



Cuidados paliativos na terminalidade da vida e a atuação do psicólogo

Palliative care at the end of life and the role of the psychologist

DOI: 10.56238/isevjhv3n3-001

Recebimento dos originais: 12/04/2024

Aceitação para publicação: 02/05/2024

Viviane Covalciuk

RESUMO

Cuidado Paliativo (CP) é definido como os cuidados voltados aos pacientes diagnosticados com doenças progressivas, incuráveis e/ou crônico-degenerativas, podendo se abranger qualquer enfermidade que ameace a vida e que culminem na sua finitude. Diante disso, o CP tem por objetivo proporcionar a amenização da dor e o alívio do sofrimento dos tratamentos invasivos proporcionando dignidade, conforto e acolhimento para melhorar a qualidade de vida do paciente diagnosticado com doença incurável; esses cuidados também podem abranger os familiares e os cuidadores do indivíduo, proporcionando-lhes o acolhimento, a assistência e o apoio para enfrentar as questões advindas pela progressão da enfermidade. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a participação da equipe multiprofissional em CP, o paciente e seus familiares, ou seja, todos os envolvidos nesse processo de adoecimento até finitude da vida, principalmente irá investigar como se dá a atuação da Psicologia na atenção ao paciente, à família/ cuidador e à equipe de saúde. Para este estudo foi utilizado o método de revisão bibliográfica. Foram selecionados na presente revisão bibliográfica 27 artigos científicos, 02 livros, 01 Resolução do Conselho Federal de Psicologia, 01 Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 01 Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês, 01 Cartilha da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 01 tese. Registrará como se dá o enfrentamento durante a trajetória do diagnóstico de enfermidade desse paciente até a terminalidade da vida, bem como, a participação e a vivência da família, da equipe multiprofissional e em particular a participação da Psicologia dentro desse cenário, pois é o campo científico que abrange a esfera holística do indivíduo, e tem por premissa tratar das questões que envolvem os relacionamentos humanos, trazendo o conforto necessário diante desse novo contexto de uma doença instaurada que ocasionará a terminalidade da existência. Desse modo, o psicólogo é o profissional capacitado a estudar os processos mentais, tais como, sentimentos, pensamentos, comportamentos, entendendo sua subjetividade e nesse contexto, auxiliando o indivíduo a entender seu self perante o estado clínico grave e irreversível que precede a proximidade da morte, resolvendo questões pendentes consigo mesmo e com seus familiares, dando suporte para que todos possam estar em paz no momento da despedida. Por fim, discutirá a importância do cuidado humanizado em CP através da inclusão de matéria específica na graduação dos profissionais de saúde, dando especial atenção ao campo do saber psicológico já que é o profissional protagonista desse cenário.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Família, Paciente terminal, Equipe multiprofissional, Psicologia, Envelhecimento, Atuação do psicólogo, Intervenção psicológica.



1 INTRODUÇÃO

A vida moderna nos propicia a experiência da longevidade, podemos perceber que o avanço tecnológico e científico tem propiciado a redução da taxa de mortalidade no planeta, no entanto, a maioria dos idosos acometidos por doenças de alta gravidade, como as de origem crônico-degenerativa, não se beneficiam desses recursos mais modernos da medicina. (GOMES; OTHERO, 2016). Para Galriça Neto (2010) *apud* Gomes; Othero (2016), em virtude da luta pela busca da cura das doenças e a evolução dos instrumentos de cuidado na área de saúde se observa uma cultura de negação da morte, deixando para um segundo momento as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno que não visa a cura e sim a qualidade de vida do indivíduo.

Partindo do ponto de propiciar ao paciente a qualidade de vida, surgem os Cuidados Paliativos (CP) como uma maneira inovadora da assistência na área da saúde, se diferenciando da medicina curativa por focar no cuidado integral, pela prevenção e controle sintomáticos das doenças graves que ameaçam a vida. (MATSUMOTO, 2012 *apud* GOMES; OTHERO, 2016). Os CP são voltados para o indivíduo em sua integralidade e necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual, sendo um trabalho de caráter multidisciplinar, a equipe conta com o auxílio de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião da preferência do paciente e da família (MACIEL, 2008 *apud* GOMES; OTHERO, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), os CP visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias enfrentando toda a problemática associada à doença através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação, avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. A equipe de profissionais de saúde deve possuir uma educação para a morte, no sentido de se ter um olhar crítico para a formação desses profissionais, através de treinamentos e educação continuada, para que possam estar preparados para vivenciar e lidar com as demandas naturais e intrínsecas do adoecimento, morte e luto (BRAZ; FRANCO, 2017 *apud* LIBERATO, 2015).

Os profissionais de saúde que atuam em CP, denominados paliativistas, precisam estar habilitados e devidamente capacitados na assistência ao paciente e à sua família. Na sua maioria, as equipes de CP entram em cena quando há uma proposta de estabilização da doença, nessa fase o tratamento é conduzido em uma linha mais exclusiva a fim de priorizar as medidas de conforto (BRAZ; FRANCO, 2017).



O paliativista é um facilitador, não existe ouvinte neutro, portanto o mais importante é a empatia com o paciente, a escuta humanizada. Nesse sentido, é importante a questão da autonomia, da decisão de tratamentos, das intervenções necessárias, a equipe devidamente preparada pode apresentar possibilidades e através da melhor maneira, se comunicar com a família e paciente a fim de estabelecer a melhor alternativa sobre o final da vida com dignidade (KOVÁCS, 2016).

A equipe também precisa estar atenta à família, pois ela é cuidadora e também precisa de cuidados, principalmente quando o grau de dependência do paciente em relação ao cuidador é elevado, é preciso saber os limites da família, pois com o nível aumentado de estresse pela doença terminal do paciente, a família também se torna um doente, que Kovács (2016) denomina como “doente oculto”, devido ao adoecimento desses familiares durante ou após a doença do paciente paliativo, principalmente famílias pequenas com pouco apoio social e muitas vezes com insuficiência de recursos financeiros.

Nesse contexto o profissional psicólogo perpassa entre a interação com os profissionais da equipe multidisciplinar, com o paciente e a família, a fim de avaliar e intervir junto ao paciente e seus familiares que estão vivenciando a situação da doença, assim busca compreender quais os recursos psíquicos dos envolvidos no enfrentamento do tratamento, como dar suporte às demandas emocionais que surgem no enfrentamento da terminalidade da vida (LANGARO, 2017). O psicólogo também ajuda a equipe multiprofissional a entender a psicodinâmica do paciente e da família para que a equipe possa melhorar o atendimento a eles, melhorando assim, o relacionamento e a comunicação paciente-família-equipe.

O aprofundamento nos estudos de CP traz a tona um debate em torno de um campo do conhecimento científico tão amplo e, no entanto, tão pouco explorado, pois na cultura ocidental pouco se fala de morte e não há uma educação para a morte, como também não tem uma educação para o envelhecimento e conseqüentemente na fase seguinte, a finitude da vida (KOVÁCS, 2016).

Diante disso, cabe discutir, descrever e ampliar o conhecimento e a disseminação dos CP em pacientes que estão diagnosticados com doenças incuráveis que os levarão a terminalidade da vida, a fim de promover a melhoria na qualidade de vida desse paciente, bem como de seus familiares ao se defrontar com uma doença que findará na morte, cabendo discutir e descrever também a importância da equipe multiprofissional, seu envolvimento na assistência ao paciente e à família desde a descoberta da doença até o término da vida desse indivíduo.

Da mesma forma, discutir e descrever o papel do profissional de Psicologia atuante na equipe de saúde em CP demonstra a importância dessa vertente do saber científico, pois interage na promoção do cuidado ao ser humano em toda sua amplitude, principalmente no momento de



sua existência em que está mais fragilizado e necessita de acolhimento e conforto. Nesse sentido, a Psicologia age na aplicação de táticas que auxiliem o paciente a lidar com sua subjetividade, promovendo o entendimento, aceitação e a busca pela qualidade de vida, aprendendo a lidar com questões cotidianas que envolvem o tratamento paliativo no tempo que ainda lhe resta de vida, bem como a assistência e acolhimento aos familiares e/ ou cuidadores a fim de promover um aporte psíquico para lidar com as demandas que lhe são apresentadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Nas últimas décadas, observamos um gradual envelhecimento da população, bem como uma preponderância de doenças crônico-degenerativas com evolução lenta que gera comprometimento funcional e dependência. O envelhecimento populacional pode ser notado paulatinamente, desde o século XIX, devido a melhores condições sociais, de saneamento básico, a urbanização, além do uso de antibióticos e de vacinas. O processo de envelhecimento decorre do declínio da taxa de fecundidade, ou seja, o aumento da proporção de indivíduos idosos e a diminuição de indivíduos mais jovens (NASRI, 2008).

Conforme Nasri (2008), a expectativa de vida média dos brasileiros aumentou em quase 25 anos, nos últimos 50 anos, sem que tenhamos observado melhoras significativas nas condições de vida e de saúde da população. Tendo em vista a urbanização da população, as estruturas de trabalho e o modo intenso que a vida moderna propicia, ao envelhecer os indivíduos irão conviver com uma ou mais doenças crônicas, já que a ausência de doença é uma prerrogativa para poucos. Vimos a partir do século XX o avanço tecnológico aliado à medicina, transformar doenças mortais em crônicas e promover a longevidade dos pacientes. Tais pacientes que já foram diagnosticados e rotulados “*fora de possibilidade de cura*” acabam recebendo uma assistência indevida, enfatizando a cura com métodos invasivos e de alta tecnologia que quase sempre ignoram o sofrimento do paciente e nem sempre cuidam do principal sintoma que nos casos crônicos é o mais terrível: “*a dor*” (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

De acordo com Gomes; Othero (2016) *apud* Galriça Neto (2010), a longevidade da população nem sempre é sinônimo da qualidade de vida na velhice ou após o processo de adoecimento. A intensidade da luta pela busca de cura das doenças e a sofisticação dos instrumentos da área da saúde levaram a uma cultura de negação da morte, relegando para um segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, sem a garantia de cura; a morte passou a ser negada e encarada como derrota ou fracasso pelos profissionais de



saúde. De acordo com ANCP (2012), não se refere a cultivar uma postura avessa à medicina tecnológica, mas questionar a “*tecnolatria*” e pensar sobre a conduta do ser humano diante da mortalidade, buscando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo a fim promover dignidade à vida e a possibilidade de morrer em paz.

Segundo a OMS (2002), as doenças ameaçadoras da vida sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que exista interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares, esse tipo de cuidado foi definido como “*Cuidado Paliativo*”.

Cuidado Paliativo (CP) é a abordagem que visa à promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (OMS, *apud* MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (2015), em sua cartilha traz um breve histórico de CP, iniciando no período da Pré-História à Era Romana, onde as civilizações antigas encaravam de maneira comunitária as doenças ameaçadoras da vida e nesse sentido, o papel do curandeiro era de suma importância. No século IV, uma médica religiosa romana chamada Fabíola funda um abrigo para pobres, doentes e peregrinos e denomina como “*hospice*”, palavra originada do latim “*hospes*”, que significa hospedar um convidado. A partir da Idade Média e Cruzadas, com a disseminação do Cristianismo, os mosteiros acolhiam doentes e pessoas incapacitadas, nos séculos VI e VII, as mulheres ricas e as viúvas trabalhavam nesses mosteiros como “*enfermeiras*”, nas Cruzadas os viajantes doentes ou cansados permaneciam nesses mosteiros e muitos ficam ali até os últimos dias de vida. Durante a Reforma Protestante muitos mosteiros foram extintos e entre os séculos XVII e XIX surgiram as Instituições de Caridade na Europa, que abrigavam os pobres, órfãos e doentes, passando a ter características de Hospitais. A seguir em 1842, é aplicado o termo “*hospice*” pela primeira vez em uma Instituição que cuidava de pessoas com características terminais. Em 1897 a 1905, a Irish Sisters of Charity é uma das primeiras organizações a cuidar de paciente em fase terminal. Em 1897 é fundado o Our Lady’s Hospice em Dublin e em 1905, o St. Joseph’s Hospice em Londres.

Em 1948 Cicely Saunders, enfermeira e assistente social em Londres após cuidar de um paciente com câncer terminal se motiva a estudar Medicina, a seguir em 1967, depois de anos de trabalho e estudo no St. Joseph’s Hospice, Cicely Saunders funda o St. Christopher’s Hospice em



Londres, e se torna a pioneira do “*movimento hospice moderno*”. A partir daí, em 1974, Florence Wald funda o primeiro *hospice* nos Estados Unidos da América em Brandford, Connecticut. No Canadá, Dr. Balfour Mount, abre um *hospice* na McGill University em Montreal. No ano de 1975, o Hospital Royal Victoria (Montreal, Canadá) abre uma unidade de cuidados terminais que logo após passou a ser conhecida como “Unidade de CP”. Logo depois, em 1977 foi fundado o San Diego Hospice (Califórnia, EUA). De 1982 a 1983 foi regulamentada a legislação Medicare Hospice Benefit nos EUA. Na década de 1990, as definições “*hospice*” e “*Cuidados Paliativos*” evoluem para designar o mesmo conceito que tem por finalidade diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida em pacientes terminais (SBGG, 2015).

No Brasil, o professor Marco Túlio de Assis Figueiredo inicia os primeiros atendimentos paliativistas na Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. No ano de 1996, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico e depois se transforma em unidade de CP no Rio de Janeiro. Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de CP e surge o primeiro curso de CP na USP. O ano de 1998 é marcado pelo Primeiro Congresso e Fórum Nacional de CP, em 1999 aconteceu o Primeiro evento do INCA de Dor e CP Oncológicos e no ano 2000, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo começa a aplicar CP no atendimento domiciliar. A partir de 2002, o SUS inclui os CP em Oncologia e 2004 a SBGG cria a Comissão Permanente de CP e por todo o país surgem iniciativas e grupos de interesse no assunto.

O ano de 2005 foi marcado pela fundação da Academia Nacional de CP e no ano seguinte o Conselho Federal de Medicina cria a “Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e CP” e o Ministério da Saúde a “Câmara Técnica de Assistência em CP”. Para 2009, o Conselho Federal de Medicina inclui os CP como princípio fundamental no Código de Ética Médica. Em 2011, a Associação Médica Brasileira adota a Medicina Paliativa nas especialidades médicas de Pediatria, Medicina da Família, Clínica Médica, Anestesiologia, Oncologia e Geriatria, no ano seguinte o CFM lança a Resolução nº 1995/ 2012 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Em 2014, a AMB inclui a medicina paliativa nas especialidades médicas de Medicina Intensiva e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBGG, 2015).

Segundo a SBGG (2015), CP é uma filosofia do cuidado e se refere ao uso de técnicas para cuidar de pacientes com doenças avançadas de maneira intensiva, considerando a finitude da vida desse paciente, tais cuidados também são extensivos aos seus familiares e cuidadores, sua aplicabilidade é indicada durante a última etapa da vida do paciente, iniciando a partir do instante que é diagnosticado em estado de declínio progressivo e imutável até a morte.



Conforme a definição da OMS (2002), a aplicação de CP oferece ao paciente o alívio das dores e de todos os prognósticos lancinantes, garante a qualidade de vida considerando que a morte é um processo natural em que todos irão culminar, não antecipando e nem retardando seu limiar, compreende os fatos psicológicos e espirituais na assistência ao indivíduo que está em CP, bem como propicia que esse indivíduo viva o mais efetivamente possível até sua morte, por outro lado, com a atuação da equipe multiprofissional em dedicação ao paciente e à família favorece para que os mesmos tenham uma rede de amparo, onde possam obter aconselhamento e apoio para lidar com as adversidades da doença e toda a problemática que surge nesse contexto, sendo assim; CP é oportuno no início do curso da doença aliado à outras terapias, tais como, quimioterapia ou radioterapia.

Segundo Campos *et al* (2019), o paciente selecionável para CP possui doença ativa, progressiva e ameaçadora da vida, podendo não ser restritos somente os pacientes em fase de terminalidade, pois os CP também são indicados para doenças crônicas, evolutivas e progressivas em diferentes estágios, se considerando apenas mudanças na amplitude dos cuidados e intervenção, condizentes à fase da doença e seu processo natural.

Os CP auxiliam os pacientes e familiares para enfrentar as questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de ordem prática, lidando com seus medos, suas expectativas, suas necessidades e esperanças, com esse recurso se prepara para a autodeterminação na condução do processo de morrer e do final da vida (SBGG, 2015).

Segundo a ANCP (2012) para orientar os CP é preciso conhecer e identificar alguns princípios, tais como, começar o quanto antes o acompanhamento em CP aliado aos tratamentos que podem propiciar uma modificação na doença, incluindo toda pesquisa essencial para aperfeiçoar o manejo do quadro sintomático, reforçar a importância da vida não antecipando e nem postergando o processo natural que transcorre até a finitude dela, possibilitar sempre o alívio irrefutável da dor e de quaisquer sintomas que causam desconforto ao paciente, vislumbrar o paciente em todo seu contexto biopsicossocial e espiritual, à vista disso se dá a importância da equipe multidisciplinar que poderá proporcionar o suporte ao indivíduo melhorando sua qualidade de vida, fazendo com que esse indivíduo possa manter-se o mais ativamente possível até a sua morte, envolver os familiares e/ ou cuidadores do paciente como parte integrante do processo, propiciando o devido acolhimento e amparo durante o adoecimento até o processo de luto.

De acordo com a SBGG, o CP tem por premissa promover o alívio dos sintomas existentes a fim de prevenir a ocorrência de outros problemas, visa dar ensejo para experimentações relevantes e consideráveis quanto ao desenvolvimento pessoal e espiritual, é conveniente para



todos os pacientes diagnosticados incuráveis com doença que progredirão à terminalidade da vida, aplicável a qualquer idade e em qualquer momento da enfermidade (SBGG, 2015).

Perante esse cenário de difícil execução, os CP aparecem como uma forma progressista na assistência à saúde e vem ganhando espaço na última década, se diferenciando da medicina curativa e focando no cuidado integral, atuando no controle dos sintomas, amenizando a dor e o sofrimento de tal maneira que o paciente tenha um tratamento humanizado e por conseguinte a família e/ou cuidadores (ANCP, 2012). Para Nunes (2017) *apud* Basílio (2013); devido à premência de humanização e respeito nos cuidados integrativos da medicina, surge o processo paliativista que vem de encontro com objetivo de alívio da dor e sofrimento do doente em estado terminal, estado vegetativo persistente ou diagnosticado com doença crônica.

Nos CP estão envolvidos: o cuidado ao ser humano que está morrendo e o cuidado à família com condescendência e empatia, buscando incessantemente o alívio dos principais sintomas estressores do paciente através de práticas voltadas ao paciente e não à sua doença, a fim de lhe proporcionar dignidade no final da vida e não o adiamento de seus sofrimentos, que traduz a participação autônoma do paciente nas decisões que competem na intervenção à sua doença, a fim de propiciar um final de vida com qualidade por uma dinâmica de morrer sem sofrimentos evitáveis que continuamente estão ligados às práticas médicas tradicionais, por conseguinte, uma equipe interdisciplinar se organiza a fim de favorecer o paciente e seu cuidador/ família 24 horas por dia, ininterruptamente, estendendo os cuidados no acompanhamento à fase de luto, principiando esses cuidados, se possível, a partir do tratamento curativo (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Em conformidade à Floriani; Schramm (2008), a busca pela qualidade de vida do enfermo, tem sido repetida como uma das pedras fundamentais para o CP, existindo um grande número de pesquisas sobre a definição de qualidade de vida em cuidados na terminalidade da vida, seus possíveis indicadores, notadamente para o paciente seu cuidador e/ou família. O CP se contradiz ao uso contínuo da tecnologia para a manutenção da vida em um paciente diagnosticado com doença incurável e progressiva; em alternância, é uma prática de cuidado que não abrevia a vida do enfermo, que oferece ao paciente autonomia para encontrar a melhor faculdade de resolver sobre sua vida, empreendendo sua capacidade decisória.

A definição do CP aparece sob a maneira de cuidado, emergindo como um caminho para a interrogação do que fazer quando “não há nada mais a fazer” pelo enfermo, já que a cura não tem mais possibilidade de acontecer, sinalizando a notoriedade da dor física, no entanto, sem deixar de lado o isolamento social, o sofrimento psíquico e espiritual advindos da doença



(MONTEIRO *et al*, 2020 *apud* KOVÁCS, 2003), o paciente que está em CP tem sua dignidade resgatada diante da terminalidade da vida, sendo esse o principal objetivo dos profissionais paliativistas: o conforto, o acolhimento, a proteção, aprimorando a sensação de segurança, através de uma inter-relação entre os cuidados ativos e cuidados amenizadores (MONTEIRO *et al*, 2020 *apud* KOVÁCS, 2003).

Os CP são uma modalidade de CUIDAR, que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de problemas associados a doenças em que a cura não é mais possível com os conhecimentos atualmente disponíveis, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e dos outros sintomas estressantes. Os CP existem para ajudar o paciente e sua família a viverem com a melhor qualidade de vida possível em todos os estágios da doença, e não somente nos últimos dias, pois o objetivo é tratar não só o sofrimento psíquico, mas o psicossocial de ambos (doente e família), bem como a espiritualidade e a contextualização da vida. (BIFULCO; CAPONERO, 2016, p.38-39).

Diante do exposto, é importante salientar a hegemonia da comunicação em CP, o diálogo harmônico entre o paciente, a família e a equipe de saúde é uma estratégia fundamental para criar uma boa relação interpessoal entre as partes. Essa guarida ao ser humano que está em estado de sofrimento possibilita compartilhar suas angústias, minimizando sintomas de ansiedade e depressão, encorajando a autonomia do paciente nesse momento de mudanças e perdas. Desse modo a comunicação verbal e não verbal se completam e propiciam a identificação dos conteúdos explícitos e implícitos do paciente, o conhecimento da doença e da proximidade da morte podem atormentar um indivíduo que era saudável causando reações extremas de sofrimento à ele e a sua família. A comunicação congruente é indispensável na promoção dos CP, pois atua diretamente no modo expressivo de uma boa conexão entre a equipe, o paciente e a família, se trata de um recurso fundamental para o trabalho adequado nesse contexto de intensa dor e sofrimento (CAMPOS *et al*, 2019).

2.2 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

O trabalho em equipe exige que todos os integrantes estejam engajados e que saibam muito bem aquilo que é da sua área de conhecimento. Considerando que a equipe é formada por profissionais de várias áreas do conhecimento, a chave do sucesso desse trabalho é a comunicação. Historicamente, as equipes de saúde são vistas de maneira hierarquizada, onde os diferentes profissionais têm seus trabalhos reconhecidos socialmente. No entanto, a integração da equipe multiprofissional em CP é uma forma de se observar o paciente de maneira holística e com isso analisar todos os aspectos na composição do perfil do paciente para elaboração de uma abordagem



terapêutica individualizada e específica. Dessa forma, a equipe multiprofissional com sua múltipla visão e percepção individual pode fazer um trabalho de forma abrangente. (ANCP, 2012). A assistência paliativa, devido a ser uma abordagem complexa e que tem por objetivo atender o paciente em CP, precisa possuir uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, odontologista e assistente espiritual.

De acordo com a ANCP (2012), o médico paliativista realiza os diagnósticos clínicos, pois é conhecedor da doença, sua história natural, os tratamentos realizados, a evolução da doença que é esperada para aquele paciente especificamente naquele momento, deve ter contato com outras especialidades médicas, que já trataram ou ainda estejam tratando o paciente, para discutir uma conduta específica. Ressalta também que o médico é o responsável em estabelecer tratamentos medicamentosos ou não, de acordo com o momento da vida do paciente, a fim de minimizar os sintomas desagradáveis, bem como amenizar a dor do paciente e com isso garantir não só o alívio dos sintomas desconfortantes, mas dar dignidade ao paciente até o término de sua existência, evitando procedimentos que poderiam aumentar o sofrimento do paciente.

Segundo a ANCP (2012), a principal tarefa do médico na equipe de CP é a de exercer o papel de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e sua família. A família e o paciente recebem do médico o diagnóstico, a proposta terapêutica e o prognóstico da doença, portanto é de responsabilidade desse profissional a comunicação entre o paciente, a família e a equipe. Nesse sentido, todos devem estar alinhados e falando a “mesma língua” para que o Planejamento Terapêutico Singular (PTS) do paciente seja uma construção conjunta de toda a equipe, participando ativamente dessa construção o paciente e família, atingindo assim a congruência entre as escolhas e as decisões partilhadas pelo paciente, a família e a equipe de CP, com isso se atinge o objetivo de cuidar do paciente de maneira integral e individualizada, sempre focando no seu bem estar e qualidade vida, não obstante o avanço que esteja o adoecimento desse paciente.

Para a ANCP (2012), o enfermeiro é o profissional da área de saúde que realiza o cuidado direto e indireto de pessoas em todas as áreas assistenciais que necessitam de ações da Enfermagem. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a “enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade”. O papel do enfermeiro possui uma prática mais objetiva de cunho realista, tais como, o controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos nas lesões malignas cutâneas, técnicas de comunicação terapêutica, 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 multiprofissional, enfim a atuação do enfermeiro na equipe preza pela comunicação eficaz, aberta e harmônica no contexto terapêutico, a fim de cumprir a negociação de metas assistenciais pactuadas entre a equipe, o paciente e a família.

O papel do assistente social na equipe de CP se orienta pela aplicabilidade junto ao paciente, familiares, rede de suporte social e Instituição. Nesse sentido, o profissional traça o perfil socioeconômico com as informações que são fundamentais na condução do caso, com isso é possível compreender a família e o paciente em seus limites e possibilidades, o assistente social é capacitado para realizar essa abordagem e acolher esses indivíduos em seus anseios e problemas relacionados à ordem socioeconômica, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e situação empregatícia do paciente. Através dessas informações o assistente social traça parâmetros adequados sobre as necessidades da família que subsidiarão na busca de alternativas para o cuidado do paciente, bem como oferecer informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente e para a garantia de morte digna. (ANCP, 2012).

O profissional Nutricionista na equipe de CP preza em assistir o paciente em todos os estágios da doença e na estratégia terapêutica, pois a nutrição tem um papel preventivo, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos e ressignificando o alimento, auxilia no controle de sintomas, mantém a hidratação satisfatória e preserva o peso e a massa corporal do paciente. Com o nutricionista na equipe multiprofissional de CP garante-se que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevivência digna, tendo em vista que o nutricionista é o profissional responsável dentro da equipe em dar recursos e explicação ao paciente e seus familiares sobre a dieta adotada e também sabe respeitar a vontade do paciente e suprir as suas necessidades nutricionais, além disso, oferece prazer e conforto, que contribuirá para a qualidade de vida do paciente em CP. (ANCP, 2012).

Conforme ANCP (2012), o fisioterapeuta na equipe de CP vai montar um plano de tratamento direcionado ao paciente com recursos, técnicas e exercícios específicos para cada caso, tendo por objetivo o alívio do sofrimento, alívio da dor e outros sintomas estressantes, fazendo que com isso o paciente seja mais ativo, melhorando a qualidade de vida, com dignidade e conforto. O fisioterapeuta irá elaborar o programa de tratamento de acordo com o grau de dependência e progressão do paciente.

O profissional de fonoaudiologia auxilia na qualidade de vida do paciente, atuando de forma a garantir o alívio dos sintomas que a doença apresenta, ou sintomas derivados das medicações, quimioterapia, radioterapia e quadros de imunodepressão. Algumas doenças



impactam em alterações na deglutição (disfagia), náuseas e vômitos, odinofagia, anorexia, desidratação, alteração do nível de consciência e alterações de comunicação, todos esses problemas estão ligados à fonoaudiologia. O fonoaudiólogo auxilia o paciente a manter a deglutição segura e possível por via oral, pela adequação de posturas, garantir a consistência adequada do alimento e em conjunto com o profissional de Nutrição definir e oferecer pequenas quantidades várias vezes, mantendo a apresentação e o tamanho do prato a fim de diminuir a sensação de fracasso em torno da alimentação, como a evolução da doença, quando se intensifica a disfagia, garantir a alimentação do paciente estabelecendo uma via alternativa, sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia. Além disso, cabe também ao profissional buscar alternativas de comunicação para pacientes com rebaixamento do nível de consciência, alterações de mobilidade e tônus da musculatura, déficit de memória, nível de atenção reduzido, a fim de melhorar a relação paciente-equipe-família. (ANCP, 2012).

Conforme o ANCP (2012), em sua prática o terapeuta ocupacional utiliza como recursos terapêuticos atividades artísticas, expressivas, manuais, de lazer, autocuidado, entre outras. Com isso, busca-se estabelecer a ligação do sujeito com o seu meio. O terapeuta ocupacional atua em CP para acompanhar o paciente no sentido de proporcionar conforto, é possível manter as atividades significativas, pelos recursos com a música e leitura, mas sempre propiciar maior acolhimento e conforto ao paciente.

Para a ANCP (2012), o CP em Odontologia se dá em pacientes com doenças progressivas ou avançadas com comprometimento da cavidade bucal, devido à doença ou ao seu tratamento, portanto, o profissional odontológico irá atuar na melhora da qualidade de vida desse paciente. Realiza cuidados odontológicos que possam beneficiar o paciente, através da prevenção ou tratamento curativo no controle das infecções buco-dentais.

A presença de um assistente espiritual na equipe de CP auxilia na promoção do alívio da dor e outros sintomas estressantes, confirmando a vida e vendo a morte como um processo natural, vinculando as questões psicossociais e espirituais ao cuidado e suporte desse paciente, bem como da família durante todo o processo de evolução da doença e do enfrentamento do luto. (ANCP, 2012).

“Para que haja condições de oferecer este cuidado integral ao enfermo e sua família, torna-se muito importante a intervenção do capelão e de sua equipe de capelania, também chamados de assistentes espirituais. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2005), notando que os valores espirituais dos pacientes afetavam a maneira como respondiam ao tratamento, incluíram uma norma de acreditação requerendo das Instituições de Saúde que tratassem das necessidades espirituais dos pacientes” (ANCP, 2012, p.364).



A espiritualidade não está ligada ao sentido de Religião, pode se pensar na religião como associada a comunidades e organizações religiosas, a Espiritualidade é experimentada como algo mais caloroso e espontâneo, está ligada ao amor, inspiração, integralidade, profundidade, divindade e mistério, sendo de origem mais pessoal e individual de cada ser humano. O indivíduo que se apoia na “fé em um Deus”, um ser “Maior” como seu “Criador”, terá maior senso de bem estar, de pertencimento, de ser amado, de dignidade e paz, compartilhando de uma certeza que será acompanhado até o término da vida, pois está sob o controle e cuidados desse “Ser Divino” a quem adora e respeita, então, por conseguinte aceitará seus desígnios (ANCP, 2012).

Segundo Nunes (2017) *apud* Basílio (2013) dentro da ciência médica não há precisão para o estado terminal e nem para o tempo de terminalidade da vida em pacientes terminais, pois não tem parâmetros definitivos para pacientes sem possibilidade de cura e pacientes com possibilidade de cura. Por isso, existe uma rijeza do profissional médico quanto a definição do diagnóstico de CP. O diagnóstico de terminalidade é extremamente conflitante para o médico em si e também para os demais profissionais de saúde da equipe multiprofissional, já que na formação acadêmica é desenvolvida uma cultura de tratamento objetivando a cura terapêutica da doença e não o tratamento paliativo que busca apenas amenizar a dor e dar uma qualidade de vida com dignidade para a doença incurável (NUNES, 2017 *apud* MENDES *et al*, 2009).

Em conformidade com Nunes (2017) *apud* Mendes *et al*, (2009) em despeito a não existir a cura da doença do paciente diagnosticado terminal, é possível praticar várias condutas, em se tratando do paciente e da família, para trazer o alívio da dor, do desconforto, do sofrimento, proporcionando ao paciente a dignidade, o respeito, sendo assistido em suas necessidades e desejos de última instância, desse modo; o paciente segue seu percurso natural de maneira tranquila e serena até o final da vida. O campo de atuação da equipe multiprofissional visa o trabalho de maneira integrada e articulada entre a dinâmica dos conhecimentos e prática a fim de atingirem a uma determinada finalidade (PINTO *et al*, 2020 *apud* SBGG, 2015).

Diante da finitude da vida, é esperado da equipe que trabalha na assistência ao paciente em CP o devido preparo para lidar com os medos, as angústias e principalmente com todo o sofrimento do paciente e da família, para isso é exigido do profissional mais do que o conhecimento científico e técnico de sua especialidade, é requerido desse profissional também a compreensão da sua subjetividade, de suas questões éticas, sociais, culturais e espirituais. A equipe necessita estar preparada para acolher o paciente e seus familiares de maneira humanizada, para atingir tal objetivo a equipe precisa ter conhecimento da filosofia paliativista que valoriza e respeita o paciente na terminalidade da vida como um indivíduo que possui direito, considerando seu



princípio de autonomia, dignidade, privacidade e respeito, tais princípios são alicerces da Bioética (PINTO *et al*, 2020 *apud* SANTANA *et al*, 2009 *apud* CARDOSO *et al*, 2013).

A Bioética que se deriva das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética), surgiu em meados de 1970 nos Estados Unidos da América e na Europa em 1980 onde se discute os seus fundamentos epistemológicos, porém a sua maior preocupação é prover a qualidade de vida, sendo assim definida como a ciência da sobrevivência humana. Desse modo, a equipe multiprofissional, ao fechar um diagnóstico de um paciente que está em CP enfrenta questionamentos éticos, tais como, um indivíduo na fase terminal de um câncer, sofrendo dores abomináveis, tem o direito de pedir que parem o tratamento curativo? E o médico, nesse caso, dever atender ao pedido do paciente? (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Nesse sentido, a Bioética, através de seus conceitos se destina a englobar o bem estar do enfermo que sofre com a doença crônica incurável, beneficiando a assistência ao paciente, não se resumindo a sequência de protocolos e sim a seguir os princípios da proporcionalidade, razoabilidade e boa-fé objetiva, que via de regra, devem se apresentar em todas as decisões clínicas, respeitando os direitos humanos em prosseguir ou não com tratamentos invasivos que na maioria das vezes irão apenas culminar no prolongamento de mais sofrimentos ao paciente e à sua família e que no final das contas não são capazes de trazer a cura (CAMPOS *et al*, 2019).

Em consonância, à Monteiro *et al* (2020), o foco dos profissionais de saúde, desde sua formação, não deve ser a cura das doenças e sim o cuidado com o doente, unindo tecnologia e humanidade na assistência. Em seu estudo aconselha ainda a formação continuada e a assessoria para a concepção do sofrimento a fim de proporcionar meios de defrontar as dificuldades e a elaboração de outros comportamentos que concedam um cuidado integral e humanizado para pacientes, familiares e os próprios profissionais da equipe, ressalta ainda que é de competência da Instituição promover capacitação aos profissionais da equipe multiprofissional, criando um ambiente de reflexão sobre o assunto, criando estratégias para solução de problemas.

Conforme Rezende (2014) é importante incluir na grade da formação dos profissionais de saúde, estudos que abordem especificamente o CP, tendo em vista a alta demanda de pacientes indicados para essa modalidade de cuidado a fim de garantir que esses profissionais durante a graduação se preparem para enfrentar as doenças que ameaçam a vida e a vicissitude da morte.

2.3 O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS E A FAMÍLIA

Segundo Espindola *et al* (2018) a instituição família é o primeiro espaço de formação, desenvolvimento e socialização dos sujeitos, nela o indivíduo tem os primeiros contatos para



adquirir valores culturais, éticos, morais e espirituais, portanto, a Instituição de maior valor e significado pessoal e social na vida do indivíduo, ela é fonte constitutiva de sentimentos como amor, satisfação, bem estar e apoio, mas por outro lado, também é geradora de insatisfação, estresse e adoecimento. Nesse sentido, o harmonioso suporte da família gera sentimentos de pertencimento, cuidado, estima e proporciona recursos emocionais para lidar com as situações conflitantes da vida. Em tempos de discussão sobre identidade de gênero, é considerável discutir acerca dessa naturalização do cuidado como atribuição feminina, pois os papéis feminino e masculino são construções sócio históricas, portanto, o “*cuidar*” não pode ser competência específica do feminino (ESPINDOLA *et al*, 2018).

A responsabilidade pelos cuidados a um integrante da família que está adoecido muitas vezes recai sobre aqueles que estão mais próximos a ele, nem sempre é mediado por sentimentos de amor e afeto, às vezes pode ser visto como uma obrigação moral, que pode prejudicar o desempenho dessa função e exige ressignificação das relações entre ambos. Nota-se que a definição dos cuidados aos doentes em fim de vida geralmente é atribuída às mulheres, sendo elas: esposas, mães, filhas e noras. Podemos observar que esse cuidado é incumbido às mulheres devido às concepções culturais que consideram a questão como algo ligado ao feminino (ESPINDOLA *et al*, 2018).

Para Delalibera *et al* (2018) em CP o cuidador familiar pode ser qualquer parente, companheiro ou amigo com disponibilidade para fornecer assistência ao paciente com doença insanável, esse parente/ cuidador possui um papel de grande importância, pois irá acompanhar o paciente de maneira observacional dos sintomas, cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos, em caso de pacientes que estão em regime domiciliar ainda terão que se organizar nos afazeres domésticos.

Com as mudanças advindas da constatação da doença incurável e toda a logística que trará para a vida do paciente e da família, toda a rotina tende a ser reorganizada de modo a propiciar ao paciente o cuidado necessário, seja no hospital ou no lar, e é diante desse novo modo de vida que será designado um cuidador principal. O cuidador principal será definido a pessoa que ficará responsável pelos cuidados diários ao paciente, podendo ser oriundo do núcleo familiar ou quando não é possível um cuidador que é designado à prestação dos cuidados ao paciente (LIMA; MACHADO, 2018; *apud* FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Apesar dos pontos positivos ligados à função do “*cuidar*”, os cuidados em relação a um paciente em tratamento terminal são extremamente cansativos, estressantes e traz ameaça à saúde física e psicológico desse cuidador, tais como, depressão, ansiedade, tensão, perturbações de sono



e redução na qualidade vida, afastamento do convívio social e sobrecarga devido à conciliação do cuidado ao paciente e da necessidade de trabalho para manter o sustento, gerando uma sobrecarga elevada, tudo isso impacta negativamente no cuidador que fica propenso a desenvolver fadiga física, mental, falta de apoio social e estresse, com a piora na qualidade de vida do cuidador é tendencioso que reduza sua funcionalidade e comine diminuição da capacidade de prestar cuidados legítimos ao paciente terminal (DELALIBERA *et al*, 2018).

Conforme pesquisa realizada por Delalibera *et al* (2018) com amostra constituída por cuidadores familiares de pacientes acompanhados pelo Serviço de CP do Hospital Santa Marcelina de São Paulo, chegou-se à conclusão que o cuidador familiar em sua maioria pertence ao sexo feminino, casada e filha do paciente. Dedicar grande parte do tempo no cuidado ao paciente e em muitos casos parou de trabalhar para cuidar do paciente em tempo integral, pois não conta com a ajuda de demais familiares; tais cuidadores apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e somatização. Portanto, propiciar ao cuidador o desenvolvimento de uma rede de apoio, com recursos sociais e psicológicos são determinantes no sucesso da atuação do cuidador, pois os cuidadores que não dispuseram de suporte na fase da prestação do cuidado, após o falecimento do ente querido podem manifestar sintomatologia psicopatológica (DELALIBERA *et al*, 2018).

De acordo com ANCP (2012), as doenças diagnosticadas incuráveis no estágio avançado têm muito impacto na vida do paciente e de todos que estão à sua volta, muda a estrutura e a dinâmica familiar, principalmente quando existe uma sobrecarga dessa família no cuidado ao paciente, devido à intensificação dos sintomas e ao avanço da doença. Nesse sentido o cuidador apresenta desgaste físico e emocional, com alterações da sobrecarga objetiva do cuidado em si e subjetiva que afetam seu estado psíquico e emocional, tudo isso impacta na qualidade vida de toda a família que está envolvida no cuidado a esse paciente e também pode impactar o próprio paciente quando consciente e perceptivo do estado físico e mental de seu cuidador e daqueles que estão ao seu redor, considerando seu nível de dependência em relação ao seu cuidador.

“Segundo o Manual de CP, em estudo transversal realizado com pacientes internadas com câncer de mama ou ginecológico sem possibilidade de cura, foram avaliadas as situações de depressão e ansiedade em seus cuidados. O estudo aplicou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), instrumento validado e que apresenta boa sensibilidade, apesar da sua baixa especificidade, para pacientes com dor crônica. Os resultados demonstraram a presença de depressão em 74% e ansiedade em 53% dos cuidadores. Conclui que o processo de cuidar de um indivíduo em fase terminal gera conflitos emocionais intensos e sugere que outras variáveis associadas ao impacto mental do cuidar necessitam ser investigadas” (ANCP; 2012, p.379).



Ao longo da evolução da doença, a família, mais especificamente o cuidador do paciente vai sendo impactado, principalmente quando aumentam os sintomas do paciente e o grau de dependência, exigindo maior atenção, dedicação e cuidado por parte da família, caracterizando a falta de tempo para descanso ou para outras atividades sociais, aspectos ligados ao isolamento social e, por conseguinte, a depressão desses cuidadores (ANCP, 2012).

Consonante Nunes (2017) *apud* Mendes *et al* (2009) as atitudes da família ajudam as reações do paciente, devido a isso a família desempenha importante papel efetivo tanto no maior ou menor adoecimento do paciente como na melhora do quadro clínico. Diante disso, a equipe multiprofissional deve assistir à família desde a constatação da terminalidade do paciente até o processo de luto, que perpassa a morte até meses posteriores. A escuta empática do membro familiar é a maneira mais relevante que se pode ofertar, viabilizando que compartilhe e enfrente seus sentimentos a fim de que tenha subsídios necessários para o acolhimento e cuidado desse doente.

A participação da família é relevante, pois um indivíduo ao receber o diagnóstico da impossibilidade de cura à sua doença sofre a consequência e é sempre dolorosa para ambas as partes, diante disso; as reações de cada família tende a ser distintas, tais como negação, reserva ou mesmo o fechamento à conversação sobre o assunto. Nesse sentido, os familiares tendem a recorrer a todos os tratamentos possíveis a fim de obter a cura, submetendo o enfermo a sofrimentos descabidos e às vezes em desobediência à vontade do doente, por apego excessivo à vida do indivíduo que nesse momento necessita apenas ser entendido e respeitado em toda sua esfera psíquica, sem prolongar sua existência, mas proporcionar a ele uma vida com qualidade e bem estar até o momento de sua partida (FERREIRA *et al*, 2008).

De acordo com Ferreira *et al* (2008) o paciente sob CP em domicílio mobiliza todo o grupo familiar e mexe em toda a rotina dessas pessoas, sendo o foco de atenção e cuidado, enquanto que o cuidador eleito tem que se abster de algumas rotinas em sua vida para dedicação exclusiva ao enfermo, com isso a dinâmica familiar é mudada para adequação desses cuidados, criando novas maneiras de organização e funcionamento, por outro lado, essa mudança para prestar cuidados ao paciente nesse momento crítico demonstra ao doente que não está sozinho para encarar os obstáculos e também que pode contar com uma rede de apoio dos familiares que assumem papéis nunca antes desempenhados, com vista à tomar conta das necessidades do paciente melhorando sua qualidade de vida no tempo restante.

Nesse sentido, consonante ao que diz Ferreira *et al* (2008) a família se dispõe a uma logística de CP domiciliares para atender o anseio do paciente em permanecer em casa, no entanto,



isso acarreta muitas consequências físicas e psicológicas para a família ou cuidador, pois as atividades do cuidado trazem preocupações, inseguranças e isolamento. Diante disso, não obstante o reconhecimento dos familiares em manter o paciente em domicílio, as Instituições ainda são os lugares mais indicados para a permanência dos doentes nos últimos dias de vida, pois podem dar a esse indivíduo uma assistência mais presente e efetiva da equipe multiprofissional, reduzindo assim a sobrecarga do ambiente familiar. Com isso, a reorganização do ciclo familiar no atendimento das necessidades apresentadas pelo ente querido que esteja em CP para dispensar uma rede de apoio em tempo integral nos momentos de crise pode ser observado em acompanhantes dos pacientes hospitalizados que se alternam para sempre permanecer um familiar ao lado do enfermo em tempo integral (SANGALI *et al*, 2014).

Há a confirmação que muitos familiares sentem que o cuidado prestado aos pacientes em CP acaba os submetendo à relação exclusiva família-doente em tempo integral, impedindo que o cuidador possa cuidar de si, gerando certo nível de cansaço e estresse que pode impactar no adoecimento do cuidador, pois ocorre nesse contexto mudanças impactantes nas relações, por exemplo, maridos e esposas, que relatam sofrimento por não identificar mais seus companheiros devido a mudanças corporais e especialmente de personalidade advindas de acordo com o progresso da doença e o aumento do nível de dependência em relação ao cuidado que necessita ser dispensado ao doente (ESPINDOLA *et al*, 2018).

Por outro lado, Lima; Machado (2018) através de uma pesquisa qualitativa exploratória constatou que o vínculo dos cuidadores com o paciente é um gerador de estresse que leva ao desgaste físico e mental, impactando assim sua qualidade de vida, porém, com a aproximação do momento da despedida o cuidador tende a se sentir mais angustiado, triste e ansioso, no entanto, apesar de todo o cansaço físico e emocional, ele deseja ficar ao lado de paciente até o final, nesse estudo também ficou comprovado que é importante para o familiar/ cuidador principal as lembranças vividas do passado, pois davam sentido à vida do paciente até seu último instante, com esse esquema psíquico o cuidador descobria significado para sua história de vida quando submetida ao cuidado do paciente.

Para Sangali *et al* (2014) a importância da participação do familiar/ cuidador na rotina do enfermo em CP é um referencial da atitude e sentimentos do paciente, pois para o paciente estar ao lado de um familiar nesses momentos traduz um contentamento na realização pessoal, como demonstram os relatos de familiares participantes de uma pesquisa realizada por Sangali *et al* (2014, p.78) em uma unidade de CP de um Hospital Geral do SUS, na região noroeste do Estado de São Paulo: “É importante ter alguém com ele aqui”. “Quando a gente conversa ela se



emociona”. “Ela não fala, mas o inconsciente dela sabe que eu estou aqui”. “Ele fica feliz, quando alguém chega ele transmite uma alegria”. “Ela se sente bem tendo um de nós aqui falando dos netos, dos filhos”.

De acordo com Sangali *et al* (2014) tais relatos evidenciam que existe uma mistura de alegria e tristeza que decorrem da imediação da perda do ente querido e que esse convívio proporciona vivências únicas, assim desde o instante da informação da situação terminal do paciente até os últimos momentos da vida deste é permitido que ambos compartilhem experiências, confidências e emoções.

À medida que a equipe transmite à família segurança, compreensão, carisma, atenção consegue criar um vínculo de boa comunicação, pois dissemina confiança, e os familiares dão valor ao cuidado aplicado com bom humor, eficiência, agilidade, dedicação, carinho, atenção e empatia. Nesse sentido, a família além de facilitar o cuidado da equipe ao paciente, ajuda a decifrar os gostos, manias e expressões dos pacientes que possuem dificuldade de comunicação verbal, tais informações são primordiais para o planejamento da assistência multiprofissional ao paciente (SANGALI *et al*, 2014).

Segundo Sangali *et al* (2014) a equipe responsável pelo CP faz toda a diferença na assistência ao paciente e família/ cuidador, pois com a qualidade de atenção no cuidado à ambos é possível auxiliar no enfrentamento do medo, da angústia, da ansiedade e do sentimento de perda diante da proximidade da morte do ente querido, o diálogo humanizado e empático da equipe trará confiança ao paciente e à família. Os resultados advindos dessa aliança entre paciente, família e equipe irão impactar na solução dos problemas resultantes do avanço da doença e tratamento. Nesse sentido, Sangali *et al* (2014) identifica o princípio de humanização na assistência que é importantíssimo em CP, pois assim é possível se ter um olhar refinado e sensível da importância do “cuidar” no lugar de “curar”, atingindo a qualidade de vida preconizada aos pacientes em CP.

Em sua pesquisa Sangali *et al* (2014) evidenciou que os familiares compreendem o sentido de CP, porém também esperam aumentar a expectativa de vida do paciente, almejando que o enfermo seja melhor tratado dentro do hospital do que em casa, colocando suas esperanças no auxílio divino e na equipe de saúde, demonstrou também as dificuldades que os familiares enfrentam em acompanhar o paciente, não tendo tempo hábil para si próprio, além do cansaço e da saudade de casa, sendo a equipe multiprofissional a principal apoiadora, em tempo integral, do familiar no processo de progressão da doença e proximidade da morte.

Consonante à Nunes (2017) um acordo idôneo entre médico e paciente auxiliam dos dois lados o enfrentamento da terminalidade da vida, pois a partir do momento do conhecimento do



diagnóstico de doença sem cura, o enfermo pretende colocar a vida em ordem, almeja se aproximar dos familiares, a fim de reaproximar, desfazer conflitos e desentendimentos, pois diante do fim o paciente quer fixar no seio da família uma boa imagem de si e a equipe de saúde pode auxiliá-lo nesse propósito.

Partindo desse pressuposto, devem-se proporcionar condições ao paciente para que ele fale livremente de suas emoções, medos e dúvidas, possibilitando sua resolução e elaboração. Deve também evitar a "conspiração do silêncio", sabe-se que a morte está próxima e falar dela é essencial para que o paciente expresse seus sentimentos, obtendo assim, paz, alívio e qualidade de vida no processo de morrer (GOMES, 2010). Os profissionais de saúde são formados para salvar vidas e muitos o tentam fazer a todo custo. Utilizam todos os recursos tecnológicos a disposição a fim de tentar vencer a morte, que é vista como inimiga. Porém eles sabem que é uma luta no qual não conseguirão vencer, pois a morte é uma certeza evidente e um fato natural que independe de seus melhores esforços. No entanto, assumir que em algumas situações não há nada que se possa fazer pelo paciente gera uma imagem errônea do profissional, sugerindo que ele não se preocupa com o paciente. Os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos pelos pacientes diante de situações difíceis vivenciadas ao longo da vida devem ser estimulados, visando manter a autoestima e estabilidade emocional (MENDES *et al.*, 2009).

A comunicação da equipe multiprofissional com o cuidador evidenciando a aproximação da morte estimula o processo de elaboração psíquica contribuindo para a demonstração dos sentimentos e preparação para a vivência dos últimos momentos ao lado do paciente, com a comunicação sobre a ameaça da morte do paciente é possível que o cuidador consiga perdoar e pedir perdão, resolvendo situações conflitantes ou mesmo oferecendo a possibilidade de realizar algum desejo e também quando o cuidador é escutado, amparado e acolhido em seu sofrimento, isso contribuirá na maneira como irá elaborar a proximidade do desenlace do ente querido (LIMA; MACHADO, 2018).

Outro ponto importante se trata da renúncia dos cuidadores a seus desejos e anseios durante o período de fim da vida de seus familiares, o que acaba desgastando ainda mais esse cuidador. Nesse sentido, as doenças que ameaçam a continuidade da vida causam intenso sofrimento emocional e psíquico aos envolvidos, sendo então de suma importância a presença de psicólogos nas equipes de CP. (ESPINDOLA *et al.*, 2018).



2.4 A PSICOLOGIA COMO PROTAGONISTA DESSE CENÁRIO

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, Resolução nº 02/2001 (2001, p.13), o psicólogo hospitalar atua em Instituições de Saúde participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde [...], atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente, membro da comunidade dentro de sua área de atuação, membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente. O psicólogo atua na equipe multidisciplinar participando de decisões inerentes à conduta a ser adotada em relação ao paciente, com a finalidade de dar apoio e segurança ao paciente e à família, subsidiando-os com informações conforme sua área de conhecimento, promovendo reflexões quanto às dificuldades operacionais e subjetivas dos membros da equipe. (CFP, 2001).

Dentro da equipe multiprofissional de CP, o psicólogo devido ao conhecimento da essência do ser humana, em uma visão biopsicossocial, atua assistindo à família, ao paciente e a equipe, pois nessa dinâmica de cuidado estão envolvidas situações de estresse prolongado, convívio com a dor, sofrimento e impotência diante da finitude da vida. Segundo Cicely Saunders, que desenvolveu na década de 1960 a noção de “*dor total*”, admite que os fatores emocionais, sociais e espirituais implicam diretamente na sintomatologia da dor e o profissional da Psicologia auxilia o paciente nesses aspectos para que o paciente desenvolva seu autoconhecimento para lidar com as questões que se originam da doença com diagnóstico incurável.

Segundo Rezende *et al* (2014) a Psicologia aplicada em CP facilita o entendimento do paciente sobre sua atual percepção de vida, confortando-o em suas angústias e suavizando suas dores emocionais, respeitando suas novas limitações e auxiliando para que ele tenha compreensão e aceitação da finitude da vida, assim através do psicólogo é possível nessa fase da vida promover uma boa comunicação e aceitação do processo de morte para os envolvidos, bem como trazer qualidade de vida e dignidade para o paciente que está sofrendo.

O profissional de Psicologia dentro da equipe de CP precisa ter conhecimento das possibilidades e limites de sua atuação. Esses conhecimentos devem ser pautados dentro de um referencial teórico de Psicanálise, Fenomenologia, Psicologia Analítica, Psicologia Social, Análise do Comportamento, etc, pois através da teoria e prática é que se define a identidade do psicólogo dentro da equipe. (ANCP, 2012).

Para Melo *et al* (2013) a presença de um profissional psicólogo na equipe de CP sustenta questionamentos e desafios que deve resolver de maneira criativa fundamentando seu trabalho no referencial teórico de que dispõe, pois na luta pela vida o paciente terminal precisa de capacidades que o auxilie no senso de aceitação da vida como ela lhe é apresentada após a constatação de não

existir uma maneira curativa para sua doença, portanto, o psicólogo irá propiciar ao enfermo, a possibilidade de ter suas dificuldades internas compreendidas e tanto quanto possível, elaboradas e superadas. Assim, Melo *et al* (2013) *apud* Comas, Schröder e Villaba (2003) em seu estudo sugerem algumas intervenções que podem ser desenvolvidas pelo psicólogo; tais como a avaliação e diagnóstico do paciente, na sequência uma avaliação da ambiência familiar desse paciente principalmente em relação ao cuidador que terá um vínculo mais próximo, deve-se observar também a comunicação com a equipe em se tratando do diagnóstico e do plano terapêutico previsto para o acompanhamento da evolução do paciente; logo após desenvolver as habilidades de enfrentando do paciente, bem como a elaboração da informação do diagnóstico de doença incurável, a fim de desenvolver maneiras para que o paciente coopere com seu tratamento para atingir os objetivos estabelecidos pela equipe para a melhora da qualidade de vida, por fim desempenhar a aproximação sócio familiar.

Na avaliação psicológica se considera o contato direto e próximo à equipe multiprofissional, pois essa troca recíproca propicia ao psicólogo conseguir as informações e dados necessários do paciente e da família sob todos os cenários técnicos envolvidos nos CP, argumenta ainda que a utilização de instrumentos de avaliação psicossocial, que pondere fatores de risco e comportamentos indicadores de impacto emocional, contribuindo na diferenciação entre pacientes que precisam de uma intervenção psicológica mais específica, daqueles que ainda não necessitam, com a aplicação dos questionários avaliativos também é possível identificar possíveis transtornos psicopatológicos visando favorecer o diagnóstico clínico. Em concordância ao que preconiza o autor, a entrevista semiestruturada, é sugerida como um instrumento de avaliação que pode conduzir a uma interlocução aberta entre o psicológico e o paciente a fim de conseguir as informações expressadas verbalmente sobre a própria doença e a interação com a equipe de saúde (MELO *et al*, 2013).

Melo (2012, p.43) *apud* Alves *et al*, (2019, p.10), cita em seu estudo as “Atividades do profissional de Psicologia para intervenção nos CP”, a fim de nortear a prática dos profissionais de Psicologia em CP:

- Amenizar o sofrimento do paciente até sua morte;
- Melhorar a qualidade de vida do paciente, tanto no hospital, como em casa quando possível;
- Disponibilizar total assistência à família do paciente;
- Trabalhar a dor emocional dos pacientes e familiares;
- Proporcionar a busca de sua autonomia para a obtenção da dignidade do paciente;
- Atender ao desejo do paciente, quando possível;
- Entender o histórico do paciente;
- Desenvolver o apoio psicológico para a busca do bem-estar do paciente;
- Exercer as atividades em equipe multidisciplinar;
- Procurar sensibilizar a equipe de saúde que está em contato direto com o paciente fora do alcance terapêutico;
- Fazer escuta psicológica;



- Usar técnicas de esclarecimento;
- Ser o elo entre paciente/família com a equipe de saúde;
- Procurar trabalhar os processos de morrer, desde a conceituação, para melhorar a assistência aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida;
- Em caso de óbito, acompanhar o médico no ato da comunicação do mesmo e assistir os familiares;
- Trabalhar questões espirituais, quando trazidas pelo paciente;
- Fazer um trabalho pessoal para obter uma prática humanizada;
- Buscar uma formação contínua sobre os CP com especializações e capacitações, para acompanhar a evolução da ciência.

Conforme Rezende *et al* (2014) *apud* Torres (1999) o psicólogo por sua origem na lida com as relações humanas tem o compromisso de ofertar condições para a elaboração do sofrimento com compreensão, respeito e dignidade, salienta ainda que é de suma importância o vínculo terapêutico. O psicólogo atua desde a fase de diagnóstico, desmistificando a doença e auxiliando o paciente na comunicação com a equipe, ajuda na quebra do silêncio quando é bloqueada por familiares para que o paciente não tenha todas as informações de sua doença durante o tratamento, onde o paciente busca entender o sentido de todo o sofrimento que está vivenciando. Assim sendo, o psicólogo presta apoio, acolhimento e compreensão, faz valer as opiniões e decisões do paciente e da família, a fim de que a condição do indivíduo enquanto ser humano seja respeitado, considerando sua história de vida até o momento presente, a fim de que seja considerada sua autonomia nas intervenções de assistência e cuidado.

Por outro lado, os profissionais que trabalham na equipe de CP também precisam ser assistidos por um psicólogo, pois não são desenvolvidos em suas profissões para lidar com a terminalidade da vida e ao se defrontar com pacientes terminais tendem a se sentir imponentes. Conforme Rezende *et al* (2014) *apud* Rodrigues *et al* (2005) devido ao aumento de doenças crônicas degenerativas, incapacitantes e fatais, a equipe de saúde adoece ao ter que enfrentar essas demandas que na maioria das vezes não são preparados, pois toda sua formação é para lidar com tratamentos curativos que visam a melhora clínica do paciente, no entanto nem sempre a melhora clínica irá significar a cura da doença, que no caso de CP se repercute na qualidade de vida, sem dores e desconfortos que são fatores estressores ao paciente com doença incurável e também na dignidade de ter seus desejos e vontades respeitados no momento mais delicado de sua existência.

Na assistência à família do enfermo, o psicólogo é essencial, pois ele acompanha todo o sofrimento do ente querido, desde o diagnóstico até o final da vida, portanto é natural apresentar sentimentos de culpa pelo estado do paciente e pela incapacidade técnica de poder ajudar. Na escuta atenciosa à família e à sua dor, o psicólogo aponta as maneiras que a família pode demonstrar seu afeto, a atenção e o cuidado, esclarecendo as possibilidades de apoio que a família/cuidador



pode ofertar a esse ente querido até a terminalidade da vida, sendo um facilitador dessa comunicação (REZENDE *et al*, 2014).

O paciente em CP, em face da doença que lhe é apresentada, pode apresentar sentimentos de raiva, fúria, angústia contra a família, contra os profissionais de saúde, tais expressões de sentimento precisam ser compreendidas e acolhidas pela equipe multiprofissional e principalmente pelo psicólogo, considerando essa nova dinâmica que o paciente e a família precisam se adaptar (REIGADA *et al*, 2014 *apud* KÜBLER-ROSS, 1969).

A ANCP (2012) cita que em algumas circunstâncias o psicólogo é solicitado para intervir em situações que o doente e/ou a família são agressivos, não seguem as recomendações feitas, burlam as regras dos serviços, acusam, culpabilizam, negam a gravidade do estado de saúde do doente, entre outras demandas. O psicólogo exerce o papel do profissional mediador, atuando na mediação desses conflitos, fazendo os indivíduos envolvidos na contenda a rever seus conceitos diante da situação apresentada, a fim de buscar um ponto de equilíbrio ao se defrontar com determinadas situações que necessitam de um olhar compreensivo para buscar a melhor solução comum a todos. Conforme Nunes (2017) o profissional da Psicologia ao atuar em CP precisa ter uma formação voltada a essa finalidade, pois irá desenvolver atendimentos, escuta clínica e suporte ao paciente, à família e até em alguns momentos à equipe; lembrando que em toda essa dinâmica estão envolvidas questões relacionadas à terminalidade da vida e em certo grau irão impactar a estrutura do indivíduo e de toda sua família.

Em observância à Ferreira *et al* (2011) ao constituir a equipe de CP, o profissional de Psicologia necessita de formação na área para buscar estratégias que possam auxiliar o paciente no enfrentamento e elaboração das experiências emocionais intensas que irá vivenciar na terminalidade da vida, tendo a fineza de não se tornar um elemento invasivo no processo de tratamento e sim de um elemento atenuante para interagir no processo entre paciente, família e equipe multidisciplinar, não esquecendo que o foco é o doente, e não a doença em si, bem como a melhora da qualidade de vida do paciente e não o adiamento do seu sofrimento.

De acordo com Nunes (2017) *apud* Silva (2008) devido às alterações no nível de consciência do paciente terminal podem ocorrer visões e confusões entre acontecimentos do presente e passado, o psicólogo é o profissional que fará a escuta clínica sem julgamentos ou críticas e irá auxiliar o paciente nessa dinâmica. Essas manifestações do paciente podem representar um ritual que antecede a morte e não apenas um simples delírio, é importante não privar o paciente e a família desse momento, auxiliar a ambos na elaboração das questões que emergem desse conflito. Os pacientes terminais podem apresentar também ansiedade e depressão



em decorrência dessa nova realidade que lhe é apresentada, e o profissional da Psicologia irá ajudar o paciente no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento através de técnicas psicoterapêuticas para manejo e minimização desses transtornos diante da finitude da vida. Na terminalidade da vida o suporte de um profissional psicólogo e de uma crença espiritual são essenciais no acolhimento de medos e emoções do paciente e família, o psicólogo pela estimulação que faz na escuta e no acolhimento dos pacientes e familiares a manifestarem seus sentimentos, medos, angústias e dúvidas irá contribuir para a elaboração do adoecimento e morte, da mesma forma também auxiliará o paciente com as questões de cunho espiritual, pois é o profissional que entende o ser humano também nessa circunstância (NUNES, 2017).

Nesse sentido, Soares (2007) explica que a espiritualidade é intrínseca do ser humano, pois propicia aos indivíduos buscarem um sentido, um significado para a vida, nos processos de adoecimento que sobrepujam a morte, sendo notável a necessidade de conforto espiritual. Conforme Soares (2007) *apud* Wall *et al* (2007) em estudo realizado com familiares de pacientes terminais na UTI, se aferiu que o grau de satisfação com o cuidado geral dos pacientes foram correlacionados à satisfação com o cuidado espiritual, a presença de um religioso, disponibilizado pelo serviço de capelania do hospital, ou mesmo indicado pela família, foi o principal fator apontado dentre os aspectos avaliados no estudo.

Vale lembrar que CP não se resume à assistência prestada ao indivíduo no final de vida, mas também à família/ cuidador e à equipe de saúde desse indivíduo que necessita de atenção e acolhimento em suas angústias e sofrimentos a fim de se manter em equilíbrio diante da situação que estão enfrentando com o paciente paliativo. Tendo em vista que a equipe de CP está sempre em contato muito próximo com o sofrimento humano na terminalidade da vida e isso implica em desgaste emocional para esse profissional, gerando a necessidade de um espaço de cuidado e atenção às suas próprias dificuldades, se faz necessária a intervenção psicológica também no cuidado aos profissionais integrantes da equipe de CP (ANCP, 2012).

Para Rezende (2014) *apud* Ribeiro (2008) é preciso lidar com as dificuldades dos indivíduos em geral, assim sendo, a morte pode ser trabalhada e melhorada sempre visando mais qualidade de vida para todos os participantes dessa demanda. Cabe ressaltar que o profissional de Psicologia integrante da equipe de CP também precisa de respaldo psicológico, pois como os demais profissionais de saúde necessitam de um espaço para expressar seus sentimentos e emoções, extravasando seus sofrimentos a fim de que obtenha melhores requisitos para realizar seu trabalho com o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Conforme Rezende *et al* (2014) o papel do psicólogo em CP é imprescindível, pois ameniza os sofrimentos psíquicos e existenciais



dos participantes desse cenário, lida com a melhora na qualidade de vida psicossocial de todos os envolvidos no processo, bem como na aceitação e elaboração do luto.

Em conformidade com Porto; Lustosa (2010) o maior desafio do psicólogo é de acolher o paciente e cuidadores permitindo que possuam uma vida com maior qualidade possível diante da morte, auxiliando ambos a resolverem pendências e expressarem emoções ao vivenciarem a finitude da vida do indivíduo. A psicologia hospitalar requisita um entendimento global, do indivíduo e do seu modo de viver, sendo de extrema relevância para recobrar o ser humano para além de sua dimensão físico biológica, colocando-o em uma circunstância maior de entendimento de suas dimensões psíquica, social e espiritual. Diante disso, o autor frisa que a Psicologia não se limita ao paciente na terminalidade da vida, pois também inclui a família e a equipe multiprofissional; em sua atuação, precisa identificar a melhor maneira de promover uma boa comunicação, a fim de que se obtenha uma boa aceitação dos cuidados propostos (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Cabe ao profissional psicólogo prestar cuidados que objetivam o acolhimento de maneira holística para atender as suas necessidades mentais, espirituais e sociais (PORTO; LUSTOSA, 2010 *apud* FIGUEIREDO; BIFULCO, 2008). O psicólogo tem por obrigação entender e compreender a abrangência da queixa, do sintoma e da patologia, por ter uma visão global da situação, sob a ótica de conhecer a terapêutica humana, auxilia os envolvidos nesse processo, através do aporte emocional para essa fase final da vida, cabe a ele educar os envolvidos nesse cenário de dor, sofrimento e perda, a melhor forma de resolverem pendências e expressar suas emoções, com a escuta e observação paciente e respeitosa às palavras e aos silêncios (PORTO; LUSTOSA, 2010 *apud* KOVÁCS, 2008).

Decorrente a Porto; Lustosa (2010), a práxis do psicólogo se situa entre dois limites antagônicos, de um lado a certeza de não encurtar a vida e do outro a de não adiar a agonia, o sofrimento e a morte, observando-se que entre ambos está o cuidar, tendo-se isso em mente, a participação desse profissional nesse cenário é o ponto de equilíbrio que descomplica o processo de CP e tem por primazia a qualidade de vida diante da morte, buscando sempre favorecer mais qualidade de vida nos dias que ainda restam.

Em concordância a Ferreira *et al* (2011), para tratar a questão da morte de maneira natural demanda um vínculo terapêutico entre paciente e psicólogo pautado na confiança, no respeito e na empatia, pois é nesse sentido que se dará a aceitação, a elaboração e a superação do adoecimento, diante disso, é indispensável que o psicólogo incentive junto à equipe e aos familiares o respeito aos direitos e escolhas do paciente, disponibilizando informações claras sobre a doença e sua



evolução, bem como acatando seus limites de compreensão e tolerância emocional, favorecendo sua competência e autonomia para as escolhas necessárias para seu tratamento, respeitando sua vontade na finitude da vida e fazendo com que os demais envolvidos nessa lógica entendam e respeitem também as decisões do sujeito. Cabe evidenciar que o indivíduo diante da morte precisa de uma rede de apoio, a fim de sanar suas dúvidas, angústias, anseios, buscando ressignificar a própria vida e dar um sentido à experiência da morte (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Em conformidade ao estudo de Mendes *et al* (2009) *apud* Kübler-Ross (2005), os pacientes terminais e, após a terminalidade da vida destes, também a família enlutada, passam por 05 estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Inicialmente reagem com a negação, que é um mecanismo de defesa contra a ansiedade frente ao confronto com a intransigência existencial. Diante do fim da vida, a negação se apresenta e pode perdurar até o fim da vida, a permanência nesse estado irá depender de diversos fatores, tais como: estrutura de personalidade, apoio familiar, apoio social, tipo de cultura, idade, religiosidade, etc. A raiva é outra forma de reflexo que se projeta no ambiente, na maioria das vezes sem razão entendível, se verifica como exemplo as investidas de fúria que as enfermeiras e os cuidadores são alvo, pelo simples fato de permanecerem mais tempo e mais próximas do doente no cuidado. Esses rompantes de raiva usualmente se devem a interrupção de atividades existenciais, de construções começadas que ficarão inacabadas, de sonhos que se esperavam realizar.

Em prosseguimento ao estudo de Mendes *et al* (2009) *apud* Kübler-Ross (2005), a barganha se dá na investida que o enfermo faz em busca de um acordo, com a finalidade de prorrogar o desfecho inevitável: *“Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma”* (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 87). Na barganha o indivíduo tenta conseguir um adiamento tendo em vista seus bons modos, via de regra a barganha é realizada com Deus e geralmente se mantém em segredo, a fim de obter mais um tempo de vida. A depressão aparece de maneira reativa ou preparatória, ao expressar sua consternação, se torna mais fácil ao indivíduo o processo penoso de aceitação da situação em que se encontra. A aceitação é o estágio na sequência, onde o ser humano não sentirá depressão, nem raiva, uma vez que já terá externado seus sentimentos, se revela como uma dor já dissipada, elaborada, entendida, enfim aceita (MENDES *et al*, 2009).

Em suma, o trabalho do psicólogo no cenário de CP visa criar um convívio saudável entre o paciente terminal, a equipe multiprofissional e a família, facilitando a comunicação entre ambos nessa esfera de cuidados. A atuação do profissional de Psicologia é fundamental, pois busca de maneira humanizada aplicar seus conhecimentos psicoterapêuticos em prol do ser humano, que se



apresenta com o diagnóstico de terminalidade, priorizando suas escolhas e respeitando sua subjetividade, respeitando seu direito de sofrer e fazer jus a ter sua dignidade respeitada. O apoio à equipe e à família de saúde também está no foco do psicólogo, para sempre melhorar a qualidade do trabalho em CP, de maneira que a equipe de saúde esteja equilibrada diante desse contexto e apoiando as famílias que se encontram nessa difícil dinâmica existencial (MENDES *et al*, 2009).

O Psicólogo atua para que o paciente e seus familiares ou cuidadores estejam em interação com a equipe assistencial, programando e planejando as maneiras preferíveis de promover a saúde psíquica de todos; devido a sua formação o profissional da Psicologia possui um olhar humanizado que prima por um ambiente de construção diante do diagnóstico de terminalidade, tendo um ponto de vista diferente do médico, pois cria um espaço onde o sujeito preze pelo modo de viver bem, de acordo com sua vontade, como um ser único, o tempo que ainda lhe resta, proporciona um *setting* para a expressão das dores, angústias e sofrimentos, incentivando sempre para que o paciente viva realçando sua dignidade até o final da vida. (ALVES *et al*, 2019)

Segundo o psicólogo humanista Rogers (1983), a função do psicólogo é, portanto, estabelecer a comunicação entre o paciente, a família e a equipe de saúde, facilitando a construção de espaços para escutar a todos, escutando o não dito, as metáforas, a linguagem simbólica, tudo aquilo que está nas entrelinhas do que está sendo verbalizado. Buscando essa prática, o profissional transfere o foco de sua atenção para o indivíduo e não para a doença. Portanto, o psicólogo atua como um norteador de visões e acolhedor de angústias, promovendo uma assistência psicológica humanizada (PEDREIRA, 2013 *apud* ALVES *et al*, 2019, p.9).

Aponta-se que o trabalho do profissional de Psicologia na área de CP no Brasil é bastante escasso, existem poucos profissionais especializados nesse campo de atuação, é necessária maior aplicação de recursos financeiros e políticas públicas vindas do Poder Público; a fim de que tenham mais cursos de graduação e especializações para capacitar os profissionais da Psicologia envolvidos no cuidado a esse tipo de paciente. Em vista disso, o Psicólogo tem condições de oferecer uma escuta singularizada, resguardando, interpretando e informando ao paciente, família e equipe de saúde quanto às variações de comportamento externadas, compreendendo os silêncios, fortalecendo os laços de conexão e amparo, ressignificando o processo de adoecimento e morte, com vistas à qualidade de vida do paciente até a terminalidade de sua existência (FREITAS *et al*, 2018).

3 JUSTIFICATIVA

A vida moderna propicia atualmente à humanidade o prazer da longevidade, notamos que a partir do século XX os avanços no campo da Medicina, contando com recursos tecnológicos,



proporcionaram um aumento na expectativa de vida, impactando na redução da taxa de mortalidade, apesar do aumento no tempo de vida, não podemos afirmar que os indivíduos possuem uma melhoria na qualidade de vida na velhice ou mesmo após a alteração no estado de saúde desse indivíduo (GOMES; OTHERO, 2016). As enfermidades que resultam na cominação da vida, sem possibilidade de cura, precisam de uma percepção para o cuidado amplo, que tenha um olhar para a totalidade da vida do paciente, visando minimizar seu sofrimento e de seus familiares. Nesse sentido, os CP oferecem tratamento harmonioso e digno aos pacientes diagnosticados “terminais” ou mesmo a pacientes diagnosticados com doenças crônicas degenerativas que poderão evoluir a um estágio sem possibilidade de cura. Os CP visam melhorar a qualidade de vida do paciente dos familiares, com isso é importante a redução dos sintomas de dor e sofrimento (HSL; MS,2020).

A escolha desse trabalho se deu por conta de levantar dados que mostram onde e como surgiram os CP através de uma investigação do histórico desde o início do *hospice* até os dias atuais, a evolução desse tipo de assistência a pacientes fora de possibilidade de cura diagnosticados com doenças crônicas degenerativas que irão culminar no fim da vida, investigar os papéis de todos os envolvidos nesse cenário, tais como, equipe multiprofissional e também os familiares e cuidadores, dando ênfase e especial atenção ao papel do profissional de Psicologia atuante nesse cenário, já que é o campo da ciência que estuda o ser humano em todas as suas esferas.

O presente estudo será importante à sociedade porque tem o objetivo de acrescentar conhecimento referente aos CP que são aplicados na terminalidade da vida e apresentar as possibilidades que o paciente terminal possui de ter qualidade de vida diante de um estado clínico grave e irreversível, que precede a proximidade da morte, minimizando os sintomas desconfortáveis, demonstrando que é possível ter uma rede de apoio humanizada através do auxílio da equipe multiprofissional de saúde.

Nesse sentido, esse estudo também é importante à ciência porque serve para trazer uma reflexão e discussão do tema para ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e incentivá-los a desmistificar as crenças errôneas diante da terminalidade da vida, mostrando a importância do trabalho da equipe multiprofissional e da formação acadêmica voltada ao entendimento do fim da vida com dignidade, sem sofrimento, sem desconfortos e principalmente sem dor.

O assunto é de grande relevância ao Centro Universitário Braz Cubas, pois se faz necessário que através dos estudos científicos seja possível sempre ampliar e disseminar o conhecimento acadêmico, aumentando a divulgação e fomentando a formação acadêmica voltada ao entendimento e aplicabilidade dos CP em pacientes que se encontram na terminalidade da vida.



Por fim, é importante demonstrar que a morte está presente no dia a dia dos profissionais de saúde e é um processo natural da vida, no entanto, esses profissionais ainda enxergam de maneira adversária e diante da possibilidade da morte o profissional se comporta como um oponente a ser vencido. Diante disso, na formação na área de saúde se faz necessária a compreensão da morte como um processo natural e para isso é preciso a desconstrução e desmistificação desse papel da morte como um acontecimento atemorizante.

4 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a relação entre os Cuidados Paliativos e o fazer do psicólogo na terminalidade da vida?

5 HIPÓTESE

Acredita-se que há congruência entre os Cuidados Paliativos na terminalidade da vida e a atuação do profissional de Psicologia.

6 OBJETIVO

6.1 GERAL

Descrever e discutir sobre os Cuidados Paliativos diante de uma doença que leva à terminalidade da vida.

6.2 ESPECÍFICOS

Descrever os Cuidados Paliativos em pacientes diante da terminalidade da vida;

Descrever a atuação da equipe multiprofissional no tratamento do paciente paliativo;

Descrever a família no acolhimento ao paciente;

Descrever a participação do profissional da Psicologia na interação entre a equipe multiprofissional, o paciente e a família sob a ótica dos Cuidados Paliativos.



7 MÉTODO

De acordo com Gil (2006, p. 26), a palavra metodologia vem do grego *methodos* (meta+hodós) significando “caminho para se chegar a um fim”, assim sendo, o método científico é conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.

Para Sousa *et al* (2021), a pesquisa bibliográfica se baseia na leitura, na reflexão e na escrita de tudo que o autor estudou e se dedicou para reconstruir a teoria através dos fundamentos teóricos, sendo assim ela é descrita através de material já elaborado por outros autores, principalmente livros e artigos científicos.

Dessa maneira, ao elaborar uma revisão bibliográfica se faz o levantamento e análise crítica do material já publicado a respeito do tema que será pesquisado a fim de proporcionar atualização, ampliação do conhecimento e contribuição para novas discussões sobre conteúdo (SOUSA *et al*, 2021 *apud* BOCCATO, 2006).

Nessa circunstância, com a revisão bibliográfica busca-se analisar as obras existentes sobre o assunto escolhido para contribuir na delimitação do tema e na contextualização do problema mediante leitura exploratória, seletiva e crítica a fim de escolher, rotular e argumentar o problema de pesquisa e analisar as suposições iniciais, tendo em vista a aquisição de novos conhecimentos sobre o tema pesquisado (SOUSA *et al*, 2021).

A ciência tem como objetivo fundamental chegar à veracidade dos fatos. Neste sentido não se distingue de outras formas de conhecimento. O que torna, porém, o conhecimento científico distinto dos demais é que tem como característica fundamental a sua verificabilidade. Para que um conhecimento possa ser considerado científico, torna-se necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação. Ou, em outras palavras, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento. Pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento. (GIL, 2006, p. 26).

A revisão bibliográfica é definida como o estudo exploratório de informações com o objetivo de propiciar ao pesquisador a busca do conhecimento para o seu problema de pesquisa. Com a exposição da metodologia da pesquisa, visa-se mostrar a maneira de fazer no discernimento da realidade, portanto a revisão bibliográfica é feita para fundamentar teoricamente o objeto de estudo definido pelo pesquisador. (LIMA; MIOTO, 2007).

Partindo dessa contextualização, o procedimento adotado para o referido estudo sobre CP na Terminalidade da Vida e a Atuação do Psicólogo foi o levantamento de dados bibliográficos, com vistas à pesquisa do tema para ampliação do conhecimento acadêmico, a fim de obter



capacitação necessária para discorrer sobre o tema/ escolhido para realizar a pesquisa científica. Através de ferramentas como o Google Acadêmico, que é uma fonte confiável de pesquisa acadêmica que proporciona a localização de artigos, teses, dissertações e publicações, sítios eletrônicos, tais como, World Health Organization, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Conselho Federal de Psicologia, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e as bibliotecas virtuais: Scielo, BVS, Pepsic.

Dessa forma, foram utilizados para a busca os termos: Cuidados Paliativos, Família, Paciente Terminal, Equipe Multiprofissional, Psicologia, Envelhecimento, Atuação do Psicólogo, Intervenção Psicológica, foram coletadas publicações entre os anos de 2001 a 2021, onde se encontrou aproximadamente 940 obras, sendo selecionadas para investigação do presente estudo 34 obras que estavam diretamente relacionadas com o objetivo do tema da pesquisa.

Nos critérios de inclusão foram considerados os estudos que relatavam sobre envelhecimento, informações sobre CP, qualidade de vida do paciente terminal, equipe multiprofissional e seu âmbito de atuação em CP, família, cuidador, enfrentamento da terminalidade da vida, psicologia, atuação do psicólogo em CP, os quais foram utilizados para a realização do trabalho.

Os critérios de exclusão foram os que mostravam dados irrelevantes, tais como, tratamentos invasivos, terapias invasivas, tratamentos com a finalidade de prolongar a vida e que não propiciam qualidade de vida ao paciente.

Todos os estudos utilizados como base para a produção da revisão bibliográfica foram lidos na língua portuguesa.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entende-se que o envelhecimento populacional e a preponderância de doenças crônicas degenerativas de tratamento prolongado e incurável geram comprometimento funcional levando a um alto nível de dependência. (NASRI, 2008). Observa-se que o não adoecimento da população é uma prerrogativa para poucos indivíduos e que com avanço da tecnologia na área da saúde se obteve mais longevidade, criando com isso uma cultura de negação da morte, percebeu-se que houve uma priorização das intervenções de saúde, das mais brandas até as mais invasivas, deixando-se de lado as práticas que propiciam conforto ao paciente, sem garantia de cura, mas com qualidade, dignidade e principalmente sem dores e sofrimentos físicos e psíquicos no tempo que ainda lhe resta de vida. (GOMES; OTHERO, 2016 *apud* GALRIÇA NETO, 2010).



Diante disso, cabe discutir sobre a aplicação de CP em pacientes que são diagnosticados com doenças incuráveis que o levarão a terminalidade da vida. A OMS em 2002 preconizou os CP para a assistência de uma equipe multiprofissional, objetivando a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares; tendo por base o cuidado aos indivíduos que estão diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, aplicando-se técnicas de prevenção e alívio do sofrimento e da dor, bem como dos demais sintomas advindos da doença, tais como, sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (ANCP, 2012).

Segundo o professor Marco Tullio, CP é “um conjunto de atos multiprofissionais que tem por objetivo obter o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, diante de doenças que colocam a vida em risco” (BIFULCO; CAPONERO, 2016, p.51).

Sendo assim, ao descrever os CP em pacientes que estão diante da terminalidade da vida, averiguou-se que os CP podem ser introduzidos com a finalidade de amenizar o sofrimento físico, emocional, psíquico do paciente e também dos familiares que estão presentes nesse momento da vida do indivíduo, buscando com isso a primazia do viver sem sofrimentos ao invés de tratamentos invasivos, desconfortantes e que no final não atingem efetivamente a cura da doença e ao que é pior trazem somente mais sofrimentos ao paciente e à família, talvez apenas prolongando a vida, sem preconizar pela sua qualidade (OMS, 2002).

Registra-se que os CP surgiram inicialmente a partir da Pré-História, primeiramente pelo curandeiro, depois pela criação do *hospice* para peregrinos e pobres, passando na sequência pelos mosteiros onde também eram acolhidas pessoas incapacitadas, viajantes doentes e cansados ficando até o final da vida, com isso o termo “*hospice*” passou a ser designado às Instituições que abrigavam esses indivíduos até a terminalidade da vida. Com a evolução do tempo foi se ampliando o conceito desse tipo de “*cuidado*” e se aprimorando as técnicas para tratar de pacientes que estavam diante da finitude da vida, enfatizando cada vez mais a extensão dessa esfera de tratamento que visa a diminuição do sofrimento e melhoria na qualidade de vida dos pacientes terminais, fazendo-se uso de técnicas que podem ser aplicadas desde o instante do diagnóstico da doença progressiva e imutável até o fim da vida, sendo extensivo esse cuidado também aos familiares e cuidadores do paciente (SBGG, 2015).

Ressalta-se que o indivíduo em adoecimento crônico, progressivo quando em CP recebem o apoio da equipe multiprofissional para si e para seus familiares/ cuidadores a fim de enfrentar todas as questões das esferas física, psicológica, social e espiritual para lidarem com seus medos e expectativas; sendo a equipe multiprofissional um canal de atenção humanizada pautada na boa



comunicação, empatia e acolhimento do paciente e de seu cuidador (CAMPOS *et al*, 2019).

Em continuidade, nos CP envolve-se tratar do ser humano no momento mais delicado e sutil de sua existência, se prioriza amenizar os sintomas estressores a fim de lhe propiciar dignidade no final da vida e não a delonga de seu martírio prioriza-se a prática de cuidados que não prolongam a vida, porém oferecem ao paciente a liberdade de escolher a melhor capacidade de resolver sobre sua existência, enfatizando seu poder de decisão sobre o que melhor lhe convém. (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Aponta-se que o paciente em CP tem como principal objetivo: o conforto, o acolhimento, a proteção e a segurança. Desse modo, a equipe multiprofissional no tratamento de pacientes elencados para receber esse tipo de cuidado precisa desenvolver uma relação harmônica entre todos os envolvidos: paciente, família e a própria equipe (MONTEIRO *et al*, 2020 *apud* KOVÁCS, 2003).

Tendo em vista a dinâmica envolvida na assistência ao paciente em CP defende-se que todos os profissionais da saúde que compõem a equipe multiprofissional precisam estar comprometidos e devem possuir um conhecimento profundo e especializado dentro de sua área de atuação, enfatizando a boa comunicação, pois o paciente precisa ser visto por essa equipe de maneira holística, analisando todos os aspectos para atingir a melhor terapêutica que deverá ser aplicada em todos os âmbitos do cuidado, sendo assim, a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) deve ser planejado por todos os profissionais integrantes da equipe e apresentado ao paciente e à família que também contribuirão nessa construção, com a finalidade de obter uniformidade entre as escolhas e decisões do paciente quanto ao andamento dos recursos terapêuticos implicados que prioriza sempre o bem estar, a dignidade e a qualidade de vida do paciente (ANCP, 2012).

Por outro lado, nota-se que não é possível precisar com exatidão o estado terminal de um paciente, portanto, é conhecida a resistência do médico ao determinar um paciente em tratamento paliativo, o diagnóstico terminal traz grandes conflitos ao médico, enquanto profissional da equipe responsável pela avaliação e definição de um prognóstico adequado ao paciente. (NUNES, 2017 *apud* MENDES *et al*, 2009).

Observa-se que a equipe multiprofissional especializada em CP precisa estar preparada e saber lidar com os medos, as angústias, as dúvidas e principalmente com o sofrimento envolvido nessa instância da vida do paciente e da família, além do conhecimento técnico e científico, espera-se que o profissional demonstre empatia, compreensão da subjetividade desses indivíduos, a fim de prestar assistência de qualidade e a mais humanizada possível, pois muitas vezes entrará em questões que envolvem a Bioética, sendo necessário decidir e intervir em assuntos que são



peculiares e podem implicar na ética de sua área de atuação. (PINTO *et al*, 2020 *apud* SANTANA *et al*, 2009 *apud* CARDOSO *et al*, 2013).

Nesse sentido, a inclusão de estudos que abordem o tema de CP já na graduação dos profissionais de saúde irá contribuir sobremaneira, pois ao longo de sua jornada profissional quando se deparar com pacientes elegíveis a esse tipo de cuidado, esse profissional estará mais bem preparado para não se abalar diante da terminalidade da vida e quando se deparar com a perda do paciente não sentir frustração ou desânimo, mas enfrentar essa situação de maneira natural, priorizando o cuidado integralmente qualitativo ao paciente ao invés da cura para as doenças que são incuráveis (REZENDE, 2014).

Descreve-se que a família é a primeira instituição que o indivíduo se vincula, o espaço onde ocorre sua primeira socialização, seu primeiro contato para formação de sua personalidade, onde aprender costumes, crenças e comportamentos; nesse sentido, a família no acolhimento ao paciente pode fazer toda a diferença para que esse sujeito se sinta amparado diante da finitude da vida, o indivíduo ao ter conhecimento que possui uma doença incurável busca no seio familiar o alento e aconchego para suas angústias, sofrimentos e necessidades de apoio para enfrentar essa situação. (ESPINDOLA *et al* 2018).

Particularmente, os familiares mais próximos é que ficam com a incumbência de cuidar e assistir esse indivíduo de maneira a observar os sintomas, cuidar da higiene, alimentação e administração de remédios; evidenciou-se que os cuidados dispensados à pacientes paliativos costumam ser estressantes demais e podem abalar a saúde física e psíquica do cuidador pela sobrecarga excessiva e às vezes pela falta do convívio social e muitas vezes pela necessidade de conciliação dessas atividades de cuidado com as atividades laborais do próprio cuidador. Tal sobrecarga se mostra ainda maior quando o paciente terminal está sendo cuidado em casa, pois se somam ainda os afazeres domésticos (DELALIBERA *et al*, 2018).

O paciente ao verificar a atenção de um cuidador que lhe é familiar experiencia maior conforto, confiança, demonstrando que não está só para enfrentar as dificuldades que a doença propicia (FERREIRA *et al* 2008). Por outro lado, o atendimento humanizado e empático da equipe multiprofissional ao paciente e conseguinte à família/cuidador se mostra muito importante no enfrentamento dos sintomas estressantes que envolvem o enfrentamento da doença terminal para o paciente e seu cuidador (SANGALI *et al* 2014).

O profissional de Psicologia ao compor a equipe multiprofissional, devido à essência de seu saber científico, pode oferecer o bem estar psíquico ao paciente, à família e à equipe. Assim sendo, o psicólogo atuante em CP auxilia o paciente, à família e à equipe no entendimento de toda



a dinâmica envolvida quanto às mazelas da vida; os medos, as angústias, a fim de amenizar esses sintomas e trazer uma congruência para aceitar a finitude da vida, melhorando assim a ambiência de todos que estão no processo de adoecimento (REZENDE *et al*, 2014).

Revela-se que o psicólogo através das abordagens teóricas que respaldam sua atuação pode amparar o paciente com diagnóstico de doença incurável a fim de desenvolver a aceitação de sua nova condição de vida proporcionando ao doente a potencialidade de resolução e superação dos conflitos internos para uma melhor vivência até o término da vida (MELO *et al* 2013).

Em contrapartida, o psicólogo da equipe multiprofissional em CP também precisa ser atendido por um profissional da Psicologia que esteja fora dessa dinâmica, pois como todo profissional da saúde em sua formação provavelmente não desenvolveu habilidades para lidar com as perdas e ao se deparar com a finitude da vida se sente desanimado e incapacitado, propenso ao sentimento de fracasso (REZENDE *et al* 2014 *apud* RODRIGUES *et al* 2005).

Pontua-se que o psicólogo é responsável pelo acolhimento ao paciente e ao cuidador garantindo que a vida de ambos, após o conhecimento da doença sem possibilidade de cura, tenha mais qualidade, fazendo com que resolvam problemas, conflitos, manifestando as emoções que afloram diante da proximidade do fim, nesse sentido, o profissional da Psicologia atua como uma espécie de “*mediador de conflitos*”; atuando para que haja congruência, respeito e harmonia entre todos os envolvidos (Porto; Lustosa, 2010).

Enfim, no cenário de CP é necessária a criação de uma ambiência saudável entre todos, pois a comunicação pautada no respeito aos desejos e vontades, na preservação da dignidade humana, da sua subjetividade, da empatia e da humanização no cuidado; nessa lógica o protagonismo do profissional de Psicologia é essencial, pois em consonância à sua formação profissional é o integrante da equipe que percebe o ser humano em toda sua amplitude e possui mecanismos para lidar com todas as questões que emergem do contato com as relações humanas (MENDES *et al*, 2009).

O profissional de Psicologia necessita ter uma formação efetiva para lidar com as questões que envolvem os processos de cuidados aos pacientes em CP, percebe-se insólito conhecimento sobre a sistematização dos CP pela falta de formação acadêmica, se faz necessário maior disseminação do conhecimento relativamente ao tratamento de pacientes diagnosticados com doenças incuráveis, além da inclusão desse tema na formação dos profissionais de saúde, é necessário também o constante aprimoramento desses conhecimentos e o incentivo para que esses profissionais sejam multiplicadores da dinâmica paliativa. Por outro lado, o fortalecimento das políticas públicas que ainda são contemporâneas e pouco divulgadas aos profissionais que



integram a equipe multiprofissional, entende-se que com a expansão das políticas públicas e a ampliação do tema para discussão na formação dos profissionais de saúde irá se atingir o processo do cuidado de maneira mais humanizada e promoverá condições de entendimento e enfrentamento para que esses profissionais quando estiverem diante de pacientes com diagnóstico de enfermidade incurável tenham um melhor aporte psíquico. A abordagem do tema da morte propicia esclarecimento aos profissionais a fim de que tenham manejo para lidar com as questões que envolvem a terapêutica dos CP com o paciente, com a família e com a equipe envolvida, desmistificando esse tema que se apresenta de maneira tão enfadonha e evitada. Tal assunto, quanto debatido, estudado e conscientizado viabiliza uma preparação para a atuação do profissional diante de situações em que se depara com a terminalidade da vida, mostrando que esse fenômeno é inevitável, faz parte da vida e o processo de morrer não está inteiramente sobre sua responsabilidade, pois apesar de prestar todos os cuidados necessários, ter feito tudo que é possível, chega o momento que o paciente irá partir (ALVES, *et al* 2019).

9 CONCLUSÕES

A aplicação dos CP em pacientes que estão diante da impossibilidade de cura para uma doença e o vislumbre da terminalidade da vida mostra que sempre se tem algo a fazer quando não há mais expectativa em prolongar a vida. Nesse sentido, o prolongamento da vida se mostra apenas em adiar os sofrimentos de todos os envolvidos nessa situação sem dar qualidade de vida e dignidade ao paciente terminal e à sua família, não se exaltando o lenitivo para as dores físicas, psíquicas, o conforto e o acolhimento que traz a condição de alívio da dor e dos sintomas estressantes, justamente no momento da vida em que o paciente está mais fragilizado e que se deve privilegiar o bem estar físico, emocional, mental, psíquico e até mesmo o espiritual, já que está sob o diagnóstico de uma doença incurável.

Considera-se a criação de uma rede de apoio com recursos sociais e psicológicos no âmbito familiar para que o cuidador principal possa ter apoio e amparo para administrar os cuidados efetivos quando o doente estiver em casa ou mesmo hospitalizado, por essa rede de apoio é possível o revezamento dos cuidados, de modo que não se sobrecarregue demasiadamente apenas um elemento da família. Nesse sentido, evidencia-se que a abertura de fóruns de discussão acerca de políticas públicas para implantação de uma rede de apoio com a disponibilização de uma equipe multiprofissional para estabelecer suporte técnico para o paciente e seu familiar que está em CP domiciliar a fim de reduzir a sobrecarga familiar e dar amparo, acolhimento e assistência técnica a todos os envolvidos, trazendo segurança em ter uma assistência especializada ao seu alcance,



através de visitas periódicas de observação clínica e orientação específica individualizada.

Por outro lado, a equipe multiprofissional bem orientada, consciente, capacitada no tratamento desse tipo de paciente auxilia o paciente e também a família no entendimento e aceitação dessa nova condição de vida e o cuidador juntamente com o paciente, ao perceber que contam com essa rede de cuidado, em contrapartida, propiciam que a equipe possa prestar cuidados reais e efetivos para o paciente terminal.

Devido à especificidade do paciente terminal se faz necessária a escuta harmoniosa, o acolhimento, e até mesmo quando necessário a sustentação do silêncio, nesse sentido, o psicólogo é o profissional dentro da equipe que por sua formação está mais bem preparado para lidar com tais situações a fim de acolher e acompanhar o paciente, a família/ cuidador e quando preciso aos integrantes da própria equipe, respeitando o momento de cada circunstância, agindo como mediador de conflitos, apaziguando os desentendimentos, facilitando a comunicação a fim de equilibrar e principalmente amparar a todos na elaboração dessa vivência da melhor forma possível.

Na realidade, todos nós, seres humanos não desenvolvemos a capacidade de enfrentamento para lidar com as perdas. Somos preparados para viver a vida, mas não somos preparados para encarar as perdas em quaisquer esferas da vida, seja profissional, amorosa, financeira. Partindo dessa premissa, existe uma negação da morte por parte dos profissionais de saúde em sua formação, pois não recebem uma educação antropológica e sim técnico-científica, fazendo com que a negação da morte esteja mais presente na rotina desses profissionais, assim o cuidado humanizado, voltado à melhorar a qualidade de vida, o conforto e bem estar do paciente acaba sendo não priorizado, pois entra em antagonismo com a assistência que visa somente a cura a qualquer custo.

Nesse sentido, é importante a inclusão de matéria específica para CP na graduação de todos os cursos voltados à Saúde, sendo aqui evidenciado que se deve dar especial ênfase e maior aprofundamento no tema de CP para os profissionais da Psicologia, devido à especificidade da formação desse campo do conhecimento que é voltada para a atenção e o cuidado ao ser humano em todo seu contexto biopsicossocial e espiritual, aplicando-se uma educação voltada para lidar com a perda do paciente, priorizando o cuidado humanizado, buscando sempre o equilíbrio entre *Cuidados Curativos* e *Cuidados Paliativos*, tendo a consciência de que o mais importante é a atenção, o respeito, a bioética e a empatia no acolhimento, principalmente nos casos em que não é mais possível a obtenção dela.



REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Organizadores: CARVALHO, R.T; PARSONS, H.A., 2012.

ALVES, R.S.F; CUNHA, E.C.N; SANTOS, G.C; MELO, M.O. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2019, v. 39, e185734, 1-15. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>>. Epub 29 Jul 2019. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>. Acesso em 16 out. 2021.

BIFULCO, V A; CAPONERO, R. Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde. 1ed. São Paulo: Manole, 2016.

BRASIL. CFP. Resolução CFP nº 02/01 Altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf. Acesso em 23 abr. 2021.

BRAZ, M S; FRANCO, M H P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v.37, n.1, p. 90-105, Jan.2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100090&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>. Acesso em 23 abr. 2021

CAMPOS, V F; SILVA, J M S; JOSIMÁRIO J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética* [online]. 2019, v.27, n. 4, pp.711-718. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>>. Epub 10 Jan 2020. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>. Acesso em 29 mai. 2021.

CARDOSO, D H; MUNIZ, R M; SCHWARTZ, E; ARRIEIRA, I C O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v.22, n.4, p.1134-1141, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>.

DELALIBERA, M; BARBOSA, A; LEAL, I. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1105-1117, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.12902016>.

ESPINDOLA, A V; QUINTANA, A M; FARIAS, C P; MÜNCHEN, M A B. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Rev. Bioética*, Brasília, v.26, n.3, p.371-377, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300371&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>. Acesso em 18 abr. 2021.

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. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.85-98, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 mai. 2021.

FERREIRA, N M L A; SOUZA, C L B; STUCHI, Z. Cuidados Paliativos e família. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 17(1):33-42, 2008. Disponível em <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/742>. Acesso em 15 mai. 2021.



FLORIANI, C A; SCHRAMM, F R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.13, supl.2, p.2123-2132, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>.

FREITAS, D.N.; MELO, T.E.A.; PACHECO, K.H. Psicologia e Cuidados Paliativos: Um olhar à Tríade Família, Paciente e Equipe de Saúde. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT- Alagoas*, [S.l], v.5, n.1, p.33,2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/5518>. Acesso em: 16 out. 2021.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2008

GOMES, A L Z; OTHERO, M B. Cuidados paliativos. *Medicina. Estud. Av. São Paulo*, v.30, n.88, p. 155-166, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>. Acesso em: 04 abr. 2021.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Cuidados Paliativos. Coordenadores: D'ALESSANDRO, M.P.S; PIRES, C.T.; FORTE, D. N. [et al.]. São Paulo, 2020.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. 7ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LANGARO, F. “Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Psicol. cienc. Prof. Brasília*, v.37, n.1, p. 224-235, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100224&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000972014>. Acesso em: 23 abr. 2021.

LIMA, T C S; MIOTO, R C T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. Katálysis. Florianópolis*, v.10, n. spe, p.37-45, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9802007000300004&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MELO, A C; VALERO, F F; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Itajaí. v.14(3), 452-469, 2013. Acesso em 26 Mai. 2021.

MENDES, J A; LUSTOSA, M A; ANDRADE, M C M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.151-173, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 mai. 2021.

MONTEIRO, D T; MENDES, J M R; BECK, C L C. Perspectivas dos Profissionais da Saúde sobre o Cuidado a Pacientes em Processo de Finitude. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2020, v. 40, e191910. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>>. Epub 18 Nov 2020. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>. Acesso em 30 mai. 2021.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein (São Paulo)* 6 (supl.1): S4-S6, 2008. LILACS. ID: lil-516986 Biblioteca responsável: BR 500.1. Acesso em: 02 abr. 2021.

NUNES, C TS. Reflexões sobre pacientes terminais: Um olhar para a família. Tese (Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica). Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-34497>. Acesso em 15 mai. 2021.



PINTO, K D C; CAVALCANTI, A N; MAIA, E M C. Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. *Psicol. Conoc. Soc.*, Montevideo, v.10, n 3, p.151-172, 2020. Disponível em http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262020000300151&lng=es&nrm=iso. Acesso em 09 mai. 2021. Epub 01-Dic-2020. <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.10>.

PORTO, G; LUSTOSA, M A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.76-93, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 mai. 2021.

REIGADA, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; NOVELLAS, A.; PEREIRA, J. L. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v.13, n.1, p.159-169, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478>. Acesso em 12 mai. 2021.

REZENDE, L C S; GOMES, C S; MACHADO, M E C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Rev. Psicol. Saúde*. Campo Grande, v. 6, n.1, p.28-36, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 mai. 2021.

SANGALI, A C; PINTO, M H; RIBEIRO, R C H M. Compreensão da família do paciente oncológico sobre cuidados paliativos. *Arq. Ciênc. Saúde*. São Paulo, v. 21(3) p. 76-80, 2014. Disponível [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-637-\(21-3\)-jul-Set-2014.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-637-(21-3)-jul-Set-2014.pdf). Acesso em 15 mai. 2021.

SANTANA, J.C.B.; CAMPOS, A.C.V.; BARBOSA, B.D.G.; BALDESSARI, C.E.F.; PAULA, K.F.; REZENDE, M.A.E., DUTRA, B.S., 2009. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Bioethikos*, 3(1), 77-86. Disponível em <https://www.saocamilos-p.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>. Acesso em 09 mai. 2021.

SILVEIRA, M H; CIAMPONE, M H T; GUTIERREZ, B A O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 7-16, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2007, v. 19, n. 4. Pp. 481-484. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400013>. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400013>. Acesso em 25 mai. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Cartilha: Vamos falar de cuidados paliativos. Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG (2014-2016). Brasil. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em 14 abr. 2021.

SOUSA, A.S; OLIVEIRA, G.S; ALVES, L.H. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. *Cadernos da Fucamp* [online]. 2021, v.20, n.43. Disponível em <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/2336>. Acesso em 07 out. 2021.