

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

HELENA YVANA FREIRE TAVARES

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NO
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE PALIATIVO**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2021

HELENA YVANA FREIRE TAVARES

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NO
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE PALIATIVO**

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: Profa. Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda

HELENA YVANA FREIRE TAVARES

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NO
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE PALIATIVO**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso de HELENA YVANA FREIRE TAVARES.

Orientador: Profa. Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda

Data da Apresentação: 15/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda

Membro: Prof. Me. Joel Lima Junior/UNILEÃO

Membro: Prof. Me. Marcos Teles do Nascimento/UNILEÃO

AS CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE PALIATIVO.

Helena Yvana Freire Tavares¹
Indira Feitosa Siebra de Holanda²

RESUMO

Apesar da crescente notoriedade em relação aos cuidados paliativos, ainda hoje se observa poucos debates quanto ao tema. Os cuidados paliativos referem-se a um programa de caráter assistencial ofertado a pacientes com doenças sem prognósticos de cura e/ou não respondentes ao tratamento médico tradicional. Com uma abordagem humanizada, o programa oferta qualidade de vida e bem-estar para o paciente paliativo e seus familiares, possibilitando a resignificação do processo de morte e morrer. O presente artigo trata-se de pesquisa bibliográfica com objetivo descritivo e utiliza-se de materiais publicados nos últimos 15 anos para a sua elaboração. Tem como objetivo geral apresentar como se dá a atuação da profissional de psicologia no acompanhamento do paciente paliativo. O desenvolvimento do artigo possibilitou evidenciar o percurso histórico do programa de CP bem como os impactos emocionais resultante da imersão no processo de terminalidade, destacando assim as possibilidades de atuação da profissional de psicologia junto aos envolvidos e as contribuições da mesma nesse processo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Terminalidade. Psicologia.

ABSTRACT

Despite the growing notoriety in relation to palliative care, there are still few debates on the subject. Palliative care refers to a care program offered to patients with diseases without cure prognosis and/or not responding to traditional medical treatment. With a humanized approach, the program offers quality of life and well-being for palliative patients and their families, enabling the resignification of the process of death and dying. This article is a bibliographic research with descriptive objective and uses materials published in the last 15 years for its elaboration. Its general objective is to present how the psychology professional works in the follow-up of palliative patients. The development of the article made it possible to highlight the historical course of the CP program as well as the emotional impacts resulting from immersion in the process of terminality, thus highlighting the possibilities of the psychology professional's performance with those involved and its contributions in this process.

Keywords: Palliative care. Terminality. Psychology.

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

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

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a morte é parte do ciclo de vida de qualquer ser vivo, sendo essa a única certeza comum a todos que partilham a experiência de estarem vivos. A forma como cada sujeito experiencia tal evento muda de acordo com crenças sociais, culturais e religiosas, crenças essas que moldam a forma como o outro se relaciona com tal evento (PORTO; LUSTOSA, 2010).

O recebimento de um diagnóstico de uma doença sem prognóstico de cura, ou seja, um diagnóstico terminal, impacta de forma incompreensível o sujeito e todos que estão a sua volta, trazendo à tona a antecipação de questões pouco pensadas até aquele momento, questões essas que ligam-se diretamente a finitude da vida, planos futuros sem perspectiva de concretização, eventos passados não resolvidos, o medo diante de como irá morrer, as perdas, o sofrimento, imersão no processo de luto, entre outros (DE MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

Apesar da crescente notoriedade diante do reconhecimento da importância dos cuidados paliativos (CP) para o sujeito em fim de vida, observa-se ainda pouca discussão no meio acadêmico. Na década de 90 sendo revisada posteriormente no ano de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designa os CP como serviços assistenciais, definindo-se por meio de intervenções ativas de cunho integral destinadas a pacientes com doenças progressivas e inconversíveis bem como aos familiares participantes daquele processo. Tais serviços visam a prevenção e a atenuação do sofrimento, seja ele de ordem psíquica, física, social e/ou espiritual (DE MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

Tendo em vista o exposto até o presente momento, surgiu então uma pergunta problematizadora: De que forma a profissional de psicologia pode contribuir no acompanhamento do sujeito ao longo desse processo?

Observando-se a crescente relevância da temática aqui proposta e notando-se a pouca exploração acadêmica em relação aos cuidados paliativos bem como a exploração limitada das contribuições da profissional de psicologia nesse contexto, percebeu-se a possibilidade de elaboração do presente trabalho dando ênfase na propagação dos conhecimentos aqui abordados, buscando expor através de análise de materiais já publicados a relevância para abordar tal tema bem como fomentar a exploração dos temas aqui expostos.

Partindo desse pressuposto, coloca-se como objetivo geral deste artigo apresentar como se dá a atuação da profissional de psicologia no acompanhamento do paciente paliativo. Buscaremos, portanto, descrever os impactos emocionais que surgem no período de imersão do

sujeito no programa de cuidados paliativos e identificar de que forma a psicologia pode contribuir no acompanhamento do mesmo ao longo desse processo, sendo esses os objetivos específicos do presente estudo.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho fundamenta-se na metodologia de pesquisa bibliográfica com objetivo descritivo. Uma pesquisa de cunho bibliográfico procura explicitar e debater um assunto, tema ou problema com base em materiais publicados em livros, periódicos, revistas, dicionários, jornais, anais de congressos, sites, entre outros. Com a mesma procura-se conhecer, estudar, averiguar e explicitar um assunto, tema ou problema (MARTINS; THEOPHILO, 2016).

Para reunir materiais foram utilizadas as bases de dados eletrônicas Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizou-se os descritores *cuidados paliativos e intervenção psicológica, Importância dos cuidados paliativos, importância da psicologia nos cuidados paliativos, morte e luto em pacientes terminais*, foram selecionados materiais publicados na língua portuguesa entre os anos de 2006 e 2021 não ultrapassando o período máximo de 15 anos.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O hoje conhecido programa de cuidados paliativos (CP) existe há centenas de anos. O mesmo passou por inúmeros processos de adequações e alterações, sejam elas históricas, sociais, econômicas e/ou culturais. O programa de CP hoje possui um sistema cada vez mais solidificado e em constante expansão, abrange diversos países, unificando e universalizando a oferta de cuidados e atenção aos sujeitos paliativos e seus familiares (CAPELAS, 2014).

Os registros acerca da origem dos cuidados paliativos, retoma há séculos atrás, tendo a primeira transcrição datada do século V. Os primeiros registros encontrados relatam que tais serviços eram prestados por instituições religiosas. Essas instituições forneciam esse apoio ao paciente paliativo, ofertando os cuidados requeridos pelo sujeito naquele período, concedendo o suporte que até então era negligenciado e/ou negado naquele momento, porém é preciso entender que esse não foi o primeiro objetivo dessas intuições (MATSUMOTO, 2012).

Esta palavra (*hospice*) data dos primórdios da era cristã quando estas instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo pela Europa. Hospices eram abrigos (*hospedarias*) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no Hospício do Porto de Roma (MATSUMOTO, 2012, p. 24).

Se atendendo aos relatos documentados desse período, nota-se que essas instituições não tinham, inicialmente, o papel assistencial propriamente dito, pois apresentavam características excludentes, com a intenção de isolar sujeitos que não possuíam um papel ativo dentro daquela sociedade. Portanto, um grupo marginalizado dentro daquele meio social, iam em busca de um local que ofertasse cuidados básicos para a sobrevivência, tais como moradia e alimentação (PALMEIRA; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2011).

Com o início desse movimento assistencial, viu-se então o surgimento de vários ramos dos conhecidos *hospices* que tinham um viés voltado a ações de caridade, os mesmos possuíam diversas finalidades, cujo intuito era dar suporte aos sujeitos marginalizados, tais como órfãos, pobres, peregrinos e doentes. Com isso, a terminologia *hospices* foi mesclando-se a outra, que vinha tornando-se mais popular dentre a população mais pobre, as conhecidas “Casas de Caridade” (MATSUMOTO, 2012).

Seguindo o curso natural da história, os serviços ofertados por essas instituições foram fragmentando-se e restringindo a um propósito específico. Seguindo para um viés do cuidado ao sujeito enfermo, os *hospices* voltados para esse propósito passaram a ocupar um papel essencialmente medicinal, ainda que de forma não especializada. Tais instituições tinham fundamentalmente uma característica hospitalar e depositária (PALMEIRA; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2011).

Cicely Saunders foi enfermeira, assistente social e médica do século XX. A mesma é conhecida hoje como pioneira no fornecimento de serviços chamados de cuidados paliativos modernos. A mesma ocupou papel fundamental no curso do que hoje conhecemos como oferta do cuidado integral ao sujeito em sofrimento. Cecily idealizou o projeto de cuidado e fundou o Saint Christopher Hospice, que ficou conhecido como o primeiro *hospice* moderno, sendo esse um marco histórico no provimento do cuidado (MIRANDA, 2020).

A instituição Saint Christopher Hospice, tinha como propósito fundamental a oferta de dignidade ao sujeito sem perspectiva de melhora e/ou sem prognóstico de cura, bem como ofertar a conhecida medicina curativa, atuando de forma humanizada na concessão de cuidados. Foram através dessas ações, que os cuidados paliativos se moldaram ao que hoje conhecemos como serviço de cuidado assistencial e integral (MACÊDO, 2016).

O projeto idealizado por Cicely consolidou-se não apenas na Inglaterra, mas diante do sucesso obtido naquele meio, expandiu-se para outras cidades e países. A metodologia de cuidado ofertado pelo *hospice* deixou de ter caráter exclusivo e aos poucos universalizou-se, tornando-se uma visão futurista sobre a qualidade de vida diante da morte (MIRANDA, 2020).

Diante dos resultados positivos do Saint Christopher Hospice, outras instituições tornaram-se receptivas a essa proposta metodológica, centros de pesquisas passaram a estudar os aspectos que envolviam a morte e qualidade de vida. Cuidados assistenciais domiciliares passaram a fazer parte do programa de cuidado como manutenção do bem-estar para aqueles pacientes que tinham condições de permanecer e/ou retornarem as suas residências (MIRANDA, 2020).

O movimento do *hospice* moderno chegou à América mais especificamente aos EUA na década de 70, através da médica psiquiátrica Elisabeth Kübler-Ross. Elisabeth foi a grande responsável por expandir e fomentar debates sobre os temas de cuidado e morte pelos EUA, fazendo da sua carreira um marco importante para a expansão da abordagem metodológica e discussão sobre cuidados não apenas nos EUA, mas no mundo (SILVA; SILVEIRA, 2015).

A mesma desenvolveu ao longo do seu exercício profissional, a prática do cuidado e assistência ao sujeito em fim de vida. Sua visão modificou-se à medida em que atuava e observava a metodologia excludente empregada aos pacientes em fim de vida nas instituições hospitalares. Sua visão sobre o tema da morte, engajou diversos debates no meio acadêmico e profissional. A mesma dedicou a vida pessoal e profissional aos cuidados direcionados aos sujeitos sem prognóstico de cura, levando seus estudos acerca do tema a diversos estados e países (SILVA; SILVEIRA, 2015).

Trazendo essa dinâmica de cuidado para o Brasil, nota-se que existem dois registros acerca do movimento em território nacional. O primeiro ocorreu na década de 40 e apesar de não ser caracterizado como modelo assistencial de cuidado como os já citados anteriormente, exercia essa função de forma não diretiva. A instituição denominada como Asilo da Penha, localizada no estado do Rio de Janeiro, foi a primeira instituição brasileira a inserir cuidados mais direcionados ao fim de vida (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Tinha por objetivo a assistência material, médica e moral aos pacientes com câncer avançado, além de absorver os pacientes nessas condições provenientes do Centro de Cancerologia. Tal entidade viveria de doações de seus membros, de legados e de subvenções das três esferas do Estado (...) A partir de 1949 iniciou-se, fruto também dos esforços de Mário Kroeff, a construção, em prédio anexo ao Asilo da Penha, de um novo hospital de oncologia, que seria aberto em 1954 e receberia o nome de Hospital Mário Kroeff (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 176).

A mesma não é descrita como o primeiro *hospice* brasileiro, mas foi a primeira instituição a ofertar o cuidado ao sujeito no leito de morte. O Asilo da Penha era dirigida pelo médico Mario Kroeff e sua principal função era abrigar pacientes com câncer em estágio terminal, assumindo, portanto, um caráter excludente para com sujeito em fim de vida além de ofertar assistência médica de caráter curativo, bem como os primeiros *hospices* britânicos (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

O segundo registro da oferta dos cuidados paliativos propriamente dita, data da década de 80, no estado do Rio Grande do Sul. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre implantou no serviço da dor, o primeiro programa de cuidados paliativos brasileiro. Tal ato foi um marco histórico para a expansão dos cuidados paliativos em território nacional tornando-se referência no país nessa modalidade. Após a implantação dos CP no Serviço da Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre programas semelhantes expandiram-se para outros estados, tais como Rio de Janeiro, Paraná e São Paulo (SILVA; SILVEIRA, 2015).

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO INGRESSO DA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

A introdução da psicologia no contexto hospitalar, veio da descentralização da visão físico-biológica enraizada nas práticas hospitalares ao longo da sua história. Com o reconhecimento do sofrimento de dimensão psíquica, bem como seus impactos no que se refere ao bem-estar geral do sujeito, essa área em questão encontrou espaço de inclusão de suas práticas e vem contribuindo no fornecimento de um tratamento mais integral ao sujeito que ali se encontra (PORTO; LUSTOSA, 2010).

A contribuição da psicologia no contexto da saúde, notadamente no âmbito hospitalar, foi de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquica, social e espiritual (PORTO; LUSTOSA, 2010).

O primeiro registro oficial da integração do psicólogo hospitalar ocorreu nos EUA após o fim da segunda guerra mundial quando se tornou evidente a necessidade de prestar serviço assistencial aos militares que passaram a apresentar diversos problemas de ordem psíquica quando ainda estavam hospitalizados. A partir de então, a atuação da profissional de psicologia no contexto hospitalar expandiu-se ganhando notoriedade dentro dessas instituições (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

Trazendo para o contexto brasileiro, podemos citar a Mathilde Neder como pioneira na atuação dentro do contexto hospitalar. Mathilde atuou no setor pediátrico traumatológico e ortopédico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do estado de São Paulo. A mesma passou a prestar atendimento assistencial aos pacientes que estavam hospitalizados no pré e pós-operatório, bem como aos familiares que os acompanhavam. Esse foi o marco histórico fundamental para a inicialização da atuação dentro do contexto hospitalar. Foi através da Mathilde Neder e suas intervenções que a psicologia ganhou reconhecimento dentro do meio hospitalar no território brasileiro, passando a conquistar, mesmo que de forma lenta, espaço de atuação e relevância nesse ambiente (DE OLIVEIRA, 2011).

Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento de aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, dominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004, p 15).

No que tange a atuação profissional da psicologia na equipe de cuidados paliativos, podemos ressaltar a importância no suporte assistencial fornecido ao sujeito paliativo e aos seus familiares. Como já citado anteriormente, o espaço da psicologia no âmbito hospitalar veio junto ao movimento de descentralização da saúde, afastando-se do viés físico-biológico e integrando-se aos demais aspectos, diante dessa expansão a mesma passou a integrar alguns programas assistenciais, contemplando assim o programa dos CP desde o início da sua implantação (HENNEMANN-KRAUSE, 2015).

4 PACIENTE PALIATIVO E FAMILIARES

Quando observamos as vertentes da finitude, notamos quase que de maneira imediata a limitação do conhecimento no tange o assunto da morte e o morrer. Tal assunto vem sendo debatido desde o início dos tempos quando o homem ainda não conseguia documentar as suas descobertas, preocupações e crenças a respeito do tema. É comum a natureza humana o negar assuntos aversivos, assuntos esses que independem dos desejos e vontades daquele sujeito. Apesar do desejo de ignorar, renegar e excluir esse aspecto da vida, nos deparamos diariamente com a finitude humana, e quando o tocante chega ao nosso seio pessoal atingindo-nos diretamente, torna o assunto ainda mais devastador e inquietante (SANTOS, 2007).

Como o término da vida, supressão do processo vital, a única certeza, a morte é uma preocupação universal para o homem. Assombra o imaginário de todos, desde a mais tenra idade até a velhice, em pessoas das mais diversas crenças religiosas, níveis culturais e econômicos, em todas as sociedades e em todos os tempos. Para Kierkegaard (1979, p. 178), só aos homens foi dada a consciência de sua terminalidade e tal fato está na raiz da angústia básica do ser humano. O homem é, provavelmente, o único ser vivo que sabe, com certeza, do seu ser-mortal e do seu ter-que-morrer. E a inquietude gerada pela inexorabilidade da morte foi a força motriz para as reflexões de grandes pensadores de todas as civilizações, em todos os tempos. Os ensinamentos das diferentes religiões, doutrinas e filosofias buscam preencher o vácuo do absoluto desconhecimento sobre o que há depois da morte (MENDONÇA; DA SILVA, 2014, p. 164).

A forma como a morte é encarada tem suas particularidades moldadas pelo tempo e a cultura. Houveram tempos em que a morte era vista e entendida como algo místico e transcendental, inerente a vida, em outros tempos adotou um ar de normalidade, rituais eram característicos e mascaravam essa passagem de formas diversificadas, em outros momentos eram vistos como fracassos e insucessos sejam eles pessoais ou evolutivos, evidenciando a limitação do avanço científico no tange a finitude da vida e a compreensão que o ser humano tem da morte. Com isso, entendemos que de acordo com a história e a cultura de um povo, a forma como a morte é tratada vai se modificando bem como a forma que o sujeito a encara (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Partindo para o cenário do sujeito ingressante nos CP, notamos a polarização sentimental envolvida nesse processo complexo e doloroso. No primeiro momento nota-se o sofrimento em torno da incompreensão do sujeito ao deparar-se com a doença sem um prognóstico de cura. Evidencia-se nesse momento o luto emergindo nos familiares e no próprio sujeito, luto pelo fim precoce, pelos momentos e eventos que não serão vividos, projetos e planos desfeitos, por entes que ficarão, enfim, o luto pelo que não poderá ser vivido (RODRIGUES; ZAGO, 2012).

Em nossa literatura, nos deparamos com muitos materiais que descrevem de forma fixa e homogênea os processos vivenciados pelo sujeito e seus familiares, porém, é necessário considerar o fator subjetivo do indivíduo que faz com que cada processo adote um caráter singular tornando toda e qualquer experiência única para aqueles que a vivenciam (DOS SANTOS, 2011).

Uma autora que se destaca quando falamos em morte é a Elisabeth Klüber-Ross, que ficou conhecida mundialmente com sua obra intitulada “*Sobre a morte e o morrer*”. Sua obra foi construída com base nas suas vivências enquanto médica psiquiatra. Essas experiências foram fundamentais para a criação da teoria dos estágios da morte. Porém, vale salientar que os

estágios citados pela mesma são o processo de elaboração do luto, processo esse que não segue um curso fixo, cristalizado, havendo a mobilidade de percurso entre os estágios, essa mobilidade é definida, pela sociedade, cultura, religião, fatores econômicos e principalmente pela subjetividade do sujeito, tornando todo o processo único (LUZ; BASTOS, 2019).

Os estágios citados por Kübler-Ross são divididos em cinco. São eles a negação, raiva, barganha, depressão e por fim, a aceitação. Cada fase descreve algumas características emergentes no sujeito no processo de morte. A primeira fase da negação evidencia-se a rejeição do diagnóstico terminal, não aceitando, portanto, que esteja caminhando para o processo de fim de vida. O segundo estágio, o da raiva, observa-se uma irritabilidade característica ao abordarem assuntos que estejam ligados ao processo que o sujeito se encontra, seja o tratamento em si ou até mesmo a sua aparência (SANTOS; SCHLIEMANN; SOLANO, 2014).

O terceiro estágio descrito pela autora refere-se a barganha, nela o sujeito tende a mudar hábitos e apresentar novos comportamentos como uma forma de postergar o inevitável. A quarta fase fala sobre a depressão, nesse estágio o paciente começa a sentir o impacto da sua situação e com isso passa a sofrer por algo que está perdendo ou que por ventura perderá, adotando assim um comportamento depressivo. Por fim, a fase da aceitação, nesse estágio o sujeito começa o processo de aceitação do prognóstico e sua limitação em não conseguir alterar o mesmo, com isso, passa a aceitar o seu fim de forma tranquila (SANTOS; SCHLIEMANN; SOLANO, 2014).

Os problemas do moribundo chegam ao fim, mas começam e continuam os da família. Muitos desses problemas podem ser contornados antes que o membro da família venha a falecer. Infelizmente, a tendência é ocultarmos do paciente nossos sentimentos, tentarmos manter um sorriso nos lábios ou uma alegria falsa no rosto, passível de sumir mais cedo ou mais tarde. (KUBLER-ROSS, 1997, p. 177).

Assim como o paciente sofre diante da perspectiva iminente da sua morte, os familiares que o cercam sofrem com a partida que se aproxima. É comum um membro da família estar sempre presente ao longo do processo, fazendo aquele acompanhamento diário, indo a consultas, exames, prestando assistência básica nos cuidados e na atenção ao paciente, encarregando-se de prover o bem-estar daquele sujeito em casa, entre outras funções que se atribuem ao familiar chamado de cuidador (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

As novas funções atribuídas aquele familiar-cuidador, bem como a adaptação para atender as necessidades do paciente paliativo faz com que o sentimento de perda ou até mesmo o entendimento da situação em si tenha um processo atrasado, demorado a emergir de forma precisa e real para aquele familiar e os demais. Assim como o sujeito paliativo passa pelos

estágios de elaboração do luto, citado anteriormente, aquele(s) familiar(es) também passam e a isso se soma a culpa de sobreviver, gerando, portanto, um grande sofrimento para aqueles que ficam (DE FARIA, 2017).

A culpa talvez seja a companheira mais dolorosa da morte. Quando uma doença é diagnosticada como potencialmente fatal, não é raro os familiares se perguntarem se devem se culpar por isso. (...) apresentam sintomas somáticos da incapacidade de superar os sentimentos de culpa e pesar. (...) É compreensível que as pessoas relutem em falar abertamente sobre a morte e o morrer, sobretudo se, de repente, a morte se torna algo pessoal que nos atinge e, de certa forma, bate à nossa porta (KUBLER-ROSS, 1997, p. 178 e 179).

5 AS CONTRIBUIÇÕES DA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA

O papel dos *hospices* tornaram-se fundamentais para a disseminação da prática assistencial com ênfase no cuidado, servindo assim como fundamento para o que hoje conhecemos como cuidados paliativos. Foi através da prática assistencial criada e difundida por Cicely Saunders que posteriormente os CP foram aceitos e enraizados em diversos países pelo mundo (CAPELAS, 2014).

No início da década de 80, a Organização Mundial da Saúde – OMS através do seu comitê de câncer fundou um grupo de estudo e trabalho para que determinassem princípios para o alívio de dor e cuidados com o objetivo de que os mesmos fossem praticados em outros países. Essa iniciativa teve como objetivo difundir os cuidados ofertados nos *Hospices* para os demais países, vale ressaltar que a sua prática inicial era voltada a pacientes com câncer que não respondiam ao tratamento médico da época, ou seja, sem prognóstico reversível e/ou de cura (LANGARO, 2017).

Em 1990, a OMS publicou a primeira conceituação dos CP, onde caracterizavam o serviço como:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (OMS, 2007, p. 25).

Tendo em vista a disseminação das práticas dos CP e entendendo a necessidade de ampliar a oferta do cuidado para outros públicos, a OMS atualizou o conceito posteriormente:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio

do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2007, p. 3).

Com a determinação da equipe multiprofissional para composição das equipes de CP temos uma atuação interdisciplinar que integra todos os aspectos dos cuidados necessários para o paciente em acompanhamento. Vale salientar a importância desse tipo de abordagem para ofertar o melhor tratamento possível para o sujeito assistido bem como aos seus familiares, pois a coletividade proporcionada pela equipe multiprofissional fomenta e incentiva a interação dos profissionais envolvidos e a interligação dos conhecimentos de suas respectivas áreas, partilhando suas opiniões diante de estudos e análises de casos e suas particularidades, com isso as demandas e necessidades do paciente e seus familiares são atendidas de forma integral, ofertando assim um serviço completo, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários do serviço (OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

Nesse sentido, as ações paliativas representam medidas terapêuticas, sem a intenção de cura, que objetivam diminuir os efeitos negativos da doença sobre o bem estar do paciente (Moritz et al., 2008). Os CP também podem ser administrados a doentes terminais, que se referem aqueles pacientes cujo prognóstico de sobrevida é inferior a seis meses, pois segundo Ferreira (2004), o apoio psicossocial no período da terminalidade é fundamental para auxiliar o enfrentamento do contato com a finitude humana (DE MELO; VALERO; MENEZES, 2013, p.453).

Alguns dos princípios que norteiam os CP compreendem a importância da vida tendo em vista a morte como um curso natural da vida, estipula um cuidado onde não há uma antecipação da morte e nem um prolongamento por meio de medidas desproporcionais, proporciona o alívio da dor e outros sintomas não desejáveis, englobando também fatores espirituais e psicológicos no processo de cuidado, disponibiliza apoio familiar para que a mesma encare o diagnóstico do paciente paliativo e consiga enfrentar e superar o momento do luto provocado pela perda do sujeito (HERMES; LAMARCA, 2013).

O psicólogo diante da terminalidade humana, busca a qualidade de vida do paciente, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão do mesmo diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de prevenção, quanto nas diversas etapas do tratamento. (...) consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família, que permita a ela conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases, além de buscar a todo tempo, maneiras do paciente ter sua autonomia respeitada (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2582 e 2583).

Receber o suporte psicológico durante todo o processo facilita o entendimento do sujeito bem como dos familiares envolvidos, contribuindo para a construção das estratégias de

enfrentamentos que surgem e se consolidam durante o percurso em questão, facilitando a aceitação do diagnóstico e até mesmo auxiliando na melhoria dos resultados conquistados com os demais tratamentos ofertados (CASTRO; BARRETO, 2015).

O psicólogo também pode ser o elemento facilitador do exercício da autonomia do paciente, alicerçado num modelo bioético de apoiar as suas próprias escolhas, intermediando esse processo junto a equipe e família. Este apoio pode ocorrer em situações de reintegração do paciente à sociedade e à rotina familiar, buscando, junto com o paciente e familiares, as melhores formas de adaptação às limitações impostas pela doença, evitando o surgimento de complicações de ordem psicológica que possam interferir no campo profissional, afetivo e social tanto do sujeito em tratamento quanto de seus familiares (HENNEMANN-KRAUSE, 2015, p. 22).

No decorrer do processo, por vezes, a autonomia do sujeito em tratamento é subjugada ou até mesmo ignorada. Um ponto importante que deve ser posto em prática pela profissional de psicologia, é assegurar o direito de escolha, ou seja, a autonomia do sujeito ao longo do seu processo, permitindo que seja ele a tomar as melhores decisões para si, fazendo com que o mesmo participe ativamente do seu percurso de tratamento (BAPTISTA; DIAS, 2018).

Como já citado anteriormente o serviço ofertado não se restringe apenas ao paciente, mas estende-se aos familiares que o acompanham. Além de ofertar o suporte psicológico nesses momentos, a profissional atua como um agente conector entre o paciente e familiares e a equipe de CP, com isso, a mesma faz um acompanhamento mais diretivo junto aos envolvidos tendo como finalidade uma maior aderência do tratamento ofertado bem como uma comunicação eficiente entre os implicados (INÁCIO, 2015).

Outra ação posta em prática que deve ser mencionada é a escuta e a acolhida fornecida pela profissional. É preciso compreender que os envolvidos inseridos no programa de CP precisam de alguém que possa ouvir de forma livre as suas inseguranças, esperanças, dores, angústias e dúvidas diante da terminalidade da vida. Esse processo de escuta e acolhida proporciona ao paciente a chance dar significado ao processo de morte, ou até mesmo, fazer com que passe por um estágio de ressignificação da vida em si, auxiliando nesse percurso e transições ocorridas durante esse período (BARBOSA, 2019).

O papel do psicólogo hospitalar em cuidados paliativos é dar um novo direcionamento aos critérios concernentes à qualidade, ao valor e ao significado da vida. É dar condições ao doente de lidar com essa situação e redescobrir o sentido da vida no momento vivenciado por ele. A doença e a morte trazem imbuídos esses propósitos. Cabendo ao psicólogo e toda equipe multiprofissional de saúde em cuidados paliativos tentar decifrá-los, através de cuidados que visem acolher, preservar, acarinhar e dar condições físicas, mentais, espirituais e sociais, além de preservar ao máximo a autonomia funcional do paciente (PORTO; LUSTOSA, 2010, p.90).

Com isso, podemos afirmar a importância da participação da profissional de psicologia ao longo de todo o processo. Evidencia-se a relevância do suporte ofertado pela profissional, através da escuta e acolhida que se tornam fundamentais para aceitação e ressignificação do sentido da vida e da morte. Para tanto, a contribuição da mesma vai além das ações já citadas (SCANNAVINO, 2013).

Compete a psicóloga responsável o acompanhamento de todas as estratégias que estejam sendo traçadas e ofertadas, participando dos momentos iniciais de inserção no programa através da acolhida do sujeito e familiares, partilhando com os demais seus conhecimentos teóricos e práticos auxiliando na elaboração do plano de tratamento bem como a oferta e aderência ao mesmo, além de ser o elo de comunicação entre o sujeito e a equipe (FERREIRA; DE SOUZA; STUCHI, 2008).

Por fim, mas não menos importante, o psicólogo oferece acompanhamento de apoio e suporte aos familiares após o óbito do paciente, “permitindo e autorizando” o sofrimento, de forma a favorecer um processo de luto considerado normal, procurando prevenir a evolução de um luto complicado. Portanto, o psicólogo em uma equipe de cuidados paliativos atua na busca de estratégias para ajudar o paciente e familiares/cuidadores no enfrentamento e elaboração das experiências emocionais vivenciadas na fase final da vida (HENNEMANN-KRAUSE, 2015, p. 22).

O foco do programa de CP não é mais a cura, e sim ofertar ao sujeito a melhor qualidade de vida possível dentro das possibilidades do seu quadro clínico, trazendo uma abordagem humanizada para o tratamento e saindo do viés físico-biológico integrando os aspectos sociais, psicológicos e espirituais ao tratamento, considerando a singularidade do sujeito em tratamento gerando a melhor qualidade de vida em sua terminalidade (KRUSE, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da longa história em torno dos serviços assistenciais, ainda hoje pouco se debate sobre a temática dos cuidados paliativos e os benefícios desse programa assistencial para os pacientes e familiares. A sociedade encara como um tabu trabalhar questões relacionadas a morte e o morrer, fazendo com que os sujeitos que se encontrem nessas situações encarem de forma isolada suas dores e incertezas, sem, em muitos casos, contar com um sistema de apoio para que possa usufruir do suporte necessário nesse momento de terminalidade.

Com o exposto anteriormente, observamos a trajetória histórica, a disseminação das práticas assistenciais de cuidados, bem como destacou-se de forma objetiva, a política complexa

de atuação da profissional da área de psicologia que auxilia a equipe, a família e o paciente ao longo desse percurso, fazendo com que o fim inevitável seja ressignificado, e assim, todos que estejam inseridos diretamente naquele contexto consigam enfrentar e superar os eventos que envolvam a situação e o momento da perda em si. Ao abordar os impactos emocionais emergidos nesse processo de terminalidade, destacou-se as ações possíveis e ofertadas para que emergjam as estratégias de enfrentamentos que são fundamentais nesse momento além de instigar o comprometimento do sujeito e família com o tratamento cujo propósito é o de conquistar a melhor qualidade de vida possível.

Torna-se mais uma vez necessário destacar a importância de se trabalhar e exaltar a temática em questão nos meios acadêmicos. Apesar de hoje os CP serem um programa assistencial cada vez mais reconhecido, a expansão de suas práticas segue em ritmo lento, com carência evidente de profissionais que sejam especialistas na área bem como a escassez de equipes de CP atuantes nesses setores. Instigar o assunto nos meios acadêmicos, aguça a curiosidade para tal área, gerando assim mais profissionais qualificados para auxiliarem os sujeitos que estão imersos nesses contextos de tanto sofrimento.

Portanto, o presente artigo tem como principal finalidade destacar não apenas o sofrimento resultante da imersão nos CP, como também a importância do suporte psicológico para os envolvidos, reforçando a necessidade de trabalharmos tais temas para que, futuramente, todos os sujeitos que se encontrem em momento de terminalidade, possam viver os momentos finais com dignidade, qualidade de vida e suporte necessário nesse momento de partida.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, p. 573-585, 2016.

BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. In: **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2018.

BARBOSA, Bruna de Godoy. Atuação do psicólogo junto ao paciente idoso oncológico. 2019.

CAPELAS, Manuel Luís *et al.* Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. **Cuid Paliat**, v. 1, p. 7-13, 2014.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, p. 209-216, 2006.

CASTRO, Elisa Kern de; BARRETO, Sílvia Menna. Critérios de médicos oncologistas para encaminhamento psicológico em cuidados paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, p. 69-82, 2015.

DE FARIA, Adriana Aparecida *et al.* Cuidando de quem cuida—o papel do psicólogo com cuidadores de pacientes paliativos. 2017.

DE MELO, Anne Cristine; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 3, p. 452-469, 2013.

DE OLIVEIRA, Vanessa Souza Eletherio. Psicologia (no contexto) Hospitalar. **REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 1, n. 01-02, 2011.

DOS SANTOS, Otavio Marambaia. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 683-965, 2011.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; DE SOUZA, Claudenice Leite Bertoli; STUCHI, Zaiana. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 1, 2008

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, p. 165-180, 2010.

FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 3241-3248, 2011.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian *et al.* Cuidados paliativos: o valor da pessoa e sua história no HUPE. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, 2015.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

INÁCIO, Amanda Caroline *et al.* Psicologia e Cuidados Paliativos em UTI neonatal. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 80-95, 2015.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce *et al.* Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 27, n. 2 (2007), p. 49-52, 2007.**

KUBLER-ROSS, Elisabeth *et al.* Sobre a morte e o morrer. In: **SOBRE A MORTE E O MORRER**. 1997.

LANGARO, Fabíola. “Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 224-235, 2017.

LUZ, Rodrigo; BASTOS, Daniela Freitas. **Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias**. Summus Editorial, 2019.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MACÊDO, Jefferson Antônio Lima de Jesus *et al.* **Cuidados paliativos no Brasil: revisão sistemática**. 2016.

MENDONÇA, Márcia Helena; DA SILVA, Marco Antonio Monteiro. Vida, dignidade e morte: cidadania e mistanásia. **Ius gentium**, v. 9, n. 5, p. 151-190, 2014.

MIRANDA, Ângelo Moreira. O trabalho de cuidados paliativos: uma sociohistória a partir de Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross. 2020.

OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manoel Antônio dos; MASTROPIETRO, Ana Paula. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 235-244, 2010.

PALMEIRA, Heloísa Maria; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; PERES, Rodrigo Sanches. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, n. 35-36, 2011.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, p. 031-038, 2012.

SANTOS, Franklin Santana. Perspectivas histórico-culturais da morte. **A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius**, p. 13-25, 2007.

SANTOS, Franklin Santana; SCHLIEMANN, Ana Laura; SOLANO, João Paulo Consentino. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu, 2014.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia *et al.* Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, v. 24, p. 35-53, 2013.

SILVA, Denis Iaros Silva da; SILVEIRA, Denise Tolfo. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. **Revista eletrônica gestão & saúde. Brasília. Vol. 6, n. 1 (2015), p. 501-513**, 2015.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**. Casa do psicólogo, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05**. Genève, 2007