo nesse entendimento o cuidar de todas essas esferas, percebendo que todos devem ser funcionais para que o cuidado seja algo promissor e positivo (JUVER, 2009).

Dentro desse pressuposto, pontuam Meneguín e Ribeiro (2016), que quando se trata de cuidados paliativos, envolve também uma tensão neste processo na relação paciente e família. Como a família é aquela que presta o cuidado ao paciente, ela se configura como cuidadores principais. Questões como renunciar aos interesses pessoais, não possuir remuneração financeira, são aspectos comuns nos cuidados prestados pelos familiares aos pacientes. É comum que um parente próximo precise se dedicar quase de forma integral a um cuidado paliativo. Ao mesmo tempo os profissionais de saúde, tem a sua dedicação para o paciente, e não para as dificuldades dos cuidadores. Isso não significa que não haja um esclarecimento sobre como é esse trabalho de cuidado paliativo. No entanto, ainda é insuficiente.

Uma mudança no olhar dos profissionais de saúde, como também da atenção e saúde como um todo quanto aos cuidadores se faz necessária. É consenso que os cuidadores que são em quase totalidade familiares, possuem uma sobrecarga física e social nas suas emoções, como também financeira. Se os cuidados se estendem ao longo dos anos, muito mais exigente e difícil se torna essa realidade. É comum que o cuidador seja o único a prestar apoio emocional ou social ao paciente, ao mesmo tempo que precisa se responsabilizar por diversas funções além do cuidado. Neste contexto, é frequente que os cuidadores além de cuidarem do paciente, também realizem tarefas domésticas. Além disso, há cobrança entre familiares de quem na família deveria ou não assumir o papel de cuidador, gerando ainda mais sofrimento e isolamento para quem está nessa função (CAPONERO E VIEIRA, 2006).

Considerando ainda essas dificuldades que os cuidadores enfrentam nesse processo de relação, família e paciente, Queiroz et al (2013) afirma que estudos confirmaram que as principais queixas dos cuidadores se referem a falta de uma rede de apoio. Há ainda falta de informação e preparação para lidar com a morte, com a solidão da função de cuidador. Em doenças mais desgastantes como o câncer, por exemplo, esse contexto se agrava. Se as famílias estão em situação de vulnerabilidade, uma

outras dificuldades se apresentam para os cuidadores. Além de lidar com o desgaste de cuidar de doenças mais graves, há diversas dificuldades financeiras e material. Quanto mais grave a doença do paciente, mais dificuldade para lidar com situações de controle de dor, sintomas, imprevistos que podem ocorrer devido a doença. Assim, faz-se necessário que estratégias de enfrentamento da doença possam ser repensadas de acordo com os desafios enfrentados pelos cuidadores.

Percebe-se que a equipe multiprofissional inclui como membro a família, sendo ela um pontífice principal no desenvolvimento do paciente diante da sua enfermidade, o desafio que se destaca nessa experiência paliativa é no ato de cuidar do indivíduo em sua totalidade, essa ação já bem explicitada exerce uma ação primordial em relação ao sofrimento biopsicossocial e espiritual, fazendo com que seja percebido em toda a conduta do cuidador seja ele o profissional na instituição hospitalar, ou até mesmo um ente do paciente, sejam ferramentas necessárias para a continuidade sensível e atenta do cuidado integral e humanizado para com o paciente (JUVER, 2009).

Complementam Almeida, Fausto e Giovanella (2011) que refletir sobre o cuidado integral do paciente nos cuidados paliativos, alcança pensar os cuidados que contemplam a família e suas relações. Neste sentido, o contexto familiar, os papéis sociais na família, assim como as relações com os cuidadores da família, são repensadas nas suas necessidades. Para tanto, há uma discussão sobre cura, tempo de cuidado que pode ser necessário, escuta dos cuidadores, de forma que, o membro da família que presta o cuidado ao paciente, possa também receber cuidados e ter espaço de escuta para o trabalho que desenvolve junto ao paciente. As relações de família, parentesco, e também cuidador, são repensadas e discutidas a partir das expressões de quem realiza essa função na família. Se busca ampliar na família uma compreensão sobre esse papel, de forma que mais membros da família possam apoiar aqueles que já ocupam essa função.

Observa-se que o cuidado é complexo, o que requer dos cuidadores além de conhecimento técnico-científico, uma aptidão emocional para que ela sirva como subsidio no auxilio para as famílias, seja na transmissão de informações do quadro do paciente, como também na necessidade de capacitação de algum familiar no cumprimento do papel de cuidador, sendo esses aspectos emergidos na fase final de vida do paciente, principalmente no processo de luto, fazendo com que esse processo seja discutido a fim de aperfeiçoar o apoio oferecido aos envolvidos, percebendo a sua fragilidade diante da situação difícil, entendendo que todos necessitam de acolhimento, cuidado e respeito diante de suas especificidades (MACIEL, 2006).

Considerando esse contexto, faz-se necessário refletir ainda mais sobre a discussão sobre as dificuldades dos cuidadores que exercem essa função com os pacientes. As relações com a família e com a equipe médica, deve considerar os papéis construído na família, e como essa dinâmica familiar pode reforçar situações de solidão e sobrecarga de trabalho. Os cuidados paliativos se configuram como uma função exigente, e deveria ser, uma responsabilidade de toda uma família, e não de um membro específico (CAPONERO E VIEIRA, 2006).

Portanto, há um movimento que as equipes médicas possam ofertar capacitação, discussões que contemplem a assistência emocional, além de aprendizado de técnicas de cuidados. Neste sentido, se trata de um processo de sensibilização das equipes de saúde, compreendendo que auxiliar os cuidadores nessa função, é também uma ação de saúde. Isso ocorrendo, aponta uma mudança fundamental para que políticas públicas possam ser pensadas no campo dos cuidados paliativos, ampliando assim, uma compreensão coletiva dessa função e suas implicações afetivas e sociais (FLORIANI; SCHAMM, 2077).

### 2.3 A FAMÍLIA

Quando pontuamos de que forma há a comunicação entre a equipe profissional, paciente e família, damos atenção a uma estratégia fundamental em que se torna necessário a criação de uma rede de apoio. Nessa rede deve conter discussões e reflexões que atendam ao entendimento dos papéis na família, buscando compreender e modificar ações e condutas de todos os envolvidos nos cuidados paliativos. Desta forma, quem exerce a função de cuidado paliativo em casa, pode ter acesso a informações e cuidados emocionais para melhor exercer essa função (ARANTES, 2012).

Neste sentido, um processo de educação em saúde deve ser pensado, considerando as relações na família. Para que esse processo ocorra como necessário, é fundamental que haja um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar que se atente a todos esses vieses. Assim, médicos, enfermeiros, auxiliares, e até a família possam estar capacitados a compreender os desafios de quem exerce os cuidados paliativos, assim como suas necessidades. Isso equivale a realizar uma mudança de educação que inclui a forma como as políticas públicas são efetivadas quando ao tratamento de doenças graves (NUNES, 2016).

Entramos aqui na discussão do reconhecimento do Ministério da Saúde visto a necessidade de expansão dos cuidadores paliativos no Brasil, em que essa disseminação possa promover capacitações necessárias para aqueles que acompanham o seus entes de forma mais

próxima, nesse sentido o programa Nacional de Cuidados Paliativos abre uma Portaria nº 19/GM/2002, em que no Art. 1º assume como de responsabilidade do programa, a promoção de profissionais da comunidade e da saúde dentro de uma articulação e iniciativas destinadas a incrementar uma cultura de assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência (Portaria Nº 19, 2002; Montenegro, 2012) incrementando dessa forma a educação é uma das formas mais eficientes para criar a cultura necessária para a difusão do conceito do CP e de todas as características que lhes são inerentes (MACIEL et al., 2006).

A partir da prática da portaria, apontamos aqui outra dificuldade pertinente na vivência da família perante a enfermidade de seu parente, visto que a situação de morte iminente, porém não concretizada, seja uma das crises mais impertinentes e angustiantes pela qual a família pode passar, em o que o tempo prolongado pode nesse contexto se torna um grande inimigo, debilitando não somente o cuidado mas também o processo de elaboração de luto e a resistência diante da realidade que está sendo vivenciada. É com esse dado que conseguimos inferir a incerteza quanto a delimitação existente de um tempo para a morte, em que, frequentemente o anúncio da aproximação do óbito desenvolve um quadro de ansiedade a angústia à família (SILVA, 2003).

Esse processo de acompanhamento e enfrentamento diante da morte pode ser entendido como uma forma da familiar lidar de uma melhor maneira do seu parente, o que nesse caso, dependendo do contexto, pode significar uma diminuição da sensação de impotência, sensação esta que a morte proporciona para quem acompanha todo o seu processo e permanece vivo, visto que constantemente, o desejo entrelaçado nesse processo está atrelado ao anseio de se doar ao máximo pelo paciente, em que esse anseio de doação ultrapassa desde o querer estar perto, até mesmo a realização do último pedido, para que dessa forma não se permaneça em dívida com o enfermo (SALES & D'ARTIBALE 2011).

Mesmo com a exaustão emocional e física percebida nos familiares, alguns envolvidos com todo o processo vivenciado desde o início da enfermidade do paciente, expressam de forma clara o desejo de permanecerem com o paciente até o último momento, enxergando assim uma possibilidade de proporção de algum tipo de fechamento da trajetória do cuidado. Nesse contexto, é evidente que a partir do momento em que o familiar tem consciência de que a morte está mais próxima, tendem a permanecer junto ao doente o máximo de tempo possível, sendo esse um processo duradouro e intenso (CORREIA E TORRES, 2011).

Ainda em meio a todo esse processo de reconhecimento da família em busca de uma capacitação e direitos, o trabalho de Silva, Issi e Motta (2011) corrobora apontando que há uma

invisibilidade do trabalho realizado pelos cuidadores. Muitas funções exercidas nos cuidados paliativos são por diversas vezes pouco discutidas ou levadas em consideração. Neste contexto, os curativos que precisam ser feitos, a manipulação de drenos e sondas, assim como as dificuldades de lidar tão próximo com a possibilidade de morte do familiar, são questões que necessitam de uma consideração particular quando se reflete sobre o papel dos familiares nos cuidados paliativos. As indagações sobre que qualidade de vida se pode ter com diversos desgastes psicológicos, como cuidar de alguém que o familiar possui uma relação afetiva, ao mesmo tempo que a perda desse familiar se torna tão eminente, são realizadas como pressupostos de enfrentamento diante da situação em questão, fazendo surgir pontos não apenas biológicos sobre essa relação de cuidado, mas também quais fatores psicológicos são impactados diante dessa demanda.

Quando ressaltamos sobre a comunicação entre equipe, família e paciente, vale ressaltar que não vai evitar todas as dificuldades que envolvem quem exerce os cuidados paliativos. No entanto, há uma atenção redobrada para as formas de enfrentar o processo de adoecimento, considerando as fases da doença do paciente, e como os cuidadores podem realizar os cuidados considerando também a sua saúde emocional. Sabendo dessa difícil tarefa, as equipes médicas podem contar com atuação de profissionais de campos de atuação diversos, que possam desenvolver acompanhamento com função terapêutica. Neste trabalho é realizado um processo de esclarecimento com o paciente sobre o que é um cuidado paliativo, qual a sua função e como ele funciona. Dessa forma, todos os envolvidos no processo de cuidado, podem entender mais sobre essa função, de forma que possam estabelecer entre si uma rede própria de apoio (NUNES, 2016).

Complementam esse entendimento, Nunes e Rodrigues (2012) que um trabalho conjunto entre equipe e família, atuando na comunicação e esclarecimento sobre os cuidados paliativos, apresentam resultados consideráveis, pois os pacientes, assim como as famílias, podem mudar a percepção de solidão tão comum em processos de adoecimento. Com isso, estende-se o cuidado a todos que fazem parte da rede de atendimento. Para tanto, há um cuidado com os profissionais de saúde, com seu físico e seu emocional, da mesma forma, o cuidado com os pacientes não são apenas no tratamento da doença no seu corpo que é afligido pela doença. Considera-se também, as condições psicológicas que podem passar por adoecimento, ao se enfrentar momentos difíceis de adoecimento. Soma-se a isso, os cuidados que se

entendem ao familiar, ou membros das famílias que assumem a função de cuidadores. Entende-se que o desgaste físico e emocional constitui assim uma rede que envolve a relação família, paciente, cuidadores e profissionais.

Relata Arante (2012) que a morte, ou a doença, exige da família uma mudança. Neste sentido, a realidade da vida é imperante, é fazer com que a família se reorganize, tanto naquilo que muda, quanto para quem faz parte dela, como também para quem se insere no seu cotidiano, prestando por exemplo, cuidados paliativos. A situação exige uma elaboração simbólica do momento, das perdas e do que pode ser construído no momento. Fazer da perda e do movimento de morrer o que é possível, faz-se para a família como uma via necessária, contudo, não para todas as famílias se fazem possível.

## 2.4 A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA

Mota e Martins (2006) relatam que a aceitação da morte como uma parte da vida provoca sensações conflitantes não somente nos profissionais de saúde, mas em todos os envolvidos nesse processo. Considera-se que o contato direto com os seres humanos, em estado de doença ou saúde, posiciona o profissional de saúde defronte a sua própria existência, possibilitando dessa forma uma vivência de suas próprias frustrações e conflitos, levando o profissional em questão a se sentir na posição de utilizar o distanciamento do contexto em que ele está inserido como uma ferramenta do mecanismo de defesa, isto é, devido as tensões oriundas ao contato regular e a presença do sofrimento e da dor, permeado pelo receio de cometer erros e pelas relações difíceis com os pacientes.

O que se torna evidente evidenciar aqui é a importância de uma atenção especial sobre a formação profissional e o amparo da equipe multiprofissional entre si, fazendo com isso se torna essencial para que o profissional possa assumir uma ação diretiva e terapêutica, caracterizando assim a sua conduta a partir da escuta, permeada pela compreensão das necessidades das pessoas envolvidas. Faz surgir então a promoção do cuidado humanizado (PEDREIRA, 2013).

Esses dois pontos em questão se complementam, apontando a ideia do cuidado que se deve ter na conduta não somente em relação com o paciente, mas com toda a equipe e os familiares. A necessidade de utilizar mecanismos de defesas para o enfrentamento do quadro não deve corroborar de forma negativa na ação diretiva do profissional, mas sim, ser analisada o porquê de tal ação ter sido emergida, e como ela pode auxiliar de maneira positiva no processo profissional. Se desvela nesse contexto algumas circunstâncias em que o psicólogo se vê atravessado por questionamentos diante da sua realidade, promovendo dessa forma um leque



de competências e habilidades que possam suprir a necessidade de sua conduta, baseada em uma ética eficaz e zelosa (MONTENEGRO, 2012).

Quando partimos da ideia de um cuidado humanizado, embasado no acolhimento e na escuta, devemos partilhar que esse manejo tem que ser uma ferramenta a toda equipe em questão, porém se torna uma vinculação ao papel do psicólogo, em que essa habilidade já deve ser algo nativa do profissional, sendo ele mais especializado na escuta subjetiva do ser humano. Então é com esse intuito que deve ser priorizado a presença do psicólogo em equipes de cuidadores paliativos, visto que entre os outros profissionais inseridos, ele se torna o mais preparada para lidar com as questões referentes à subjetividades, podendo dessa forma intervir pontualmente junto a própria equipe, aos pacientes e a família, possibilitando um acolhimento através da escuta atenta e sensível, e servindo de auxílio na tomada de autonomia do sujeito, o fazendo enxergar como um ser único e digno (MELO, 2012).

Percebe-se a relevância do papel do psicólogo como um profissional atuante no acolhimento e na intervenção nas questões que envolvem todo o processo do paciente, sendo este presente constantemente em qualquer experiência positiva ou negativa dos envolvidos, considerando o fato de articular assim um planejamento junto a equipe que possa viabilizar formas de promover a saúde psíquica de todos envolvidos. O psicólogo é um atuante na direção de um olhar humano sobre todos os agentes, priorizando um espaço que possa ser elaborado um ponto de vista diferente do modelo clínico, no qual o cuidado não se reporta apenas na remissão dos sintomas, mas de entender todo o seu processo de aceitação de sua experiência (PEDREIRA, 2013).

O espaço do trabalho do psicólogo deve ser entendido a partir daquilo que ele pode fazer na busca de um auxílio uniformizado e acolhedor, proporcionando assim para o indivíduo uma convivência conforme a sua vontade, ou seja, evidencia a sua relação com o mundo e com os outros a partir de uma denotação única. Esse espaço que se retrata, pode ser condicionada ao espaço de fala, em que a palavra faz emergir as questões mais impertinentes do paciente, colocando em questão um mecanismo de evasão de sentimento dentro de um processo tão doloroso que está sendo vivenciado. É nesse contexto que surge o sentimento de acolhimento, em que a família e a equipe se façam presente também em todo o processo, promovendo a troca de opiniões e saberes, tornando-se agentes ativos em todos os momentos (NUNES, 2016).

Oferecer um lugar de fala que faça sentido, singularizando a experiência do sofrimento, é um divisor de águas diante da prática profissional, em que toda essa vivência traz à tona as várias formas de lidar com luto, com a aproximação dos casos, e a necessidade de se fazer a ética profissional. Permeando essas atribuições que o psicólogo comprometido com o seu trabalho,

vê-se como propulsor de ações convergentes para a construção de dignidade do paciente até seus últimos dias de vida (WORDEN, 2013).

Sendo desse modo, percebe-se que o papel fundamental do psicólogo deve estar totalmente envolto dos princípios éticos, promovendo um espaço que englobe todos, possibilitando um envolvimento em prol de uma ação educativa que proporcione a reavaliação de atitudes e conceitos diante da experiência da morte, é daí que se diferencia toda a sua função, e se encontra a necessidade de afastamento do caso, para que o envolvimento com o mesmo não seja norteador do seu trabalho, mas o olhar observador e crítico construa formas de trabalhar os sentimentos e questões existentes relacionadas a isso (SILVA, 2003).

Pontua Rogers (1983), em que a função primordial do psicólogo se desvela no estabelecimento da comunicação entre a família, a equipe de saúde e o paciente, criando um campo de facilitação de conversação e de escuta, ouvindo o não dito, as linguagens simbólicas, as metáforas, e tudo aquilo que está nas entrelinhas e não foi ou ainda está sendo verbalizado. São nesses pontos que a prática desenvolve toda a sua atenção para o indivíduo e não para a doença.

Retomando as suas funções, esclarecemos que o profissional de psicologia deve agir embasando as suas atitudes na permissividade da fala do paciente, fazendo com que ele consiga falar de si, do processo da morte e do morrer, ouvindo as suas necessidades, promovendo um espaço de troca e de aprendizagem. Redirecionar todo o sentimento negativo desse momento e fazê-lo entender a riqueza da resiliência nesse contexto, são percebidos como desafios no dia a dia do psicólogo, em que para isso o amparo deve ser algo evidente, seja ele agregado aos valores culturais e religiosos do paciente, ou até mesmo na condução do desligamento da vida material para a aceitação da morte. É importante refletir que o respeito deve ser sempre prioridade na conduta, é nesse contexto que deve ser assumir uma postura de aceitação fundamental para que o paciente consiga adentrar um caminho sem perder a sua dignidade e sua historicidade (TONETTO & RECH, 2001).

Da mesma forma, é necessária uma proposta de mudança curricular, fazendo com que a carência envolto da relação com a tanatologia seja revisada, para que o acadêmico consiga lidar com as situações da morte enquanto estudante, é nessa premissa educacional que se consegue produzir sujeitos capazes de lidar com as demandas emergentes no mundo profissional, validando o papel da psicologia em seus aspectos variados e possibilitando uma visão mais nítida de condutas, levando a crer em uma oportunidade de lidar melhor com os sentimentos conflitantes que a prática produz no sujeito. A preocupação sobre esse aspecto formativo é algo eminente, em que frequentemente na atualidade, se há uma exigência maior para que os

objetivos profissionais sejam alcançados com êxito, sem erros, mas se é também necessário verificar como e de forma essa conduta pode ser conduzida, e como o embasamento foi alicerçado no sujeito, entendo que a produção humana, seja de saberes ou de práticas, são produções em constante construção (SILVA, 2003).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ideia da morte acarreta consigo uma gama de sentimentos sobre o medo do desconhecido, atrelado as concepções sobre sua experiência arraigadas socialmente, visto como uma grande dificuldade dentro do cuidado paliativo de forma geral. É nessa conduta que se evidencia o cuidado ao outro dentro da esfera do ofertar conforto ao sujeito sob qualquer circunstância.

Diante de todo esse apanhado, o estudo presente visa frisar a necessidade de se evidenciar o cuidado paliativo como algo imensurável nesse processo em que o sujeito enfrenta na sua vivência com a enfermidade, trazendo então o levantamento de discussões sobre maneiras e técnicas essenciais para que o manejo seja realizado de forma pontual, produzindo consequência positivas não só à aquele sujeito em questão, mas ampliando a visão de cuidado e conforto a todos que se sentem permeados por esse quadro.

Ficou claro que o auxílio de necessidades básicas assim como de ordem emocional, física ou espiritual devem ser priorizadas, isto é, o profissional de psicologia implicado nesse processo tem como dever proporcionar uma assistência digna ao paciente, levando em consideração todas as vicissitudes desse processo, bem como as suas limitações físicas, institucionais e emocionais, mas considerando sempre o fator humano e suas necessidades de atenção e da evasão do sentimento através da fala.

É necessário que o profissional possa se comprometer com todos esse contexto, envolvendo a sua afetividade no que condiz com aos cuidados, arriscando-se e se permitindo a vivenciar as dores e as dúvidas que envolvem todo esse processo dos cuidados paliativos, fazendo com que esses mecanismos possam ser entendidos pelo outro como algo essencial, evidenciando a comunicação terapêutica entre o paciente, assim como seu cuidador e a família.

Contudo, é indubitável que a humanização seja atrelado a sua real importância no apoio à saúde, necessariamente aos cuidados paliativos, visto que na premissa de ofertar o tratamento ao paciente não é algo fácil, porém, deve entender que a assistência oferecida não deve carregar consigo a noção de cura, mas sim significar que o dever de cuidar vai além dessas dualidade entre viver e morrer, mas agir de maneira ética e reconfortante diante de toda a historicidade do

sujeito, levando a assistência em saúde em seus aspectos principais de acolher e de forma humana e integral.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP. **A importância da comunicação em Cuidados Paliativos entre equipes médicas, paciente e familiares.** ANCP, 2019. Disponível em: <https://paliativo.org.br/atuacao-doprofissional-psicologiacuidados-paliativos/>. Acesso em 26 de abril de 2020.

ALMEIDA, PF; FAUSTO, MCR; GIOVANELLA L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84-95. PMid:21437365. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>. Acesso em 06 de junho de 2020.

ANDRADE Cg; COSTA, Sfg; LOPES, Mel. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal.** Cienc Saude Colet. 2013; 18(9):2523-30.

ARANTES, ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. **Manual de cuidados paliativos da ANCP.** Rio de Janeiro: Diagraphic; 2016.

ARAÚJO MT, Silva MJP. **Cuidados paliativos na UTI: possibilidade de humanização do processo de morrer.** RSBC. 2006.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Psicologia Hospitalar.** São Paulo: Cengage Learning, 2010.

CAPONERO, R Vieira DE. Urgências em cuidados paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.** Barueri: Manole; 2006.

CORREIA, I. M. T. B., & Torres, G.V. (2011). **O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida.** Journal of Nursing UFPE, 5(2), 399-409. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1781>. Acesso em 22 de outubro de 2020.

CRUZ, Erislene Rayanne Moreira ; ALMEIDA, Luana Mara Pinheiro. **A atuação do psicólogo em cuidados paliativos: uma revisão integrativa.** Psicologia.PT, 2019. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1323.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2020.

DE OLIVERIA, Maria do Bom Parto ET AL. **Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos.** Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127750429003.pdf>. Acesso em 06 de junho de 2020.

ESPÍNDOLA, Amanda Valério ET AL. **Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos**. Rev. Bioét 371-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0371.pdf> Acesso em 17 de agosto de 2020.

FIGUEIREDO MTA. **Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil**. Rev Prática Hospitalar 2006; 8(47):36-40. Consolim L.

FLORIANI, CA; SCHRAMM, FR. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica**. Cad Saúde Publica. Sept; 23(9):2072-80, 2007

FURTADO, Maria Edilania Matos Ferreira; LEITE, Darla Moreira Carneiro. **Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão**. Revista Interface, COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2017; 21(63):969-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160582.pdf>. Acesso em 08 de junho de 2020.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

JARAMILLO, I. F. (2006). **Morrer bem**. São Paulo, SP: Planeta do Brasil.

JUVER J, RIBA JP. **Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos**. Rev Pratica Hospitalar 2009; 62(11): 135-137.

KOVÁCS, M. J. (2010). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

KOVÁCS, M. J. (2008). **Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer**. Paidéia (Ribeirão Preto), 18(41), 457-468.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.  
MACIEL MG. **A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas**. Rev Prática Hospitalar 2006; (47):46-49.

MACIEL, M. G. S., RODRIGUES, L. F., NAYLOR, C., BERTEGA, R., BARBOSA, S. M., Burlá, C. et al. (2006). **Crêterios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Diagraphic. Disponível em: [http://www.paliativo.org.br/biblioteca\\_resultadobusca.php?sgeral=crit%C3%A9rios+de+qualidade+para+os+cuidados+paliativos&button](http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?sgeral=crit%C3%A9rios+de+qualidade+para+os+cuidados+paliativos&button). Acesso em: 12 de outubro de 2020.

MELO, M. O. (2012). **Desafios da prática de psicólogos nos cuidados paliativos: Contributos para uma sistematização**. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/314/1/PDF%20%20Myriam%20de%20Oliveira%20Melo.pdf>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. **Paciente terminal, família e equipe de saúde**. Rev. SBPH v.12 n.1 Rio de Janeiro jun. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011) Acesso em 17 de setembro de 2020.

MENEGUIN, Silmara; RIBEIRO, Rafaela . **Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos em la estrategia de saude da familia**. Texto contexto - enferm. vol.25 no.1 Florianópolis 2016 Epub Mar 22, 2016. Disponível em:[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 06 de junho de 2020.

MOTA, R. A., & MARTINS, C. G. M. (2006). **Papel dos profissionais de saúde na política da humanização hospitalar**. Psicologia em Estudo, 11(2), 323-230. Disponível em:[https://www.researchgate.net/publication/242245347\\_Papel\\_dos\\_profissionais\\_de\\_saude\\_na\\_politica\\_de\\_humanizacao\\_hospitalar](https://www.researchgate.net/publication/242245347_Papel_dos_profissionais_de_saude_na_politica_de_humanizacao_hospitalar). Acesso em: 10 de outubro de 2020.

MONTENEGRO, K. C. (2012). **Cuidados paliativos e psicologia: A legitimação da alteridade como promoção da dignidade humana**. Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2721/3/20706996.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

NUNES L. **O papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP; 2016. p. 218-220

NUNES, MDGS; RODRIGUES, BMRD. **Tratamento paliativo: perspectiva da família**. Rev. Enfem. UERJ 338-43. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=661968&indexSearch=ID>. Acesso em 06 de junho de 2020.

PEDREIRA, C. S. (2013). **Assistência psicológica humanizada à pacientes oncológicos. Psicologia PT: O Portal dos Psicólogos**, 1-14. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0735.pdf>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

QUEIROZ ET. AL. **Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde**. Ciênc Saúde Coletiva.Sep; 18(9):2615-23, 2013.

QUINTANA AM, Kegler P, Santos MS, Lima LD. **Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. Paideia: Ribeirão Preto; 16(35):415-25, 2006.

ROGERS, Carl. **Psicoterapia e Consulta psicológica**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROGERS, C. R. (1983). **Experiências em comunicação**. In: C. R. Rogers, Um jeito de ser (pp. 3-16). São Paulo, SP: EPU.

SALES, C. A., & D'Artibale, E. F. (2011). **O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares**. Ciência, Cuidado e Saúde, 10(4), 666-673. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18309>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

SILVA TC. **Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos: a intervenção do Serviço Social junto às suas famílias**. Revista Pol. Públ. São Luís 2010; 14(1):139-146.

SILVA, EP, SUDIGURSKY, D. **Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica.** Acta Paul Enferm 2008;21(3): 504-8.

SILVA, A. L. P. (2003). **O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar.** Interação em Psicologia, 7(1), 27-35.

SILVA JPV, PINHEIRO R, MACHADO FRS. **Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde.** Rev Saude Debate. 2003; 27(65):234-42.

SILVA, AF; ISSI, HB; MOTTA, MGC. **A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem.** Cienc Cuid Saude. 820-27. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18328>. Acesso em 06 de junho de 2020.

TEIXEIRA, L. (2006). **Morte, luto e organização familiar: A escuta da criança na clínica.** Psicologia Clínica, 18(2), 63-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000200006>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

TOLEDO, AP; Priolli, DG. **Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil.** RevBrasEducMed 2012;36(1):109-117.

TONETTO, L. M., & Rech, T. (2001). **Lidar com a terminalidade: Um desafio para o psicólogo.** Psico, 32(1), 5-6.

WORDEN, J. (2013). **Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais de saúde mental** (4a ed.). São Paulo, SP: Roca