

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VICTOR HUGO DA SILVA FRANCO PIRES

QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: o olhar da Psicologia

JUAZEIRO DO NORTE – CE
2022

VICTOR HUGO DA SILVA FRANCO PIRES

QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: o olhar da Psicologia

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. Joel Lima Júnior

VICTOR HUGO DA SILVA FRANCO PIRES

QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: o olhar da Psicologia

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, 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.

Data da Apresentação: 06/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Orientador: PROF. JOEL LIMA JÚNIOR

Membro: PROFA. INDIRA FEITOSA SIEBRA DE HOLANDA

Membro: PROFA. NADYA RAVELLA SIEBRA BRITO SARAIVA

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2022

QUALIDADE DE VIDA EM PSICOLOGIA: O OLHAR DA PSICOLOGIA

Victor Hugo da Silva Franco Pires¹
Joel Lima Júnior²

RESUMO

Os Cuidados Paliativos se evidenciam como um conjunto de ações que buscam humanizar o atendimento de pacientes que estão fora de possibilidades terapêuticas de cura, assim como sua família, necessitando de uma equipe interdisciplinar e especializada para os CP. Dito isto, o presente artigo tem como objetivo dar ênfase ao processo que envolve a Qualidade de Vida em CP, frente ao olhar da Psicologia. Diante desta construção teórica, foi possível realizar um estudo bibliográfico, de cunho qualitativo, no que cerne ao tema aqui delimitado. Após a análise realizada, compreende-se a importância do trabalho do profissional de Psicologia, e dos demais da equipe de saúde, acerca das condições que uma doença crônica-degenerativa pode causar tanto ao paciente em estágio final de vida, bem como aos seus familiares. Desta maneira, conclui-se que, na perspectiva dos CP, o cuidar da pessoa deve ter prioridade, levando em consideração o aspecto da irreversibilidade de uma doença com o diagnóstico desfavorável de cura.

Palavras chave: Cuidados Paliativos. Equipe de Saúde. Qualidade de Vida. Psicologia.

ABSTRACT

Palliative Care stands out as a set of actions that seek to humanize the care of patients who are beyond therapeutic possibilities of cure and their families, requiring an interdisciplinary and specialized team to work in PC. That said, this article aims to emphasize the process that involves quality of life in PC, from the perspective of Psychology. Faced with this theoretical construction, it was possible to carry out a bibliographical study, of a qualitative nature, in the core of the delimited theme. After the analysis carried out, it is understood the importance of the work of the Psychology professional, and of the others of the health team in PC, about the conditions that a chronic-degenerative disease can cause, both to the patient in the final stage of life, as well as to their respective family members. In this way, it is concluded that, from the perspective of the PC, caring for the human person must have priority, taking into account the aspect of the irreversibility of a disease with a diagnosis of cure

Keywords: Palliative care. Health team; Quality of life. Psychology

¹Discente do curso de Psicologia (UNILEÃO) - E-mail: victorpsi2017@gmail.com

²Orientador e docente do curso de Psicologia (UNILEÃO) - E-mail: joellima@leaosampaio.edu.br

1. INTRODUÇÃO

No que tange a construção teórica, Segundo Carvalho, (2012, p.26) “os Cuidados Paliativos (CP) baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento”, caracterizando, assim, a promoção de saúde na perspectiva de aliviar a dor do paciente paliativo, afirmar a vida e considerar a morte como algo que faz parte do curso normal da própria vida.

Na abordagem CP, sua característica se dá na valorização de seu processo subjetivo, abordando tanto a história pessoal de vida como também as condições que envolve o paciente, em seus aspectos fisiológicos diante de suas reações frente à doença.

Dito isto, a compreensão desta abordagem, como objeto de estudo, é caracterizado como a perspectiva da Psicologia em CP, frente à qualidade de vida. O interesse pelo presente estudo surgiu à partir do contato do autor com a disciplina Tanatologia, onde tais discussões promoveram reflexões diante do tema em questão, voltando-se assim ao interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos CP.

Este estudo apresenta a perspectiva da Psicologia, e o respectivo trabalho realizado nos CP através do profissional da área, bem como aborda as outras categorias profissionais, que podem evidenciar sobre qualidade de vida em cuidados paliativos, e no que tange ao paciente paliativo e sua família.

O presente artigo tem como objetivo geral discutir a qualidade de vida em cuidados paliativos, e como objetivos específicos, identificar as categorias profissionais que atuam em cuidados paliativos; discutir acerca do trabalho interdisciplinar em cuidados paliativos; e, por fim, discutir acerca da atuação da Psicologia em cuidados paliativos.

2. METODOLOGIA

Para a construção do presente estudo, fora empregado o método de pesquisa bibliográfica, onde se busca a resolução de um problema, diante de arcabouços teóricos. Este artigo é de natureza qualitativa, no que possibilita o pesquisador trabalhar com dados, tendo como base o fenômeno que se é preciso ser estudado, a fim de que haja profundidade acerca do objeto de estudo. (MARCONI E LAKATOS, 2017)

O período da coleta de dados, teve início no mês de Agosto, de 2022, que permitiu um levantamento de obras publicadas, no tange a Qualidade de Vida, frente aos Cuidados Paliativos, Equipe de saúde e Psicologia, enfatizando que este artigo científico possui

materiais já publicados em artigos científicos, manual científico, revistas científicas e livros, existentes no banco de dados do google acadêmicos e Scientific Eletronic Library (SciELO), frente às seguintes palavras-chave: Psicologia, Cuidados Paliativos, Qualidade de Vida e Equipe de Saúde.

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA MORTE E DO MORRER NO OCIDENTE

A morte, acerca do sentido da morte e morrer no ocidente, tem suas caracterizações diante de seu mistério, da incerteza, levando em consideração pelo modo do que não se sabe do pós-morte ou da experiência desta para cada pessoa. E, conforme menciona Combinato (2016, p.210), “o ato de morrer, além de um fenômeno biologicamente natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica”, considerando os fatores biológicos como pré-requisitos para a morte, e também os aspectos culturais, subjetivos e cronológicos.

Dito isto, o presente artigo em referência a este tópico, o foco se dá no papel da relevância e vivência de como a morte e morrer ocorreu ao longo do tempo e suas representações e transformações vividas pela sociedade na civilização ocidental. Certamente, é possível colocar que, na primeira fase da Idade Média, a morte era tratada de forma naturalizada, no âmbito de compreensão desta época, algo tido em sentido de intimidade entre o morrer e o cotidiano de vida da população. (CAPUTO, 2008).

No que cerne, segundo Ariès (1986 p. 153), “tão logo se constatava a morte, irrompiam em torno às cenas mais violentas de desespero”, mencionando que a forma como colocou Ariès, familiares e amigos do moribundo, logo após a morte deste, atravessados pela lógica natural do que era a morte, na Idade Média, rompiam com a certeza de haver grandes manifestações de luto, desespero e da não aceitação da morte do moribundo.

Ainda na Idade Média, a morte era também tratada de forma desigual, na qual os enfermos da época, que eram considerados pobres, tinham tratamentos diferentes daqueles que tinham privilégios por serem ricos, onde “apesar de a morte ser o destino de todas as pessoas indiscriminadamente, a duração da vida e a maneira de morrer são diferentes: dependem da classe sócio-econômica em que a pessoa está inserida” (COMBINATO, 2006, p.211).

Assim, destaca-se as formas desiguais que, já na Idade Média, em sua segunda fase, aconteciam diante das relações interpessoais, no que concerne à sociedade da época, na qual o pobre era enterrado no pátio da igreja, em sudários simples. Já aqueles que tinham boas

condições financeiras, eram enterrados no interior da igreja, onde garantiriam a salvação no céu por estarem neste espaço religioso. COMBINATO (2006).

Para mais, na sociedade ocidental moderna, no século XVIII, houve o advento de um novo olhar baseando-se concepção científica na qual recaia sobre a morte, destacando, segundo Combinato (2006), uma fragmentação que corroborou em um olhar não mais com a interação corpo e alma, mas com a divisão entre o corpo e mente, onde os médicos passaram a concentrar seus esforços no corpo, e os aspectos psicológicos, sociais e culturais, foram esquecidos.

De acordo com Caputo (2008 p.77), no que cerne a idade moderna “o morrer passa a ser também um momento de ruptura, no qual, o homem era arrancado de sua vida cotidiana e lançado em um mundo violento e cruel”, em que a morte tornava-se distante da sociedade e da vida como um todo, caracterizando uma série de mudanças de higienização, avanços industriais da medicina e do capitalismo que provocaram alterações significativas do processo de morte e morrer, como exemplo: a morte deixava de ser um aspecto familiar e passava a ser um objeto interdito, a partir da segunda metade do século XX.

Com o passar do tempo, diante das mudanças em relação ao tratamento da sociedade, frente à morte na sociedade ocidental contemporânea, segundo Caputo (2008), as transformações continuaram acontecendo em que se havia um distanciamento simbólico, sobre falar de morte, bem como a de ver o corpo do moribundo, pois isso era um aspecto tido como ruim, tendo em vista a ideia consciente de se relacionar com a própria finitude. As transformações, portanto, mudam a visão do homem para com a morte em um contexto que evidencia, segundo Maranhão (1986 *apud* CAPUTO, 2008), as formas culturais de negar a morte de uma condição intrínseca à vida na qual se tem o ser humano, e com isto a experiência desta se torna ocultada da sociedade, seja no tratamento da medicina ao moribundo, evidenciado nos dias atuais, ou também na condição de morte do sujeito.

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos, segundo Carvalho (2006), caracterizam-se como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares ao enfrentarem doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio da dor e sofrimento, bem como nem apressar ou adiar a morte, mas oferecer o suporte necessário para ajudar o paciente em seu processo terminal.

Na sua compreensão histórica, os CP se confundem com termo *Hospice*, que por sua vez, no final da Idade Média, eram abrigos com o objetivo de cuidar de andarilhos e peregrinos. Os *hospices* diante do seu conceito, são lugares onde os CP se caracterizam como abordagem de trabalho, tendo o objetivo de prestar assistência de maneira integral ao paciente. Desta forma, foram surgindo, então, várias instituições de caridade, onde pobres, órfãos e doentes também começaram a fazer parte destes locais, expandindo-se assim para instituições religiosas, na Europa do século XVII. O movimento que culminou no *hospice* moderno foi introduzido por Cicely Saunders, médica com formação humanista que fundou em 1976 o *St. Christopher's Hospice*, após acompanhar um paciente até a sua morte (CARVALHO, 2006).

Ainda segundo Carvalho (2006), o trabalho com cuidados paliativos em uma perspectiva moderna teve início com um estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer em estado avançado, no *St. Joseph's Hospice* entre 1958 e 1965, no qual fora possível identificar uma melhor qualidade de vida dos pacientes que já não possuíam mais perspectivas de cura, demonstrando então, diante de esquemas de administração regular de medicamentos, o alívio da dor frente ao processo de terminalidade de vida.

Diante o que menciona Pessini (2006), o conceito de cuidados paliativos evoluiu consideravelmente em diversas regiões pelo mundo, direcionado não apenas à doença em um órgão específico, mas a avaliação de um provável diagnóstico e as necessidades do sujeito enquanto paciente e sua família, ampliando assim o olhar que envolve a condição psicossocial, física e espiritual.

Desta maneira, os cuidados paliativos são uma abordagem que condiciona para uma melhoria de qualidade de vida, de uma forma humanizada para com o paciente, frente a uma doença degenerativa, através de tratamentos que culminam no alívio da dor e do sofrimento do enfermo, na qual pode-se compreender frente aos princípios abaixo:

QUADRO 1: PRINCÍPIOS NORTEADORES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

1.Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
2.Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida
3.Não acelerar nem adiar a morte
4.Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente
5.Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte

6.Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
7.Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
8.Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
9.Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Fonte: Carvalho (2012, p.26-29).

Os princípios colocados acima perpassam a lógica de abordagem que se tem o CP, na qual, diante do diagnóstico, o tratamento deve se iniciar o mais precocemente possível em paralelo ao tratamento curativo (GOMES, 2016).

A equipe de saúde em CP, por sua vez, envolve aspectos psicossociais, éticos, culturais e religiosos, e para tal, essas áreas da subjetividade do paciente paliativo precisam ser abordadas dentro deste modelo de trabalho. Para isto, existe e se faz necessária a formação de uma equipe multidisciplinar, a fim de aplicar a metodologia profissional, no que convém o cuidado frente à qualidade de vida do paciente que opta por esta filosofia de trabalho (BRAGA, 2013).

Portanto, a equipe de CP é formada por uma equipe ampla e multiprofissional para mediação do trabalho, no que cerne o cuidar que deve proporcionar qualidade de vida ao paciente com prognóstico desfavorável frente a uma doença e aos seus familiares, que passam por um processo de dor e sofrimento diante da condição de saúde em que o paciente se encontra (BRAGA, 2013).

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE DE SAÚDE

Diante da abordagem CP e a equipe saúde, no que cerne o presente artigo, o termo “cuidados paliativos” é entendido como forma de ação de uma equipe multiprofissional que consiste em cuidar do indivíduo no aspecto físico, mental, espiritual e social, na qual, sua compreensão denota a condição de possibilidades em que a medicina curativa já se limita em sua perspectiva terapêutica de cura de vida do paciente (CARVALHO, 2012).

É preciso reunir as competências de uma equipe interdisciplinar para ajudar na condução dos CP, bem como apresentar os princípios desta abordagem, mencionados acima, evidenciando mudanças impostas da vida do paciente, frente a uma doença crônica degenerativa, no que coloca Hermes (2013), onde, é importante promover a reflexão pertinente da equipe dos pacientes e familiares, ou seja, de acordo com o que determina a demanda para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida do paciente.

O paciente, frente ao processo terminalidade de vida, deve ter uma assistência de maneira integral, e isto requer, “complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto”, pois a compreensão multideterminada do adoecimento, que proporciona para cada área de trabalho profissional em CP, é caracterizado por um olhar específico diante da atuação da equipe, que se dá através da observação, orientação e análise rotineira, com o intuito de identificar pontos positivos e negativos do paciente paliativo (HERMES, 2013, p. 2582).

Ressalta-se ainda que a equipe de CP é composta por Assistentes Sociais, Assistentes Espirituais, Enfermeiros, Dentistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Médicos, Nutricionistas, Psicólogos e Terapeuta Ocupacional, em que o trabalho de cada um destes profissionais torna-se existente a direta ligação com às necessidades do sujeito, ou seja, diante do fator biopsicossocial, que se tem como objetivo acompanhar os pacientes e familiares com o intuito de minimizar os sintomas de desconforto dos mesmos, que se pode acompanhar desde o diagnóstico da doença até sua fase final (HERMES, 2013).

Desta maneira, os profissionais precisam diagnosticar os cuidados necessários a fim de elaborar uma estratégia individual, com foco nas necessidades do paciente e sua família, frente a cada fase de evolução da doença, permitindo então que a comunicação entre os profissionais da equipe aconteça para que se possa trabalhar no alívio da dor e sofrimento, e garantir uma melhor QV ao paciente paliativo (LIMA, 2009).

Visando melhor ilustrar as competências das referidas categorias profissionais, segue o quadro 02, a seguir apresentado.

QUADRO 2: DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS EM CUIDADOS PALIATIVO

Assistente Espiritual: A morte alcança todo o ser vivente, mas nunca estamos preparados para aceitá-las. Criados para a vida, alimentamos a esperança de perpetuá-la. Por essa razão, é tão difícil lidar com pacientes em processo de morte. Para o cuidado integral do paciente e sua família, tanto um como o outro, são necessários: o
--

atendimento espiritual individual e diário trará ao enfermo e seus cuidadores: ouvidos atentos, condições para reflexões profundas sobre questões existenciais; confrontos e desafios quanto a propósito de vida, perdão, acerto de contas, vida eterna, qualidade e utilidade de vida.

A atuação do Assistente Social pode ser resumida em: conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna.

Dentista: Cuidado Paliativo em odontologia pode ser definido como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade bucal pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente, e o foco do cuidado é melhorar a qualidade de vida. Pacientes em CP apresentam sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções bucais, particularmente, quando a doença atinge a boca, como câncer de cabeça e pescoço. .

Enfermeiro: Ações objetivas de cunho pragmático como controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos nas lesões malignas cutâneas, técnicas de comunicação terapêuticas, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio, da higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, e o trabalho junto às famílias e comunicação com a equipe multidisciplinar.

Fonoaudiólogo: a fonoaudiologia pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e também de seus familiares. O profissional tem o papel de manter a deglutição segura e possível por via oral, através de adequações de postura, manobras, garantir consistência adequada do alimento, oferecendo pequenas quantidades várias vezes, mas, com qualidade, garantindo a apresentação e o tamanho do prato para minimizar a sensação de fracasso em torno da alimentação.

Fisioterapeuta: o fisioterapeuta, a partir de uma avaliação específica, vai estabelecer um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio da dor e outros sintomas estressantes.

Medicina: O médico tem sua formação acadêmica toda voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças. Quando defronte de um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, onde o foco deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa doente nas suas dimensões biológica, psicológica, familiar, social e espiritual, ele obrigatoriamente tem que rever seus conceitos de saber e aprender a trabalhar em equipe.

Nutricionista: Em Cuidados Paliativos, a nutrição tem especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelo tratamento.

Psicólogo: A atuação implica diretamente ação do psicólogo, na medida em que reconhece, ao lado das razões orgânicas, o fator emocional, além do social e espiritual. A ideia de dor total reconhece que não há um organismo biológico independente dos estados psíquicos.

Terapeuta Ocupacional: a atuação em terapia ocupacional nos Cuidados Paliativos é fundamental, possibilitando a construção de brechas de vida, potência, criação e singularidade, em um cotidiano por vezes empobrecido e limitado pela doença. É possível manter suas atividades significativas, a partir de recursos como música e leitura.

Fonte: Carvalho (2012 p. 333-336).

3.3 QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Entende-se qualidade de vida, em seu conceito, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998 *apud* RIBEIRO, 2010 p. 766) como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se, portanto, de um conceito entendido pela subjetividade do sujeito frente aos aspectos de vivência em relação à sua vida.

A QV em CP, pode influenciar positivamente o curso da doença para que o paciente possa viver ativamente, o quanto possível, até a morte, incluindo também o olhar para a família e sua respectiva participação, frente a este processo, tendo em vista os princípios já citados neste artigo, para gerenciar complicações angustiantes, advindos do alívio do processo de humanização dos CP (SILVEIRA, 2014).

Segundo estudos desenvolvidos por Silva (2010), 50 pacientes paliativos, com Câncer, variando de 21 a 91 anos, participaram de um estudo de campo, onde, problemas advindos do meio socioeconômico implicaram nos desafios que o mesmo terá, juntamente com seus familiares para uma melhor QV, na qual, diante do referido estudo, estes pacientes eram provedores da família antes de adoecerem, e após a descoberta da doença 74% deles precisaram receber algum tipo de auxílio doença ou aposentadoria, retratando, assim, o contexto tanto de forma social como financeiro na relação da QV com os CP.

Para além dos aspectos socioeconômicos, a autonomia do paciente é uma condição importante que influencia na QV deste, pois, de 89 pacientes paliativos com câncer, 60%,85 demonstra o quanto estes se sentem respeitados e livres para tomar suas próprias decisões, como ter a participação da família e de cuidadores diante da progressão da doença, refletindo, assim, a maneira de trabalho que se tem o CP no que cerne a QV do paciente paliativo em relação aos sintomas da doença (WITTMANN-VIEIRA, 2012).

Desta forma, sabe-se que os cuidados paliativos priorizam o olhar ao paciente e sua respectiva família, e que objetiva ofertar melhor QV a todos os envolvidos. Deste modo, ressalta-se que os fatores socioeconômicos e a autonomia foram pontos importantes para os aspectos que envolvem as condições clínicas, atividades diárias de vida, domínio físico, psicológico e social, no que cerne os respectivos estudos enfatizados neste tópico, destacando, então, a importância e pertinência dos CP nas condições de QV em relação ao processo que norteia o paciente paliativo e seus familiares (SILVA, 2010).

3.4 O PAPEL DA PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Diante de uma má notícia, autores relatam ser comum a vivência de um ciclo adaptativo que tem como objetivo principal auxiliar os sujeitos a se adaptarem à nova realidade. Os trabalhos desenvolvidos por Kubler-Ross (2017) delinearão cinco fases que compreendem o já referido ciclo, são elas: **Negação e Isolamento**, em que se observa uma defesa temporária de negar a morte de si mesmo, não conseguindo, a princípio, se conectar com a verdade do seu diagnóstico; na fase da **Raiva**, quando o estágio da negação não mais se mantém frente à pessoa, os sentimentos de revolta, diante de iminência da morte, é substituído pela fase da negação. No estágio da **Barganha**, são vivenciadas as crenças pessoais do paciente e seus familiares, havendo ainda a possibilidade de negociação da sua condição de adoecimento com o lado espiritual/religioso. No estágio denominado de **Depressão**, o sujeito se prepara para a perda de todos os objetos amados, frente a

impossibilidade de negar sua realidade. E por fim, a fase da **Aceitação**, em que o paciente encara sua realidade, sem raiva e/ou mágoas decorrente do seu processo de adoecimento.

Frente ao impacto psicológico que tal vivência poderá promover, torna-se de grande relevância o suporte psicológico para pacientes e familiares. Logo, o fortalecimento de vínculos entre todos os envolvidos, bem como a ênfase aos seus interesses e necessidades frente ao processo de adoecimento surgem como demandas intrínsecas à Psicologia (CARVALHO, 2012).

Sendo assim, o profissional de Psicologia buscará expandir o canal de comunicação entre paciente, família, e equipe interdisciplinar, para que desta respectiva forma, possa identificar demandas de ordem psicológica que poderão ser trabalhadas, auxiliando na promoção de bem estar aos envolvidos (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Diante do que foi até aqui discutido, torna-se importante ressaltar algumas técnicas que podem ser utilizadas pelo profissional da Psicologia na condução dos atendimentos em CP. Nesta perspectiva, Worden (2013) apresenta algumas técnicas que podem auxiliar no manejo dos atendimentos do paciente paliativo e seus familiares. A primeira delas é a **linguagem evocativa**, onde é compreendido que o profissional tem a abertura de usar palavras firmes, como por exemplo: “Seu filho morreu em vez de “Você perdeu seu filho”, é uma forma de auxiliar as pessoas com dados que tenham foco na realidade que está posta, estimulando sentimentos dolorosos que precisam ser vivenciados. A segunda técnica é o **uso de símbolos**, no que tange o profissional pode pedir ao consulente que traga imagens para sessões, buscando um maior senso de proximidade entre o ente querido e a pessoa que está passando pelo processo de enlutamento.

A terceira técnica, é a **escrita**, auxilia na construção textual visando o trabalho questões inacabadas. A utilização do **desenho** é a quarta técnica, nela o profissional pode pedir à pessoa enlutada que a mesma faça desenhos a fim de que estas reflitam seus pensamentos, assim como suas vivências com o falecido. Ressalta-se, que é uma técnica importante no trabalho com crianças (WORDEN, 2013).

A quinta técnica é a **dramatização** que se coloca como uma forma em que pessoa enlutada dramatiza situações que elas temem, ou se incomodam. É um modo de construir habilidades no processo de enlutamento, e além de que o profissional poderá facilitar, de maneira em que este possa modelar novos comportamentos, diante das limitações e das possibilidades do consulente. A sexta técnica é **reestruturação Cognitiva**, visa auxiliar a pessoa enlutada na questão de identificar e fazer o teste do que se coloca com real, frente aos pensamentos não adaptativos, que são vistos como distorções cognitivas, e desta maneira ajudar

a diminuir pensamentos irracionais como: “Ninguém me amará novamente”. A sétima técnica é conhecida como **imagens dirigidas**, objetiva auxiliar as pessoas a imaginarem aquilo que foi "perdido", podendo ser realizada de olhos fechados ou visualizando o mesmo em uma cadeira vazia (WORDEN, 2013).

A oitava técnica compreende o uso de **Metáforas**, geralmente utilizada quando pessoas enlutadas não conseguem enfrentar diretamente seus sentimentos frente a realidade vivenciada. Com isto, as metáforas oferecem representação simbólica mais aceitável e menos dolorosa, a fim de que o enlutado possa expressar melhor seus sentimentos frente à perda (WORDEN, 2013).

Diante disso, percebe-se o trabalho com o luto, frente a perdas reais e/ou simbólicas requer tempo e muita cautela por parte dos profissionais que estão à frente do atendimento. Segundo Ferreira; Lopes; Melo (2011, p.33), “devem valorizar a condição do indivíduo como pessoa que pensa e sente, mantendo válidas suas opiniões e decisões”. Não se pode, meramente, aplicar as técnicas citadas sem ao menos ter um embasamento teórico sólido de contato com o que há de subjetivo em relação à pessoa que sofre. É um processo que, o paciente paliativo e seus familiares, vivenciam de maneira gradual, considerando que profissionais da Psicologia e de outras áreas da saúde, em CP, precisam estar preparados para as possíveis adversidades que possam acontecer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão da literatura científica, relacionada aos Cuidados Paliativos, levantou questões, objetivando compreender acerca deste assunto, realizando um resgate histórico dos CP, do processo de morte e morrer, e da equipe de saúde em CP, para então abordar a qualidade de vida e a Psicologia,. Em relação às técnicas advindas de Worden (2013), nos CP existem, também, outras possibilidades de mediação. Logo, os CP não se limitam apenas a estas técnicas aqui mencionadas;

O trabalho do profissional de Psicologia, por sua vez, se torna imprescindível, bem como das demais áreas de atuação em CP, no processo de melhorar a QV do paciente paliativo e da família, pois esta última, como abordado no referencial teórico, vivencia junto do paciente paliativo todo o processo ao se deparar com questão da morte, a qual se torna mais próxima, diante do estágio final de vida de algum familiar.

É pertinente ressaltar que se debruçar em aprofundar na pesquisa de obter conhecimentos a respeito dos CP, evidenciando a QV do paciente e a pertinência do trabalho do profissional de Psicologia, nesta construção teórica, é de suma benevolência a compreensão de importância que se tem a abordagem dos CP frente à forma de cuidar do paciente em relação à um prognóstico desfavorável de vida, e o quão necessário se faz o olhar do profissional de Psicologia e das outras áreas de atuação que fazem a equipe interdisciplinar em CP para com a família, enfatizando que a equipe deve estar aberta ao modo de compreensão, a fim de identificar as formas de enfrentamento que os pacientes podem utilizar para que seja possível validar o que existe de subjetivo ao paciente paliativo e sua respectiva família. Evidencia-se, ainda, que não pretende-se esgotar o tema em questão.

No que se pode também considerar, diante de um entendimento teórico que fora realizado, acerca deste artigo científico, em relação aos CP, QV e Psicologia, a compreensão de que trabalhar com paciente paliativo e sua família é apresentar aos mesmos a possibilidade de vivenciar o estágio final de vida, da forma em que este momento possa ser experienciado e compartilhado de uma maneira mais humana e ativa possível, buscando minimizar os impactos de uma doença crônica-degenerativa, e na vivência do luto implicado.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. 2 ed Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- BRAGA, Fernanda de Carvalho; QUEIROZ, Elizabeth. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia Usp**, v. 24, p. 413-429, 2013.
- CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de cuidados paliativos ANCP. In: **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2012. p. 590-590.
- COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, p. 209-216, 2006.
- CAPUTO, Rodrigo Feliciano. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Rev. Multidisciplinar da Unesp.[Internet]**, p. 73-80, 2008.
- FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira e MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. **Rev. SBPH** [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 85-98. ISSN 1516-0858.
- GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016.

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.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**- 10 ed São Paulo: wmf martinsfontes, 2017.

LIMA, Aline Camilo; DE SOUZA SILVA, José Augusto; DA SILVA, Maria Julia Paes. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2009.

MARANHÃO, J L S. **O que é morte**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 8ª. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

OMS. **Promocion de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?**. Paulus, 2006

RIBEIRO, Jane Patrícia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 765-771, 2010.

SILVA, Patricia Blasco et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Dor**, v. 11, n. 4, p. 282-288, 2010.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 7-16, 2014.

WITTMANN-VIEIRA, Rosmari; GOLDIM, José Roberto. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, p. 334-339, 2012.

WORDEN, J Willian. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto** 4 ed São Paulo;/ gen/Roca, 2013.