

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARCOS FILHO AGOSTINHO DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2021

MARCOS FILHO AGOSTINHO DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior

MARCOS FILHO AGOSTINHO DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso de MARCOS FILHO AGOSTINHO DA SILVA.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior

Data da Apresentação: 12/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior

Membro: Profa. Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda/UNILEÃO

Membro: Esp. Daniela Coelho Andrade

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2021

A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Marcos Filho Agostinho da Silva¹
Joel Lima Júnior²

RESUMO

O presente artigo bibliográfico objetivou discutir a contribuição do profissional de Psicologia, membro de uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos, para a promoção de uma melhor qualidade de vida ao paciente com prognóstico desfavorável. A pesquisa bibliográfica, advindas de materiais como artigos, teses, dissertações, livros, revistas, entre outros, e priorizando a utilização de aparatos que se enquadrem nos últimos cinco anos. Os cuidados paliativos estão representados por uma práxis que visa oferecer métodos que possibilitem o alívio da dor e aflição em face à doença, focando não somente no indivíduo bem como também dos demais familiares que o rodeiam, através da acolhida e suporte psicológico em conjunto a uma gama de profissionais destinados ao cuidado do indivíduo, essa equipe está destinada a promover a atenuação dos principais sintomas ocasionados pela enfermidade, direcionando as atividades ao enfermo e não a enfermidade que o assola. Em meio às circunstâncias, a função do profissional de Psicologia está voltada para a suavização das aflições do indivíduo que se encontra adoecido, utilizando-se de técnicas como, escuta e acolhimento tendo em vista a compreensão das tensões e angustias que o acompanham nesse processo, oportunizando o desenvolvimento da própria autonomia por meio de procedimentos, conservando a dignidade do indivíduo no processo de finitude.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Equipe Multiprofissional. Psicologia.

ABSTRACT

This article aims to show how the Psychology professional together with the multidisciplinary team on palliative care collaborate to promote a better quality of life for patients with unfavorable prognosis, through the use and review of bibliographic apparatus. Bibliographic research, coming from materials such as articles, theses, dissertations, books, magazines, among others, and prioritizing the use of devices that fit the last five years. Palliative care is represented by praxis that intend to offer methods that enable the relief of pain and affliction in the face of the disease, focusing not only on the individual but also on the other family members around him, through the reception and psychological support together with a range of of professionals dedicated to the care of the individual, this team is destined to promote the attenuation of the main symptoms caused by the disease, directing activities to the patient and not the disease that plagues him. Amidst the circumstances, the function of the Psychology professional is aimed at alleviating the afflictions of the individual who is ill, using techniques such as listening and welcoming in order to understand the tensions and anguish that accompany him in this process, providing opportunities for the development of their own autonomy through procedures, preserving the dignity of the individual in the process of finitude.

Keywords: Palliative Care. Multiprofessional Team. Psychology.

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: Marcosagostinho.97@gmail.com

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

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) têm como intuito o cuidado para com o indivíduo que se encontra com prognóstico terapêutico desfavorável, ou seja, pacientes que estão em estado de finitude por não haver meios que possibilitem a sua cura. Em outras palavras, esses cuidados os auxiliam diante das estruturas individuais de cada paciente, sejam na estrutura física, emocional, social ou espiritual, para que lhes permita terem uma “boa morte”, durante seus últimos momentos.

As práticas estabelecidas nos CP têm em vista a efetivação de uma melhor qualidade de vida aos indivíduos com prognóstico terapêutico desfavorável, apresentando como foco central a redução do sofrimento psíquico ocasionado pelo “choque de realidade” advindo das circunstâncias em que estão submetidas. Em vista disso, o presente artigo promove reflexões acerca de: Qual o papel do profissional de Psicologia frente a pacientes em estado de finitude?

Frente ao exposto e a necessidade de cuidados especiais, o artigo tem como objetivo geral: explicar as contribuições e o papel do profissional de Psicologia dentro de uma equipe multiprofissional frente aos CP, e como objetivos específicos: Apresentar a importância dos CP nos hospitais; e discutir os desafios do profissional de Psicologia em uma equipe multiprofissional.

O artigo justifica-se, a princípio, pelo interesse do autor em compreender a prática do profissional de Psicologia frente aos CP, surgido a partir de uma experiência vivenciada na disciplina de tanatologia, como também na de intervenções psicológicas em situações de crise. No que diz respeito a importância para o meio social, visa propiciar aos indivíduos, a oportunidade de ampliarem seus conhecimentos quanto a temática dos CP, como também o papel do profissional de Psicologia nesse processo.

Quanto a relevância do estudo para o meio acadêmico, é de suma importância cada vez mais materiais acerca desse assunto, visto que na grade curricular do curso apresenta-se de maneira breve.

2 METODOLOGIA

O presente artigo estrutura-se por meio da pesquisa bibliográfica, desenvolvida utilizando os seguintes descritores Cuidados Paliativos, Equipe Multiprofissional, Psicologia. Segundo Gil (2010), este tipo de pesquisa é produzido através de materiais advindos de artigos, teses, dissertações, livros, revistas, entre outros. Portanto, para o desenvolvimento

deste, foi necessário a utilização das bases de dados SciELO – Scientific Electronic Library Online, PePSIC – Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia, Google Acadêmico, bem como livros direcionados ao tema, priorizando a utilização de aparatos que se enquadrem nos últimos cinco anos, coletados no intervalo de março a dezembro de 2021.

3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS FRENTE AO PROCESSO DA MORTE

A morte permanece tendo uma função muito importante para os indivíduos e a forma como eles se situam frente a esse evento é essencial na composição das suas características no meio coletivo e, à vista disso, na construção de uma herança cultural partilhada. Deste modo, estuda-se distintos paradigmas que esclareçam esse fenômeno, seja pelo conceito trazido na religião, filosofia, arte ou ciência, procurando conexões que proporcionem uma melhor compreensão do desconhecido com o intuito de suavizar o sofrimento ocasionado pela morte (ARIÈS, 2012).

Todavia, falar sobre tais questões torna-se apreensivo para muitos indivíduos, quando os familiares ao menos se julgam no direito de informá-los sobre seu estado de saúde. Sem dúvidas há diversos valores importantes questionados nestes casos, o que torna mais complexo sua compreensão, uma vez que, para Santos (2014), o significado de morrer está inserido numa cultura que busca tornar sagrado a vida e que tem a morte como uma situação hostil que precisa ser dominada arduamente, na maioria das vezes, por medo da dor do luto ou solidão.

Em contrapartida, Ariès (2012) esclarece, que na Idade Média a morte era vivenciada de forma natural. Naquela época, os indivíduos partilhavam de experiências que os tornava síncronos com os ciclos naturais da vida, abarcando gesticulações de práticas ancestrais, reconhecendo através de pressentimentos e sinais físicos, a proximidade do fim, se preparando conforme orientações litúrgicas, cumprindo as requisições como a deploração da sua vida, as súplicas e confissões, e recebendo o perdão provido pelo sacerdócio, o que perdurou por muito tempo em meio as sociedades cristãs do Ocidente.

No decorrer dos anos esses hábitos passaram por transformações, permitindo que ganhassem novas práticas. Melo (2019), evidencia que através das mudanças sociais contemporâneas, descobriu-se que todos os elementos da vida passam por um processo de ressignificação, onde o mesmo vale para a morte, que adquire um significado simbólico e maleável conforme cada civilização, deste modo, construindo uma expressão iconográfica. Dessa forma, percebe-se que os ritos que antes acompanhavam o momento fúnebre, foram

sendo substituídos por instituições funerárias, no qual o recinto passou a ter um aspecto neutro e higiênico, tornando este momento de despedida mais célere, forçando o sujeito que está em luto a reprimir suas emoções por meio do autocontrole emocional, com intuito de não promover a aflição do público ali presente (ARIÈS, 2012).

Apesar de ainda hoje, a morte ser vista como meio trágico para um fim que assola usurpando a própria vida, Melo (2019) esclarece que a desmistificação dessa ideia é uma função indispensável já que doença e morte são compostas de toda uma vida, onde necessita de último descanso, depois de um extenso período de momentos vivenciados advindos muitas vezes, com aflições e sofrimento.

Para Porto e Lustosa (2010), a morte é o último feito de um indivíduo, apesar das circunstâncias psíquicas, sociais, culturais ou econômicas em que tenha sido desenvolvido, apesar do progresso obtido pelo indivíduo ou das aflições que tenha tido. A morte revela a todos como iguais, seja na crença, classe social, idade, ideologias, ou nacionalidade, expondo a vulnerabilidade da vida e o quanto o indivíduo torna-se desolado no processo do morrer. Neste viés, entende-se que nenhuma pessoa escapa da morte, como também não à transfere para outra pessoa.

O indivíduo após cruzar com a realidade de um prognóstico desfavorável, tem a opção de participar de um tratamento no qual envolve profissionais com diferentes interpretações e percepções de uma mesma situação direcionados aos seus cuidados, como também, a de seus familiares. O mesmo, durante o procedimento, passa por um processo de tomada de decisões que irão influenciar no seu tratamento, podendo assim promover a si mesmo, mediante os procedimentos, uma melhor qualidade de vida até o fim dela (PORTO; LUSTOSA, 2010).

A ideia de “boa morte” é traçada como uma ferramenta que proporciona a aceitação e legitimidade do paradigma atual (BASZANGER; GAUDILLIÈRE; LÖWY, 2000). Assim, está última fase dá-se como um ponto de esplendor na vida e demarca o surgimento de um sujeito ativo, percebendo-se na sua integridade ser o responsável pela própria vida, dando forma e traçando o curso da mesma até o desfecho dela.

Para Menezes (2004), a “boa morte” é preparada, dominada, na qual os pacientes participam do modelo da sua atitude (coragem, controle e dignidade). O manejo dos afetos finda por oferecer um caráter moralista a este novo ponto de vista sobre a morte. Os casos, da mesma forma, possibilitam a conciliação dos profissionais que colaboram para a consumação de um fim de vida tranquila, permitindo que essa ação não antecipe e nem adie o processo de morrer, mas sim que proporcione ao indivíduo melhores condições de vida ao longo desse estágio, abrandando todos os tipos de sofrimento sejam eles físico, espiritual e psicológico,

promovendo um maior contato com os seus entes queridos com o intuito de propiciar a despedida sem remorso.

De acordo com Porto e Lustosa (2010), essa perspectiva surge como uma alternativa que faz referência ao modelo dos CP, o que diverge do modelo de cura da ciência médica. Os CP têm como princípio o enaltecimento da qualidade de vida do indivíduo e, por esse motivo, têm como advento primordial o cuidado integral e o apreço à autonomia do indivíduo diante do seu processo de morrer.

Neste viés, a iminência da morte é vivida como uma ocorrência que engrandece e é incentivadora, onde os CP acorream a boa morte à obrigação de progresso individual, permitindo que os momentos dolorosos da vida se encontrem atenuados e acometidos a termos positivos, sendo retirado da morte o aspecto avassalador que oprime, perturba e desestrutura o indivíduo. Dessa forma, a morte passa a ter um novo significado carregado de positividade (MENEZES, 2004).

Conforme Franco (2008) os episódios considerados como negativos são neutralizados pelos CP, visto que cada profissional é responsável pela interpretação da doença conforme o seu campo de estudo e conhecimentos. Os membros que compõem esta equipe fazem uso de um conjunto de ferramentas compostas por resoluções ou sequências de fundamentos pré-construídos. Dessa forma, o sentimento de violenta oposição de uma família não é realmente direcionado ao profissional, mas expõe a indisciplinariedade e a perturbação contra a circunstância em si mesma; a requisição da eutanásia não é efetivamente um pedido de morte, mas testemunho do tormento do indivíduo que está passando pelo processo de morrer.

Ainda segundo a autora acima, esse processo possibilita a redefinição pelos profissionais mediante as necessidades e as solicitações feitas pelo enfermo em responsabilidade com a sua capacidade. Entretanto, apesar da morte apresentar-se para a maioria das pessoas um episódio traumático, existe um empenho através das personificações idealizadas do desfecho da vida que visam neutralizar a sua abrangência e lidar com esta violência irreduzível.

Contudo, esclarece Menezes (2004) que não há saída para a morte, porém, pode-se ofertar um amparo para que possa se ter uma “boa morte”, conservando a dignidade do indivíduo, tornando viável o processo do fim da vida. Uma das proposições que são impostas para os cuidados no fim da vida é que não deve haver ações autoritárias e condescendentes, mas mobilizações de solidariedade, comprometimento e compaixão. A grande objeção é conceder que o indivíduo viva com qualidade a própria morte, possibilitando uma “boa morte”.

4 CUIDADOS PALIATIVOS

Os CP se originaram na Grécia Antiga, durante o reinado do Imperador Constantino, que teve como grande preponderância a sua matriarca, Santa Elena. Esta expressão compartilha uma ambígua história com o *Hospice*, expressão usada para determinar locais como abrigadouros direcionados ao acolhimento e cuidado de peregrinadores, dos quais a história mais antiga é retratada no século V, mediante a constituição do Hospício de Ostia, apresentando como fundadora Santa Fabíola, discípula de São Jerônimo. O local era ponto de abrigo para estes indivíduos que regressavam dos continentes Africanos e Asiáticos, para que pudessem se servir da água e da comida que lhes eram oferecidos (ROMANO et al., 2011).

Conforme Santos (2011), nessa época, os pacientes em processo de finitude não eram assistidos a fim de aliviar seus sofrimentos ou dores físicas, sendo deixados de lado e entregues à morte, pois, a medicina hipocrática enfatizava que as causas das doenças se davam pela vontade dos deuses. Então, a tentativa de minimizar o sofrimento desses enfermos estava fora de cogitação, pois os médicos que se colocassem a favor dessa prática, estariam sendo antiéticos por estar indo contra a vontade dos deuses, havendo até a possibilidade de receberem castigo por atrasarem a morte de alguém.

Mais tarde, durante o século XVII, foram surgindo organizações beneficentes pela Europa acolhendo indivíduos pobres, órfãos e enfermos. No século XIX, as práticas foram multiplicando-se com as instituições religiosas, como a católica e a protestante, evoluindo seus caracteres para o aspecto hospitalar. Foi então que em 1879, na capital da Irlanda, Dublin, as irmãs de Caridade criaram o *Our Lady's Hospice of Dying* e no ano de 1905 a Ordem de Irmã Mary Aikenheads fundou o *St Joseph's Hospice* em Londres (ROMANO et al., 2011).

Segundo Matsumoto (2012), a introdução da iniciativa do *Hospice* Moderno foi feita por Dame Cicely Saunders que dispôs da sua ampla experiência na área das ciências humanas e que, posteriormente, veio a tornar-se médica. Em meados de 1947, diplomada como profissional da Assistência social, no trilhar da sua graduação como enfermeira, conheceu David Tasma, pertencente a religião Judaica, o indivíduo de 40 anos advinha do Gueto da Capital da Polônia, o mesmo se encontrava em processo de fim da vida ocasionado por um carcinoma retal que se encontrava inoperável. Cicely era responsável por acompanhá-lo cotidianamente, o que lhes forneceu um amplo diálogo durante o seu processo de finitude. Após seu padecer, a futura enfermeira decidiu empenhar-se no desenvolvimento de novos métodos direcionados ao cuidar desses indivíduos (MATSUMOTO, 2012).

Assim, o surgimento do Cuidado Paliativo moderno tem como base uma pesquisa metódica envolvendo cerca de milésimos de indivíduos que estavam nos cuidados do *St. Joseph's Hospice* no período de 1958 e 1965 com câncer em grau avançado (ROMANO et al., 2011). De acordo com os autores, as pesquisas descritivas, qualitativas possuía registros clínicos e gravações das informações exteriorizadas pelos indivíduos. Por meio destas pesquisas, foi possível promover um positivo resultado com relação ao alívio das dores quando os pacientes eram expostos a administração legal de drogas analgésicas em compensação de quando recebiam analgésicos caso fosse necessário.

Conforme Matsumoto (2012), no ano de 1967 constituíram o *St. Christopher's Hospice*, da qual dispusera de uma organização que não só auxilia os enfermos, como também recebem universitários de diferentes países para o aperfeiçoamento do ensino e pesquisa. Na entrada da instituição pode-se ver a janela de David Tasma. Os países que buscavam conhecer sobre os CP passavam por um período de experiência no referido *Hospice*, e no retorno, levavam esse conhecimento aos seus países de origem. No decorrer da década de 70, por volta do século XX, o encontro entre Cicely Saunders e Elisabeth Klüber-Ross nos Estados Unidos permitiu o desenvolvimento da mobilização do *Hospice* no país.

No Brasil, a origem dos CP ocorreu por volta do século XIX, dispendo de uma recente história, que se iniciou no estado do Rio Grande do Sul, avançando depois para o estado de São Paulo, onde foi trabalhado nas Santas Casas de Misericórdia. Expandindo-se para os estados vizinhos, como Santa Catarina e o Paraná. É essencial destacar que em 1998 foi instituído, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o hospital Unidade IV reservado unicamente aos CP (HERMES; LAMARCA, 2013).

Meneguim e Ribeiro (2016) esclarecem, que inicialmente esses cuidados eram direcionados apenas para indivíduos reconhecidos com diagnóstico de câncer. Atualmente, isso vem sendo moldado, abrangendo não somente indivíduos com esse diagnóstico, mas com doenças crônicas ou incuráveis, tornando-se cada vez mais amplo, visando as situações e necessidades de cada indivíduo, visto que, a medicina não pode mais oferecer apoio a estes pacientes apenas por meio de recursos tecnológicos, já que diante do processo do adoecer e progresso da doença, as pessoas passam a apresentar dificuldades não somente no campo físico como também nos campos sociais, espirituais e psicológicas, tendo a necessidade de um olhar ampliado e um modo de assistência e cuidados específicos que visam acolher o sujeito de forma integral (MENEGUIN; RIBEIRO, 2016).

Hermes e Lamarca (2013) trazem que o começo das práticas destes cuidados nas unidades criadas a partir da década de 90, proporcionaram não só mais formas de

atendimentos, como também maiores aperfeiçoamentos e capacitações acerca da medicina paliativa para profissionais de diferentes áreas, tornando-os, portanto, habilitados a exercerem o cuidado na prática, fato que teve grande preponderância na criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) no ano de 1997, pelos profissionais que tivessem interesse pela área, com o intuito de divulgar a prática dos CP por todo o território nacional.

A partir do ano 2000, houve um crescimento significativo dos CP, devido à consolidação dos serviços pioneiros, expandindo seus conhecimentos, criando a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) no ano de 2005 (HERMES; LAMARCA, 2013). Segundo as autoras, a expressão “cuidados paliativos” é criado para denominar atuação de uma equipe multiprofissional à pacientes com prognóstico terapêutico desfavorável, abrangendo um trabalho pautado na promoção de uma melhor qualidade de vida e não em princípios de cura de doenças.

Corroborando Matsumoto (2009), quando evidencia o atendimento integral ao sujeito como um brilhante fator do alívio e controle dos sintomas, com intervenção terapêutica nos vários âmbitos que compõem a vida do paciente, sejam eles, sociais, espirituais, emocionais e físicos. Neste mesmo viés, Nunes (2017, p. 16) destaca que “o cuidado paliativo surge da necessidade de humanização da medicina e respeito pelo paciente como pessoa humana. Tem o objetivo de aliviar a dor e o sofrimento de quem está em estado vegetativo persistente, ou que tenha uma doença crônica.”

Nesta perspectiva, compreende-se que o indivíduo que se situa distante de possibilidades terapêuticas de cura, requer uma avaliação para além do seu estado clínico biológico, procurando compreendê-lo como indivíduo que carece de cuidados em sua totalidade, lhe proporcionando a chance de ressignificar sua vida frente a essa nova condição humana. A Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina determina que: “o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada à assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar” (CFM, 2006).

Neste sentido, os CP têm o intuito de propor a redução da dor e aflição frente à doença, visando não só os enfermos como os seus familiares, promovendo acolhimento e suporte psicológico para que encarem a doença e, logo, a aflição do luto seguido da perda do ente querido (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

De acordo com Hennemann-Krause (2012), ainda que não se tenha alcançado a cura para algumas doenças como, por exemplo, a AIDS, a tecnologia vem avançando e proporcionando cada vez mais a qualidade de vida por meio da redução dos sintomas a partir

dos tratamentos existentes. Respaldados na ética, estes tratamentos também se baseiam no respeito ao ser humano e na busca por sua autonomia.

Lembrando que, para as pessoas jovens, o adoecimento traz a perda do convívio social, da aparência jovem, e da autoestima. Acarretando também a fragilidade do corpo, devido à gravidade da doença. Com relação à pessoa idosa, seu corpo estará mais fragilizado devido à idade, havendo até a presença de dores físicas difíceis de serem identificadas. Dessa forma, é importante frisar, que, os CP devem ser ofertados independentemente da faixa etária, sendo este um direito de qualquer sujeito que luta por sua vida (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos recomenda que não se use mais a palavra terminalidade, mas sim doenças que ameaçam a vida. Da mesma forma, não se fala mais em possibilidades de cura, mas na possibilidade de tratamento que modifica o estado da doença. Essas mudanças de terminologia têm o objetivo de desvincular a concepção de não existir, voltando o olhar para o que se pode fazer pela doença, sendo importante mencionar que os CP se colocam como a primeira abordagem a incluir a espiritualidade dentro das dimensões do ser humano (ANCP, 2012).

Todavia, vale ressaltar, que embora a medicina paliativa seja de grande relevância para a pessoa com prognóstico terapêutico desfavorável, as decisões e desejos destes pacientes devem ser respeitados ao máximo. Porto e Lustosa (2010) entendem que talvez este posicionamento seja o elemento mais importante do cuidado, pois deve haver uma assistência dedicada a este paciente cheio de perspectivas, com uma vida e uma história completamente singular. Neste viés, o mesmo não pode estar à mercê de reduções quanto ao seu quadro, já que na verdade, ele continua sendo um ser que está acometido por uma doença permanente e incurável, não sendo ele o resumo da própria doença.

Afinal, os CP são compostos por uma abordagem que busca oferecer qualidade de vida ao sujeito diante do processo de adoecimento, cuja prática está intimamente fundamentada na reafirmação da valorização da vida, tendo em consideração a morte como parte de um ciclo natural da vida do ser humano, uma vez que estabelece um cuidado que não acelere o processo de morrer, e não prolongue a vida com providências desproporcionais, mas sim proporcione o alívio da dor e dos principais sintomas acarretados pela doença, por meio de uma prática voltada para o paciente e não para enfermidade em si, possibilitando autonomia ao sujeito para que o mesmo possa atuar nas tomadas de decisões que envolvem seu prognóstico com uma melhor qualidade de vida e menos sofrimento (BOLOGNINI, 2017).

5 CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) deu origem as equipes Multiprofissionais após estabelecer o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Conforme Bruscato et al. (2010), por meio dessa concepção, surgiu uma nova maneira de refletir os conceitos sobre saúde e doença, expandindo-se para um ponto de vista biopsicossocial que ofereceu uma maior diversidade de conhecimentos, dando abertura para diferentes áreas profissionais.

Frente ao propósito de efetivar os deveres atribuídos a sua profissão nos mais distintos aspectos, Bruscato et al. (2010) esclarecem, que a inclusão dos profissionais na esfera de trabalho torna-se relativa com a afinidade entre eles, conectando a equipe de trabalho as suas metodologias e pontos de vistas particulares de cada área, onde originam-se dois modelos de equipe multiprofissional, sendo estas: equipes multidisciplinares e as interdisciplinares.

Segundo Hermes e Lamarca (2013), a performance da equipe multidisciplinar tem como finalidade uma prática de cuidado ao enfermo que abrange todas as áreas, seja ela, física, mental, espiritual ou social. O indivíduo com prognóstico terapêutico desfavorável necessita de uma assistência integral, visto que, as orientações procedem do cuidar do paciente viabilizando vários métodos de assistência. Complementam Bruscato et al. (2010), que o dever de procurar meios para que o trabalho em equipe seja posto em execução, deve-se partir de inovações nos campos de atuação assim como especialistas com habilidades técnicas e pontos de vistas distintos, mas que possuam como eixo para o desempenho do trabalho em equipe um englobamento de fatores que determina a promoção de saúde por meio de elementos do campo biopsicossocial.

No entanto, a equipe interdisciplinar por intermédio do desenvolvimento da tecnologia tornou-se cada vez mais vista, em razão disso, originou-se do mesmo modo que a multidisciplinar, por uma variedade de disciplinas e conhecimentos que funcionam de forma independente tornando o conhecimento fragmentado (VILELA; MENDES, 2003). Dessa maneira, os autores enfatizam que o procedimento interdisciplinar é posto como uma viabilidade de ampliar a perspectiva tanto do indivíduo como da realidade, com o propósito de se sobrepor ao ponto de vista disciplinar, visto que, a interdisciplinaridade é um fragmento crucial de uma filosofia de trabalho e tem uma função importante frente ao sujeito que carece dos CP, através da inserção de informações e sabedorias que em conjunto viabilizem um cuidado integral com a finalidade de abarcar todo o seu bem-estar, como também proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Deste modo, percebe-se que o trabalho interdisciplinar passa a ter maior relevância nas equipes de CP. Segundo Incontri (2011), o indivíduo é compreendido não de maneira fragmentada, mas como um todo, em outras palavras, é necessário tomar como ponto central não só as demandas físicas do indivíduo, mas também o emocional, psicológico, social, e tudo aquilo que faz parte dele.

Fazenda (2006) ressalta que a estrutura da interdisciplinaridade diz respeito a um processo de intersubjetividade, e por meio desse processo determina-se uma alteração frente ao problema do conhecimento, já que é definido por um grupo de profissionais com distintas especificidades, objetivando proporcionar ao indivíduo com prognóstico terapêutico desfavorável, novos métodos de cuidado, que tencionem uma cooperação interdisciplinar diversificada, assim como em esferas heterogêneas de uma mesma ciência.

Portanto, a interdisciplinaridade está direcionada ao aprimoramento do cuidar, superando conhecimentos e articulando experiências e práticas interdisciplinares objetivando a inclusão dos profissionais que integram um segmento do grupo, bem como se concentra na veracidade de que os saberes e conhecimentos não estão completos, e o compartilhamento interdisciplinar permite aos enfermos uma melhor qualidade de vida e preservando a sua dignidade no decorrer do processo de morrer (SALTZ; JUVÉR, 2013).

5.1 Considerações acerca do papel do profissional de Psicologia

A contribuição da Psicologia tem sido de grande relevância no decorrer dos anos, auxiliando na preservação do paciente para além da sua dimensão físico-biológica e colocando-o em uma condição maior de destaque e sentido diante das suas outras dimensões (psíquica, social e espiritual) (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

O profissional de Psicologia, ao integrar um grupo de profissionais direcionados aos CP, ressalta Franco (2008) de que a Psicologia contribui no funcionamento de várias etapas, originando-se dos conhecimentos decorrentes do campo psíquico e das experiências e manifestações da mesma, mediante o corpo. O autor salienta que os procedimentos da Psicologia nos CP não estão limitados tão somente ao indivíduo que se apresenta em finitude, porém também deve ser incluso o grupo familiar como uma parte, mesmo que tenham que os observar diante das suas especificidades.

De acordo com Esslinger (2004), os indivíduos que se aproximam da sua finitude carecem de alguém que esteja acompanhando-as nesse período de sofrimento, proporcionando um espaço onde suas perturbações, e expectativas, sejam ouvidas e acolhidas, dando-lhes o

nome de morte anunciada. Este termo, segundo a autora, é uma forma de oportunizar o indivíduo com prognóstico desfavorável, mediante o apoio, de poder interpretar e dar sentido a essa experiência de morte, ou buscar um novo significado para a própria vida.

Visto que a dignidade é algo importante no processo de mortificação, vale ressaltar que para que haja essa dignidade para cada paciente e seus familiares, faz-se necessário que o mesmo precise ser ofertado aos profissionais de saúde que integram a equipe de CP. Se assim for feito, no momento em que os profissionais dispuserem da oportunidade de estarem em contato consigo, e seus próprios sentimentos na prestação dos cuidados a esses indivíduos, os mesmos passarão por um processo de identificação, e por meio disto, estarão em contato com as necessidades, desejos e sentimentos do indivíduo (ESSLINGER, 2004).

A atuação do profissional de Psicologia nos CP traz a finalidade de proporcionar um novo norte aos parâmetros relacionados à qualidade, a valorização e ao sentido da vida, sendo assim, o profissional promove oportunidades ao enfermo de encarar e de ressignificar a trajetória da sua vida. Visto que a doença e a morte apresentam impregnados esses propósitos, cabe ao profissional em conjunto ao grupo de profissionais empenhar-se para interpretar, por meio de cuidados que tencionem acolher, preservar e oferecer condições que auxiliem os estados físicos, psicológicos, espirituais e sociais do indivíduo, resguardando, prioritariamente, a autonomia funcional do enfermo (FIGUEIREDO; BIFULCO, 2008).

Segundo Domingues et al. (2013), a distinta atuação do profissional de Psicologia neste campo passou a ser fundamental devido a sua capacidade de observar o indivíduo em meio a sua singularidade, através dos diversos contextos de adoecimento e sofrimento, utilizando-se de técnicas e dos devidos amparos que se fazem necessários. É conferido a estes profissionais tamanho valor em comparação aos profissionais da rede médica. Sendo assim, frente a essa condecoração sobre o valor dessa prática nesse âmbito profissional, instituiu-se um agrupamento de possibilidades que permitiram a atuação e, conseqüentemente, o profissional de Psicologia foi tomando seu espaço em meio aos profissionais responsáveis pelos CP (CHIATTONE et al., 2012).

Para isto, o trabalho que o profissional de Psicologia desempenha neste campo carece de ser aplicado em conjunto aos demais profissionais da saúde, possibilitando a articulação de conhecimentos das variadas áreas da saúde que tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida para o enfermo e a sua família, englobando uma grande porção das suas necessidades. Sendo assim, Simonetti (2011) salienta que o profissional de Psicologia na equipe multiprofissional é conduzido por inúmeros métodos de atuação, exemplificando, desde o início de tratamento Oncológico até o luto iminente.

Segundo Almeida (2010), alguns desses métodos de atuação mediante a estes pacientes é a psicoterapia breve, visto que a mesma compreende um método de tratamento objetivo, que intenciona amenizar o sofrimento psíquico empenhando-se no Aqui-e-Agora em que o enfoque principal está direcionado para a situação presente, isto é, a ênfase é dada para a demanda que o indivíduo passa durante a intervenção psicológica. O profissional procurará, do mesmo modo, auxiliar no processo de resignificação da enfermidade, afim de amenizar o sofrimento do enfermo possibilitando uma melhor qualidade de vida.

Conseqüentemente, frente a indivíduos que tenham seu prognóstico terapêutico desfavorável, o profissional conduz a sua prática com o intuito de promover alívio ao sofrimento com foco nos distúrbios psíquicos causadores do estresse, ansiedade e sofrimento. Procura-se oferecer uma melhor qualidade de vida mediante as adversidades que a doença ocasiona, lidando com problemas, sendo eles de ordem emocional e a morte em si, auxiliando os mesmos a suprimirem o seu silêncio e exprimirem acerca da doença, tanto os enfermos como os seus entes queridos, colaborando a fim de elaborarem, no caso do enfermo, instrumentos que os possibilitem encarar o processo de adoecimento, luto e morte (BOLOGNINI, 2017).

Neste sentido, o profissional viabilizará o manejo de sentimentos e emoções, tal como, angústia e estresse do indivíduo e do seu contexto familiar, do mesmo modo, proporcionará maior aceitação do processo de morte e do morrer como algo natural, da mesma maneira que, ofertará assistência aos cuidadores do enfermo de modo que estes entendam a magnitude do que estão enfrentando e enfrentarão com a doença.

No entanto, procura-se que o indivíduo permaneça ativo em seu processo, permitindo que o mesmo tenha o máximo de autonomia possível e, acima de tudo, o profissional deve estar concentrado em identificar os pontos e demandas envolvidos da queixa do enfermo e dos seus cuidadores, possibilitando, desse modo, uma interpretação ampla e integral das razões que estão causando o sofrimento psíquico mediante a estes indivíduos (MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

De acordo com Ferreira, Lopes e Melo (2011), trabalhar técnicas que possibilitem o indivíduo a entrar no processo de aceitação da morte em meio a esse ambiente requer do profissional um vínculo de confiança para com o enfermo. É de competência do profissional de Psicologia interpretar o que é exteriorizado pelo paciente, seja de modo verbal ou não verbal, visto que, a observação clínica contribuiu na apreensão daquilo que não for exteriorizado verbalmente pelo enfermo, bem como reconhecer que, em muitos casos, a congruência do que é trazido pelo indivíduo não condiz com o que ele tenciona a falar. Desse

modo, faz-se importante o uso de técnicas que promovam esse vínculo de confiabilidade para que o mesmo possa apresentar nos relatos os seus anseios e o medo desse processo de finitude.

Segundo Domingues et al. (2013), os CP assim como a atuação do profissional de Psicologia, não estão comprometidos em procurar a cura para o enfermo, no entanto, estão interessados em oferecer tratamento e uma melhor qualidade de vida durante esse processo de finitude ao qual, o mesmo, encontra-se aterrorizado e atormentado diante da morte, já que, a sociedade materialista desviou o indivíduo do conceito de morte por meio do narcisismo humano. Mesmo a morte sendo classificada, anteriormente, como parte do ciclo da vida, este conceito passou a ser desconstruído cada vez mais, passando a se tratar de um tabu no qual a sociedade tem receio em se relacionar.

As autoras ressaltam, ainda, que é primordial elucidar que, mesmo diante de quaisquer progressos na tecnologia que seja atingido no decorrer do tempo, a morte está sempre presente, em vista disso, é fundamental que tanto os enfermos como os profissionais de saúde procurem compreender a morte e as emoções resultantes desse processo, uma vez que, no momento em que não encontra-se mais oportunidades para a cura dos mesmos, existe muito o que se elaborar pelo indivíduo ameaçado por uma enfermidade irremediável, como estratégias que lhe promovam dignidade mediante o processo de finitude tendo em consideração toda a sua dimensão humana e subjetiva do indivíduo.

Neste sentido, Ferreira, Lopes e Melo (2011) ressaltam que os CP contribuem na reestruturação da experiência do indivíduo com a doença e a utilização de meios de adequação no sentido de conservar a participação ativa do enfermo no processo de tratamento, visto que, esse tratamento proporciona um maior bem-estar para o indivíduo desde o diagnóstico até o seu padecer.

As equipes multiprofissionais em conjunto ao profissional de Psicologia buscam desenvolver estratégias que tenham como intuito amenizar fatores que venham a causar estresse para o enfermo e seus familiares, já que, em muitos casos a carência de conhecimento podem causar emoções de natureza negativa, como também ansiedades e diversas incertezas (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Deste modo, frente ao enfermo com uma estimativa terapêutica prejudicial, se faz necessário uma sequência de habilidades e competências que fundamentem o trabalho com a finalidade de que o mesmo consiga ser desempenhado com êxito direcionado a humanização, e é precisamente por essa utilidade que a função do profissional de Psicologia objetiva o amparo, esclarecimento e a comunicação de informações significativas sob a sua enfermidade,

tal como, o prognóstico, procurando deste modo estabelecer uma boa relação para com o paciente (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011).

De acordo com Alves et al. (2015), em face dos serviços do profissional de Psicologia diante deste contexto de adoecimento e CP, é de grande importância que seja superado a adversidade que é estar sempre à procura de práxis cada vez mais humanizada diante desse contexto, que estejam ligados aos procedimentos dos CP. Existindo outras objeções que o profissional de Psicologia enfrenta: o de superar a negação quanto as circunstâncias em que se encontra, passando a ter ciência dos limites que estão presentes diante da magnitude da doença tanto ao paciente como também aos familiares, viabilizando no processo de aceitação e do autocuidado para resguardar-se de maior sofrimento e da má qualidade de vida, e não na procura de uma cura para uma doença irremediável.

Em vista disso, faz-se importante acentuar que o papel do profissional de Psicologia em meio a esse contexto, é literalmente ligada a oferecer ao enfermo uma estrutura que sustente todas as dimensões da sua vida, e por meio disso, amenizar as aflições proporcionadas diante da sua nova situação de vida, uma vez que, essa estrutura esteja acerca da dimensão espiritual do indivíduo. É de competência do profissional reconhecer o fenômeno espiritual de cada indivíduo, bem como, na maior parte dos casos, reconhecer um aspecto que reforce na estrutura emocional, assim como apresenta meios de confrontação da enfermidade (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Dessa forma, o profissional de Psicologia ao atuar com sujeitos paliativos procurará interpretar as aflições do sujeito e as emoções experienciadas no processo de adoecimento, visto que, ao se encontrarem frente a situação apresentada pelo diagnóstico com uma enfermidade irremediável, se sentem limitados, com rupturas e privados de viver, possivelmente, originando sentimentos de ambiguidade, como raiva, medo e sofrimento que afetaram não somente o paciente como o seu contexto familiar (DOMINGUES et al., 2013).

Neste viés, o profissional de Psicologia, em conjunto com o indivíduo, buscará compreender e favorecer a elaboração de significado a cada uma das emoções, visando atenuação do sofrimento diante das atribulações provenientes ao mesmo e o seu contexto familiar. Desse modo, aproveitará não somente das intervenções técnicas, como também, da relação empática e de uma escuta acolhedora, tornando-se esta de imprescindível relevância para que o profissional de Psicologia possa dominar as verdadeiras demandas do indivíduo, oportunizando a eles, recursos significativos para que entre no processo de aceitação e estruturação do adoecimento (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

A atuação do profissional de Psicologia em meio a esse contexto, viabiliza na intercomunicação entre os envolvidos, seja o enfermo, a família do mesmo, e os profissionais responsáveis nos CP, tendo como intuito ampliar a interlocução e em consequência oferecer maiores privilégios para o indivíduo, visto que, por meio dos parâmetros adequados para a promoção desta comunicabilidade, torna-se acessível a identificação das queixas do indivíduo e dos demais familiares proporcionando uma melhor interpretação quanto aos desejos, interesses e privilégios do indivíduo diante dessa nova situação na qual se encontra objetivando a todo momento uma melhor qualidade de vida, conservando a integridade do indivíduo no processo de morte e do morrer (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Contudo, a função do profissional de Psicologia em uma equipe multidisciplinar de CP é realizada desde o contexto hospitalar ao contexto domiciliar, assim sendo imprescindível destacar que neste campo a apreciação do profissional de Psicologia está direcionada para a redução das aflições fomentado pelo processo de hospitalização, bem como, direciona a atenção para o cuidado dos aspectos psicológicos que atravessam a doença. Dessa forma, procurando oferecer sustentação ao doente de maneira geral e segmentada, não há uma divisão entre questões psíquicas e orgânicas, levando a apreciação para os aspectos psicológicos da enfermidade, cujo, está carregada de questões subjetivas (CANTARELLI, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi aqui apresentado, pode-se perceber o papel do profissional de Psicologia como um processo fundamental no acompanhamento terapêutico frente ao processo de finitude, uma vez que os impactos emocionais e psicológicos acarretados pela situação podem gerar total desconforto para o paciente, caso não haja a compreensão deste.

O profissional de Psicologia é uma peça obrigatória nas equipes multiprofissionais direcionadas aos CP, visto que, após um prognóstico desfavorável, os indivíduos passam por um processo individual que pode gerar emoções ambivalentes muitas vezes responsáveis por sentimentos de estresse, apreensão e pânico.

Diante disto, percebe-se que o profissional de Psicologia ao trabalhar com indivíduos em CP, utiliza-se de procedimentos como, a escuta e o acolhimento, objetivando amenizar o sofrimento psíquico perpassado pela enfermidade, bem como contribuir para compreensão das representações e imagens construídas acerca do processo de morte e morrer, elaboradas pelo paciente.

Mediante o artigo, pretende-se contribuir como material de estudo para os discentes do curso de Psicologia como também das demais áreas, em vista da importância do conteúdo abordado. Ressalta-se ainda, o interesse do pesquisador em aprofundar esta temática em outro momento, através de um estudo de campo, dando ênfase à fala do sujeito que vivencia os CP.

Portanto, é importante destacar que o propósito do artigo tenha sido alcançado, em razão de dissertar sobre as práticas do profissional de Psicologia bem como dos CP, e os aparatos utilizados na atuação do profissional em meio ao cenário destacado, como também a complexidade desta vivência frente ao adoecimento e a finitude humana, os familiares dos pacientes, bem como os outros profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. I ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

ALMEIDA, R. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. *In: Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106, jun, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 de setembro de 2021.

ALVES, R. F.; ANDRADE, S. F. O.; MELO, M. O.; CAVALCANTE, K. B.; ANGELIM, R. M. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 165-176, maio-ago, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0165.pdf> Acesso em: 20 de setembro de 2021.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2523-2530, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900006&script=sci_abstract&tlng=p Acesso em: 20 de Abril de 2021.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Edição especial. Tradução: Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BASZANGER, I.; GAUDILLIÈRE, J.P.; LÖWY, I. Avant-propos. **Sciences Sociales et Santé**, v.18, n.2, p.5-10, 2000.

BOLOGNINI, T. O Papel do Psicólogo na Equipe de Cuidados Paliativos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Edição 04. Ano 02, Vol. 01. pp 631- 640, Julho de 2017. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/o-papel-do-psicologo> Acesso em: 20 de Abril de 2021.

BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2ª ed, 2010.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *In: Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-147, dez. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200011&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 21 de setembro de 2021.

CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W.; FONGARO, M. L. H.; SANTOS, C. T. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. *In: ANGERAMICAMON, V. A. (org). E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Cengage Learning, 2012, p 147-175.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.805/2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 2006. Seção I, p.169. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resoluções/cfm/2007/111_2007.htm Acesso em: 21 de Maio de 2021.

DOMINGUES, G. R.; ALVES, K. O.; CARMO, P. H. S.; GALVÃO, S. S.; TEIXEIRA, S. S.; BALDOINO, E. F. **A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares**. *In: Psicologia Hospitalar*, 2013, 11 (1), 2-24.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida, afinal? Descortinando os Cenários da Morte no Hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Papirus editora, 2006.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *In: Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, vol.14, no. 2, Rio de Janeiro - Jul/Dez, 85-98, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200007 Acesso em: 21 de setembro de 2021.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. & BIFULCO, V.A. (Org.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

FRANCO, M.H.P. **Cuidados paliativos**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

GIL, A. C. Como Classificar as Pesquisas. *In: GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Vol. 11, N. 2, 2012. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=322 Acesso em: 21 de Abril de 2021.

- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.18, n.9. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012 Acesso em: 16 de abril de 2021.
- INCONTRI, D. Equipes interdisciplinares em cuidados paliativos - religando saber e o sentir. *In: Santos, F. et al (eds). Cuidados Paliativos - diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo; Editora Atheneu; PP 141-148; 2011.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: Conceitos fundamentais e princípios. *In: Manual de Cuidados Paliativos/ANCP*, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In: Manual de cuidados paliativos ANCP*, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.
- MELO, Á. A. “**És o que fomos, serás o que somos**”: o processo de ressignificação dos espaços cemiteriais e das práticas funerárias. (Tese de Doutorado) Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, 2019.
- MELO, A. C.; VALERO, F. F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *In: Psicologia, Saúde & Doenças, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS*, 14(3), 452-469, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf> Acesso em: 21 de setembro de 2021.
- MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100312&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 21 de Abril de 2021.
- MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamound, 2004.
- NUNES, C. T. S. Reflexões sobre pacientes terminais: um olhar para a família. **Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional – SES-SP**, elaborada no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE – IAMSPE). São Paulo, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/ses-34497> Acesso em: 21 de Abril de 2021.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
- PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *In: Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, vol.13 no.1 Rio de Janeiro jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000100007 Acesso em: 15 de setembro de 2021.
- ROMANO, L. R. *et al*. História dos Cuidados Paliativos. **Cuidados Paliativos**, p. 13. 2011.
- SALTZ, E.; JUVER, J. **Cuidados Paliativos em oncologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac, 2013.

SANTOS, F. S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. *In: Santos, F.S. et al. Cuidados paliativos- Diretrizes, humanização e alívio de sintomas.* São Paulo; Editora Atheneu; PP 315-321; 2011.

SANTOS, F. S. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2014.

SCHMIDT, B; GABARRA, L. M; GONÇALVES, J. R. **Intervenção psicológica em terminalidade e morte:** Relato de experiência. *In: Padéia.* Florianópolis, v. 21, n.50, P. 423-430, set/dez, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/15.pdf> Acesso em: 23 de setembro de 2021.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar:** o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 6^a ed, 2011.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *In: Revista Latino Americana de Enfermagem*, julho-agosto; 11(4):525-31, 2003. Disponível em: <Http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf> Acesso em: 13 de setembro de 2021.